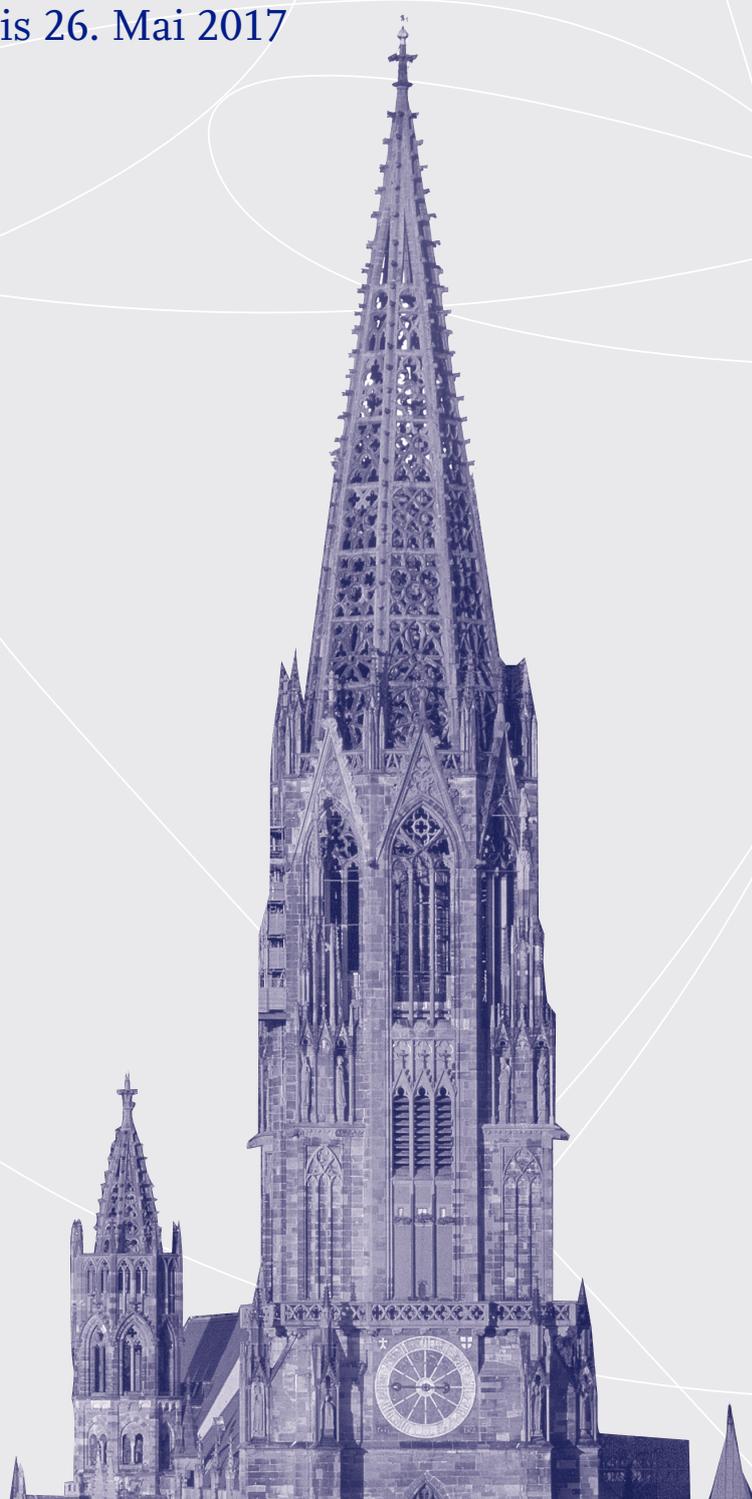




# 120. Deutscher Ärztetag

## Beschlussprotokoll

Freiburg, 23. bis 26. Mai 2017



Stand: 09.06.2017

**Hinweis:**

Die in einer Reihe von Anträgen enthaltenen Begründungen sind nicht Teil des Beschlussgutes des Deutschen Ärztetages, werden aber mitveröffentlicht.

**Impressum**

© Bundesärztekammer 2017

*Herausgeber:*

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern),  
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

*Redaktion:*

Karin Brösicke (Leitung)  
Johannes Knaack  
Jana Köppen  
Angelika Regel  
Markus Rudolphi  
Petra Schnicke-Sasse

*Titelfoto:*

© FWTM

*Titelgrafik:*

André Meinardus, Deutscher Ärzteverlag, Köln

*Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.*



## Inhaltsverzeichnis thematisch

<b>TOP Ia</b>	<b>Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik</b>	
	<b>Aussprache zum Leitantrag</b>	11
Ia - 01	Solidarität leben, Versorgung sichern, verantwortlich handeln	12
	<i>Verantwortung der Länder für Patientenversorgung</i>	17
Ia - 13	Städte, Kreise und Kommunen müssen Verantwortung für die stationäre Versorgung ernst nehmen	18
	<i>Personalausstattung in Kliniken</i>	19
Ia - 08	Ärztliche Versorgung im Krankenhaus bedarfsgerecht sicherstellen	20
Ia - 09	Behandlungsqualität transparent machen - Relation von Patienten zu Pflegekräften in deutschen Kliniken öffentlich machen	21
Ia - 10	Verbindliche Personalvorgaben im Krankenhaus einführen	24
Ia - 12	Definierte Personalmindestausstattungen in den Krankenhäusern - sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich	25
	<i>Sektorenübergreifende Notfallversorgung</i>	26
Ia - 02	Integriertes Konzept der Versorgung von Patienten außerhalb der Regelversorgung	27
Ia - 05	Notfallpatienten	29
Ia - 07	Abklärungspauschale	30
Ia - 11	Städte, Kreise und Kommunen müssen Verantwortung für die stationäre Notfallversorgung ernst nehmen, Kassenärztliche Vereinigungen müssen ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen!	31
	<i>BKA-Gesetz</i>	32
Ia - 04	Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten schützen - Bundeskriminalamtgesetz braucht Überarbeitung	33
	<i>Weitere Themen</i>	34
Ia - 03	Grundlegender Strategiewechsel der Politik nötig - Optimierung der Versorgung statt Dezimierung von Strukturen	35
<b>TOP Ib</b>	<b>Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik</b>	
	<b>Allgemeine Aussprache</b>	37
	<i>Ambulante ärztliche Versorgung</i>	38
Ib - 01	Zukunftsperspektive der hausärztlichen Versorgung durch ein hausarztgeleitetes interprofessionelles Versorgungsteam	39
Ib - 58	Unabhängigkeit medizinisch-ärztlicher Entscheidungen auch für angestellte Ärztinnen und Ärzte im Bereich der ambulanten Versorgung sicherstellen	41

Ib - 59	Bundeseinheitliche Umsetzung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung	43
Ib - 90	Konzernbildung in der ambulanten Versorgung	44
<i>Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse/berufliche Integration</i>		45
Ib - 06	Anerkennungsverfahren an Herausforderung der Zuwanderung anpassen	46
Ib - 07	Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte in den Arbeitsmarkt unterstützen	48
Ib - 53	Zentrale Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe ausbauen	50
Ib - 113	Berufliche Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte durch Fortbildung unterstützen	52
<i>Arbeitsbedingungen/ärztliche Berufsausübung</i>		53
Ib - 19	Mehr Spielräume für moderne Arbeitszeitgestaltung an den Kliniken	54
Ib - 22	Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken spürbar verbessern	55
Ib - 85	Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit - gegen Trivialisierung und Diskreditierung des Arztberufes	57
<i>Arzneimittel/Medizinprodukte</i>		58
Ib - 16	Ausschreibung von Impfstoffen	59
Ib - 77	Information bei Wegfall der GKV-Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln ist auch Aufgabe von Krankenkassen und Verbraucherschützern	61
Ib - 112	Einhaltung von Umweltstandards bei der Zulassung von Medikamenten	62
Ib - 60	Medizinischer Gebrauch von Cannabis: Vereinfachung der Verfahren	64
Ib - 128	Lieferengpässe bei wichtigen Medikamenten und Impfstoffen	65
Ib - 126	Antibiotikaversorgung sicherstellen	66
Ib - 29	Weichmacher in Medizinprodukten besser kennzeichnen und Alternativen entwickeln, Kinder und Dialysepatienten schützen	68
Ib - 73	Verbot der Laser- und IPL-Behandlungen durch Laien	70
Ib - 120	Ablehnung klinischer Versuche an nicht einwilligungsfähigen Personen	72
Ib - 123	Weiterentwicklung des Notfallschutzes in der Umgebung von Atomkraftwerken durch Umsetzen der Erfahrungen aus Fukushima	73
<i>Ausbildung/Medizinstudium</i>		75
Ib - 14	Stärkung der wissenschaftlichen Ausbildung im Medizinstudium und flächendeckende Einführung von strukturierten und qualitätsgesicherten Promotionsprogrammen	76
Ib - 23	Studienbegleitende Erstellung der Dissertation muss erhalten bleiben	78
Ib - 33	Aktive Beteiligung und Mitspracherecht der Studierenden bei der Expertenkommission zur qualitätsgesicherten Gestaltung des Masterplans Medizinstudium 2020 und der Kommission zur Weiterentwicklung des NKLM	79

Ib - 52	Masterplan Medizinstudium 2020 allein reicht nicht aus	80
Ib - 65	Keine Landarztquote	81
Ib - 74	Erhöhung der Studienplatzkapazität im Fach Humanmedizin ist ein unverzichtbarer Baustein für die Daseinsvorsorge	83
Ib - 78	Ärztliche Expertise in der Expertenkommission (zum Masterplan Medizinstudium 2020) sicherstellen!	85
Ib - 84	Evaluation Modellstudiengänge zur Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020	86
Ib - 21	Inhalte und Aufgabenfelder des Krankenpflegepraktikums in der Approbationsordnung für Ärzte klar regeln	87
Ib - 57	Stärkung der Medizinethik im Studium	89
Ib - 34	Örtliche Zuständigkeit der Approbationsbehörden bei Anträgen auf Anerkennung von im Ausland absolvierten ärztlichen Ausbildungen	91
<i>Berufsordnung</i>		92
Ib - 51	Ergänzung der (Muster-)Berufsordnung mit Vorschriften der ärztlichen Unabhängigkeit	93
Ib - 62	Ethische Grundsätze der Berufsordnung gelten für alle Ärzte	95
<i>Bundesärztekammer/Deutscher Ärztetag</i>		96
Ib - 24	Veröffentlichung auf den Internetseiten	97
Ib - 67	Offenlegung der nichtärztlichen Tätigkeiten sowie Einkünfte der Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer	98
Ib - 122	Offenlegung von Interessenverknüpfungen	100
Ib - 09b	Formale Funktion	101
Ib - 09a	Öffentliche Ämter	102
Ib - 09	Offenlegung von Interessenverknüpfungen	103
Ib - 110	Vermeidung von Interessenkonflikten - ärztliche Mandatsträger der Bundesärztekammer und Mitglieder der GOÄ-Kommission sollen Positionen in Gremien privater Krankenversicherungen aufgeben	105
Ib - 79	Berufszufriedenheit und Arztgesundheit	107
Ib - 108	Osteoporose, eine fächer- und sektorenübergreifende Herausforderung	108
Ib - 127	Sicherstellung der Partizipation junger Ärztinnen und Ärzte	109
Ib - 135	Organisation der Antragsverwaltung auf zukünftigen Ärztetagen	110
<i>Delegation/Substitution</i>		111
Ib - 95	Physician Assistant	112
Ib - 08	Delegationsmodell Physician Assistant	113
Ib - 45	Voraussetzungen für die erfolgreiche Etablierung des Physician Assistant	115
Ib - 27	Ablehnung von Substitution ärztlicher Leistungen und Aufgaben	116
Ib - 133	Studiengang Arztassistent (Physician Assistant) nicht als grundständiges Studium, sondern als akademische Weiterbildung für Ausbildungsberufe	117
<i>Finanzierung Ärztliche Weiterbildung</i>		119

Ib - 10	Ärztliche Weiterbildung ausreichend finanzieren	120
Ib - 36	Ambulante Weiterbildung	122
Ib - 91	Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung	123
<i>Flüchtlinge/Asylbewerber</i>		124
Ib - 68	Behandlung von Asylbewerbern nach Menschenrecht und deutschen Qualitätsstandards	125
Ib - 70	Dolmetscher für die medizinische Behandlung von Flüchtlingen	126
Ib - 97	Asylsuchende und Geflüchtete: Gesundheitliche Integration und selbstverantwortliche Teilhabe ermöglichen	128
Ib - 124	Kriminalisierung von Ärzten	130
Ib - 134	Schutz vor Behördenwillkür bei Abschiebung	131
<i>Fortbildung</i>		132
Ib - 54	Unterstützung der ärztlichen Fortbildung durch die Ergebnisse von Evidenzbewertung durch externe Institutionen	133
Ib - 93	Strahlenschutzkurse	134
<i>Gesetzliche Krankenversicherung/vertragsärztliche Versorgung/SGB V</i>		135
Ib - 13	Ressourcen optimal nutzen - Gesundheitssystem braucht intelligente Steuerung	136
Ib - 25	Weiterentwicklung des Belegarztsystems	138
Ib - 26	Schnellere Einführung von Innovationen im GKV-System	140
Ib - 37	Entlassmanagement unbürokratisch und praktikabel halten	141
Ib - 49	Ärztlichen Sachverstand an der Spitze des G-BA erhalten	142
Ib - 87	Direktzugang zu Heilmitteln und Blankoverordnungen ablehnen	143
Ib - 101	Durchsetzung von in Deutschland geltenden Qualitätsstandards in integrierten Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V	144
Ib - 28	Missbilligung der Erbringung ärztlicher Leistungen im Ausland ohne Einhaltung in Deutschland gültiger Qualitätsstandards	145
Ib - 38	Postexpositionsprophylaxe für alle Patienten	147
Ib - 104	Kein Ausverkauf von Arztpraxen an gewinnorientierte Konzerne	149
<i>Gesundheitskompetenz</i>		150
Ib - 82	Gesundheitskompetenz von Patienten verbessern	151
Ib - 20	Bessere Information der Bevölkerung über die Struktur des Gesundheitssystems	152
Ib - 55	Freier Zugang für alle Bürger zur Cochrane Library	154
<i>Kinderrechte/Kinderschutz</i>		155
Ib - 32	Kinderschutzgruppen	156
Ib - 64	Medizinische Versorgung in Schulen	157
Ib - 109	Gefährdung von Kindern psychisch erkrankter Eltern frühzeitig erkennen	158
Ib - 115	Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten auf Bundesebene	159
<i>Krankenhaus</i>		161

Ib - 47	Ehrlichkeit in der Krankenhausstrukturdiskussion	162
Ib - 48	DRG-System durch bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung ersetzen	164
Ib - 81	Ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser	166
Ib - 80	Erhöhung des Frauenanteils bei der Besetzung von Chefarztpositionen	167
Ib - 94	Zukünftige Rolle des Ärztlichen Direktors	168
Ib - 99	Die Einschränkung unabhängiger ärztlich-ethischer Handlungsmöglichkeiten durch zunehmende Ökonomisierung in Klinik und Praxis zurückführen!	169
Ib - 103	Keine nichtindizierten Patientenverlegungen in entfernte Zentren	170
<i>Menschenrechte</i>		171
Ib - 18	Haftbedingungen türkischer Kolleginnen und Kollegen	172
Ib - 83	Dr. Sedar Küni	174
Ib - 41	Menschenrechte/Medizinische Versorgung in Haftanstalten/Suchtmedizin	176
<i>Öffentlicher Gesundheitsdienst/Arbeits- und Betriebsmedizin</i>		178
Ib - 11	Öffentlicher Gesundheitsdienst - immer mehr Aufgaben mit immer weniger Personal	179
Ib - 118	Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch tarifadäquate Vergütung	181
Ib - 106	Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens	183
<i>Patientenrechte</i>		184
Ib - 12	Kein Bedarf für weitreichende Änderungen des Arzthaftungsrechts	185
<i>Prävention/Gesundheitsförderung</i>		187
Ib - 04	Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen	188
Ib - 72	Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung	190
Ib - 75	Gesundheitsunterricht in der Schule	191
Ib - 114	Gesundheitsförderung durch mehr Sport in den Schulen	192
Ib - 116	Ausrichtung des Schulsports auf die Gesundheitsförderung	193
Ib - 117	Gesundheitsförderung durch flächendeckende komplementäre Sport-, Spiel- und Bewegungsangebote in der Schule	194
Ib - 39	Ernährungsberatung schon vor manifestem Diabetes mellitus Typ 2	196
Ib - 107	Umsetzung der Impfvereinbarung im Präventionsgesetz	197
Ib - 46	Krebsrisiko bei der Anwendung von Glyphosat weiter erforschen	198
<i>Psychotherapie</i>		199
Ib - 02	Ärztliche Expertise ist im Interesse der Versorgungsqualität für eine evidenzbasierte Psychotherapie unverzichtbar	200
Ib - 63	Bundesärztekammer in die Beratungen zur Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten einbeziehen	202
Ib - 121	Ärztliche Psychotherapie als Chefsache	203
Ib - 130	Einfluss nichtärztlicher Berufsgruppen auf die ärztliche Weiterbildung	204

	<i>Qualitätssicherung/Patientensicherheit</i>	205
Ib - 03	Werteorientierte Qualitätssicherung	206
Ib - 119	Werteorientierte Qualitätssicherung	207
Ib - 35	Qualitätssicherung ist integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit	208
Ib - 61	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Beteiligung der (Landes-) Ärztekammern an den Landesarbeitsgemeinschaften	209
Ib - 96	Sinnvolle Mindestmengenregelung	210
	<i>Reproduktionsmedizin/Präimplantationsdiagnostik/ Pränataldiagnostik</i>	212
Ib - 05	Für Rechtssicherheit bei unerfülltem Kinderwunsch	213
Ib - 88	Für Rechtssicherheit bei unerfülltem Kinderwunsch	215
Ib - 42	Umfassende Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen der Pränataldiagnostik	217
	<i>Sucht und Drogen</i>	219
Ib - 40	Substitutionstherapie Opiatabhängiger in Haftanstalten	220
Ib - 69	Zeitnahe Anpassung der Rahmenbedingungen an die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Behandlung Opioidabhängiger	221
	<i>Versorgungswerk</i>	222
Ib - 102b	Änderungsantrag zu Antrag Ib - 102	223
Ib - 102a	Handlungsempfehlungen erarbeiten	224
Ib - 102	Versorgungswerke und Investments	225
	<i>Weiteres</i>	227
Ib - 44	Definition der Heilkunde verankern	228
Ib - 89	Reform des Heilpraktikerwesens	229
Ib - 66	Publication Bias - Ein unverändertes Problem	232
Ib - 71	Reprofessionalisierung des Arztberufes als zentrale Herausforderung begreifen	233
Ib - 76	Schutz der Schwachen - Transparenz in der Daseinsvorsorge fördern	235
Ib - 92	Behebung des Fachkräftemangels nichtärztlicher Gesundheitsberufe	237
Ib - 100	Unabhängigkeit und Qualität selbstständiger, freiberuflicher ärztlicher Berufsausübung durch angemessene Honorierung gewährleisten	238
Ib - 105	Kostenübernahme bei der Versorgung von nichtversicherten ausländischen Patientinnen und Patienten	239
Ib - 111	Keine Freigabe gering radioaktiven Atommülls	240
<b>TOP Ic</b>	<b>Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik Umsetzung des Beschlusses IV - 107 des 119. Deutschen Ärztetages 2016</b>	242
Ic - 01	Umsetzung des Beschlusses IV - 107 des 119. Deutschen Ärztetages 2016	243
Ic - 02	Änderung des § 5 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage	244
<b>TOP II</b>	<b>Digitalisierung im Gesundheitswesen</b>	245

<i>Digitalisierung (allgemein)</i>		246
II - 01	Digitalisierung im Gesundheitswesen - Ärzteschaft gestaltet mit	247
II - 02	Digitalisierung des Gesundheitswesens aktiv mitgestalten! Potenziale erkennen, Arbeitsprozesse optimieren, Versorgung verbessern	249
II - 08	Angemessene Vergütung von E-Health-Anwendungen	252
II - 09	Forderung eines arztunterstützenden Einsatzes von E-Health ohne zusätzliche Belastungen und Aufwendungen	253
II - 16	Digitalisierung im Gesundheitswesen - mehr Chancen als Risiken	254
II - 17	Digitale Techniken brauchen gute und klare Rahmenbedingungen, um gute Medizin zu erbringen	256
II - 18	Ärztinnen und Ärzte brauchen benutzerfreundliche und sichere IT-Arbeitsplätze	258
II - 32	Digitalisierung soll mehr Zeit für den Patienten schaffen, nicht mehr Arbeitsverdichtung	260
II - 38	Zugang und Nutzungsmöglichkeit digitaler Techniken für alle Patientengruppen	261
II - 11	Notwendigkeit einer Dokumentation ärztlicher Aktivitäten in der patientenindividuellen Kartei auch in Zeiten von E-Health	262
<i>Ärztliche Schweigepflicht, Datenschutz, Datensicherheit</i>		263
II - 03	Keine Schwächung der ärztlichen Schweigepflicht	264
II - 04	Gefahr des Missbrauchs freiwillig übermittelter Patientendaten	265
II - 10	Forderung der eindeutigen und zuverlässigen Gestaltung von Datenschutzerfordernungen unter Einbeziehung der EU-Datenschutzverordnung	266
II - 13	Datensicherheit in Praxis und Kliniken	267
II - 14	Sicherheit von Medizingeräten	268
II - 21	Staatliches Förderprogramm für eine moderne Krankenhaus-IT	269
II - 22	Cyberangriffe fordern zu dezentraler Datenhaltung und strengem Datenschutz auf	270
II - 27	Datensicherheit digitaler Medizinprodukte	271
II - 28	Gesetzliche Regelung "digitales Medizinprodukt"	272
<i>Apps</i>		273
II - 20	Erstellung einer Positivliste für digitale Gesundheitsanwendungen	274
II - 34	Gütesiegel für Gesundheits-Apps	275
<i>eGK und Telematikinfrastruktur</i>		276
II - 36	Sicherheit und Anwenderfreundlichkeit von E-Health-Software durchsetzen	277
II - 37	Die Einführung von E-Health-Anwendungen nach § 291a SGB V erfordert umfangreiche Begleitforschung	279
II - 24	Für das Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" sind sichere digitale Identität und evaluierte Tests unabdingbar	281
II - 12	Auslieferung von 150.000 Konnektoren bis zum 01.07.2018 unrealistisch - Honorarabsenkung aufheben	282

II - 26	Elektronische Patientenakte zeitnah einführen	283
II - 40	Obhut von elektronischen Patientenakten	284
II - 39	Bundesmedikamentenplan nachbessern	285
II - 42	Praktikabilität und Nutzen für die geforderten Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen	287
II - 41	Finanzierung der geforderten Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen	288
<i>Weiteres</i>		289
II - 06	Regelung von Rechten und Pflichten für Bewertungsportale von Ärzten im Internet mit Blick auf den Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses und die Patientenversorgung	290
II - 19	Schulungen auf dem Gebiet der digitalen Gesundheitsversorgung müssen Teil der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung werden	292
<i>Fernbehandlung</i>		293
II - 35	Telemedizin	294
II - 23	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist Goldstandard für die ärztliche Behandlung - Telekonsultation kann nur als Ergänzung dienen	296
II - 29	Modellprojekte zur Fernbehandlung fördern	297
II - 33	Telemedizinische Verfahren als Teil der ärztlichen Behandlung nutzen	299
II - 07	Das persönliche Arzt-Patienten-Gespräch ist auch im digitalen Zeitalter unverzichtbar	300
<b>TOP III</b>	<b>Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)</b>	301
III - 01	Genehmigung des Jahresabschlusses	302
<b>TOP IV</b>	<b>Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)</b>	303
IV - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 - 30.06.2016)	304
<b>TOP V</b>	<b>Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2017/2018 (01.07.2017 – 30.06.2018)</b>	305
V - 01	Genehmigung des Haushaltsvoranschlags	306
<b>TOP VI</b>	<b>GOÄneu</b>	307
<i>GOÄneu</i>		308
VI - 01a	Monitoringphase	309
VI - 01	GOÄ-Novelle fortsetzen nach Abstimmung des Leistungsverzeichnisses und der Bewertungen mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen	

	Fachgesellschaften	310
VI - 02	Dynamisierung der GOÄ	314
VI - 08	Keine Budgetierung bei einer Novellierung der GOÄ: Die Datenstelle zum Monitoring der Leistungsentwicklung im Falle der Implementierung auf drei Jahre befristet	315
VI - 10	Keine neuen Bürokratiekosten für Ärzte bei einer Reform der GOÄ	317
VI - 11	Wahlmöglichkeit zwischen Leistungsverzeichnis und reinem Zeithonorar	318
	<i>Weiteres</i>	319
VI - 04	Ausfallgebühr	320
VI - 06	Kostenrahmen/Kostenstellung für den "hoheitlichen Akt" der Feststellung über das Lebensende	321
VI - 16	Vergütung der Leichenschau	322
<b>TOP VII</b>	<b>Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung</b>	<b>323</b>
	<i>Abschnitt A – Paragrafenteil</i>	324
VII - 04	Weiterbildung nur nach Approbation bzw. gleichwertigem Kenntnisstand - Änderung § 4 MWBO	325
VII - 29a	Anrechenbarkeit von Forschungszeiten	326
VII - 29	Anrechenbarkeit von Forschungszeiten	327
VII - 41	Anerkennung von Fehlzeiten auf die Weiterbildung	328
VII - 33	Weiterbildung in Teilzeit	330
VII - 21	Keine Begrenzung der Wiederholbarkeit von Facharztprüfungen	331
VII - 25	Kompetenzerwerb als Anrechnungsmöglichkeit in neuer MWBO	332
VII - 36	Direkte Betreuer in der ärztlichen Weiterbildung	333
	<i>Abschnitt B – Titel, Gebietsdefinitionen, Weiterbildungszeiten</i>	334
VII - 24	Facharztkompetenz "Allgemeinchirurgie" erhalten, inhaltliche Kompetenz präzisieren und verbessern!	335
VII - 15	Beibehaltung der Facharztbezeichnung "Hygiene und Umweltmedizin"	337
VII - 17	Psychosomatik in der Gebietsbezeichnung "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie"	338
	<i>Abschnitt B – Inhalte der Weiterbildung</i>	340
VII - 42	Berufsgenossenschaftliche Versorgung	341
VII - 43	Realistische Zahlen	342
	<i>Allgemeine Inhalte der WB/CanMEDs-Rollen</i>	343
VII - 14	Änderung der Weiterbildungsordnung - Aufnahme von Querschnittsthemen	344
VII - 48	Logbuch und fachlich empfohlener Weiterbildungsplan der Allgemeinen Inhalte	345
VII - 45	CanMEDS für die Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten	346

<i>Abschnitt C</i>		347
VII - 03	Erwerb der Zusatzbezeichnungen in nebenberuflicher Tätigkeit ermöglichen	348
<i>Dokumentation der Weiterbildung (Logbuch)</i>		349
VII - 20	eLogbuch anpassungsfähig an Landesrecht konzipieren	350
VII - 35	eLogbuch	351
VII - 39	Klärung zum eLogbuch in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	352
VII - 30	Kosten des eLogbuchs	353
<i>Novelle Übergreifendes</i>		354
VII - 05	Weiterbildungsstrukturen stärken	355
VII - 06	Ziele nicht verwässern - Mut zur Neugestaltung	357
<i>Zeitplan/Verfahren zur Novellierung der MWBO</i>		359
VII - 40	Grundsatzantrag zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (Verabschiedung von Abschnitt B der MWBO auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017)	360
VII - 44	Weiterbildungsordnung	361
VII - 12	Zeitplan einhalten	362
VII - 01	Abschnitt B der (Muster-)Weiterbildungsordnung	363
<i>Andere Themen (außerhalb Novelle MWBO, z. B. Evaluation der WB)</i>		364
VII - 09	Sicherung der hohen Qualität der Weiterbildung ist Kernaufgabe der Ärztekammern	365
VII - 10	Personelle Strukturen für Mentoring der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung vorhalten	367
VII - 11	Kontinuierliche Evaluation der Weiterbildung	368
<b>TOP VIII</b>	<b>Wahl des Tagungsortes für den 122. Deutschen Ärztetag 2019</b>	369
VIII - 01	Austragungsort 122. Deutscher Ärztetag 2019	370



**TOP Ia      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

*Verantwortung der Länder für Patientenversorgung*  
*Personalausstattung in Kliniken*  
*Sektorenübergreifende Notfallversorgung*  
*BKA-Gesetz*  
*Weitere Themen*



---

**TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

Titel: Solidarität leben, Versorgung sichern, verantwortlich handeln

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache la - 01) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Es bietet allen Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem sozialen Status ein hohes Versorgungsniveau und hält hochwertige Gesundheitsleistungen flächendeckend und wohnortnah vor. Damit die legitimen Ansprüche der Patientinnen und Patienten auf eine individuelle, qualifizierte gesundheitliche Betreuung und Versorgung auch in Zukunft erfüllt werden können, müssen jetzt die richtigen Weichenstellungen vorgenommen werden.

#### **Klares Bekenntnis zu freiheitlichem Gesundheitssystem**

Die fachliche Weisungsungebundenheit der Ärztinnen und Ärzte und die damit verbundene Verpflichtung zur Übernahme von Verantwortung für das Wohl der Patienten einerseits und gegenüber der Gesellschaft andererseits sind unabdingbar für einen wirksamen Patientenschutz. Diese Wesensmerkmale freiheitlicher Berufsausübung dürfen nicht durch Kommerzialisierung und Kontrollbürokratie in Frage gestellt werden. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert deshalb alle politischen Parteien auf, sich klar und unmissverständlich zum Erhalt und zur Stärkung unseres freiheitlichen Gesundheitswesens zu bekennen.

#### **Therapiefreiheit in Therapieverantwortung**

Die Therapiefreiheit ist ein hohes Gut und Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitswesen. Seit Jahren aber sehen sich Ärztinnen und Ärzte mit einer unüberschaubaren Zahl gesetzlicher und untergesetzlicher Regelungen konfrontiert. An die Stelle rechtlicher Rahmenvorgaben, die von der ärztlichen Selbstverwaltung, insbesondere durch Leit- und Richtlinien fachkompetent ausgefüllt werden, treten vermehrt detaillierte, teilweise untereinander nicht kongruente rechtliche Regelungen. Diese zunehmende Überregulierung unseres Gesundheitssystems führt dazu, dass die im Gesundheitswesen Beschäftigten immer weniger Zeit für ihre ureigenste Aufgabe haben, den Dienst am Patienten. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert deshalb den Gesetzgeber auf, rechtliche Regelungen mit Augenmaß vorzunehmen, sodass der notwendige Raum für Therapiefreiheit und verantwortliche Patientenbetreuung wiederhergestellt wird.

---



## **Duales System erhalten und fortentwickeln**

Trotz regulatoriver Defizite ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsstark, innovativ und sozial gerecht. Abgesichert wird diese Leistungsfähigkeit durch das duale Versicherungssystem mit den beiden Säulen gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV). Die Ärzteschaft in Deutschland beobachtet jedoch mit großer Sorge, dass Teile der Politik diese bewährten und weltweit einmaligen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens ohne Not zerschlagen und durch eine Einheitsversicherung ersetzen wollen. Mit der Einführung der Einheitsversicherung drohen Rationierung, Wartezeiten und Begrenzungen des Leistungskataloges. Statt ideologisch motivierter Feldversuche mit ungewissem Ausgang für die Versicherten fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017, dass die künftige Bundesregierung ihre Reformpolitik an den tatsächlichen Problemen und Aufgaben des Gesundheitswesens ausrichtet: GKV und PKV sind zu stärken und an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen.

## **Länder für gute Patientenversorgung in die Pflicht nehmen**

Angesichts der demografischen Entwicklung öffnet sich die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Vor diesem Hintergrund kommt der konsequenten ärztlichen Nachwuchsförderung besondere Bedeutung zu. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüßt grundsätzlich die Einigung von Bund und Ländern über Eckpunkte der geplanten Reform des Medizinstudiums. Nicht hinnehmbar ist jedoch, dass die Umsetzung der beschlossenen Maßnahmen auf Betreiben der Länder unter Haushaltsvorbehalt gestellt wurde. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesländer auf, ihrer Verantwortung für die ärztliche Nachwuchsförderung gerecht zu werden und die nötigen Finanzmittel für die Umsetzung der Reform bereit zu stellen.

Gleiches gilt für die nach wie vor völlig unzureichende Investitionsfinanzierung des stationären Sektors durch die Bundesländer. Das Defizit beläuft sich bundesweit mittlerweile auf mehr als 30 Milliarden Euro. Kliniken sind gezwungen, erhebliche Finanzmittel, die für die Patientenversorgung bestimmt sind, für dringend notwendige Investitionen zu verwenden. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bekräftigt deshalb seine Forderung nach klaren und einklagbaren Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen. Notwendig ist eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern über zusätzlich mindestens drei Milliarden Euro pro Jahr.

## **Angemessene Personalausstattung in den Kliniken**

Insbesondere im Hinblick auf die Patientensicherheit ist bei der Krankenhausvergütung eine deutlich verbesserte Berücksichtigung der notwendigen Personalausstattung und Personalentwicklung notwendig. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüßt die von der Bundesregierung geplanten Personaluntergrenzen in der Pflege. Solche



Mindestpersonalvorgaben sind jedoch für alle Berufsgruppen in der unmittelbaren Patientenversorgung einzuführen, insbesondere auch für den ärztlichen Dienst. Die Maßnahmen müssen entsprechend gegenfinanziert werden.

### **Attraktive Bedingungen für die vertragsärztliche Versorgung auch auf dem Land**

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bekennt sich klar zum Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Selbstverwaltung. Die Politik muss die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) aber in die Lage versetzen, ihrem Sicherstellungsauftrag auch nachkommen zu können. So erfordert die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung vor allem in strukturschwachen Gebieten eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten vor Ort. Um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf in den Regionen Rechnung zu tragen, ist eine Deregulierung und Regionalisierung der Sicherstellung erforderlich, die den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeiten eröffnet, kassenartenspezifische Gesamtverträge zu schließen. Flankiert werden müssen diese Maßnahmen durch eine angemessene Honorierung vertragsärztlicher Tätigkeit sowie durch eine Aufhebung der Budget-Begrenzung.

### **Notfallversorgung sektorenübergreifend gestalten**

In den letzten zehn Jahren ist eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme der Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland zu verzeichnen. Der Anstieg auf rund 25 Millionen Patienten pro Jahr führt zu einer chronischen Überlastung des medizinischen Personals. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert Bund und Länder auf, notwendige Investitionen, Vorhalteleistungen und Personalentwicklungskosten durch eine extrabudgetäre Finanzierung sicherzustellen.

Zudem sind Voraussetzungen für eine deutlich verbesserte Kooperation und Abstimmung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu schaffen. Neben einer Harmonisierung der Strukturen, unter anderem durch eine medizinische Dringlichkeitseinschätzung, sollte in einer gemeinsamen Kampagne aller relevanten Akteure unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) über Art und Zugang zu den Notfall-Versorgungsstrukturen und deren Erreichbarkeiten (z. B. über die Servicenummer 116117) informiert werden.

### **Gewalt gegen Ärzte stoppen**

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beobachtet mit großer Sorge die zunehmende Gewalt gegen Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe. Umfragen zufolge wurde bereits jeder zehnte Hausarzt mit aggressivem Verhalten seiner Patienten konfrontiert. Aber auch in den Krankenhäusern sowie in den völlig überlasteten Notaufnahmen kommt es immer wieder zu Übergriffen. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert einen breiten gesellschaftlichen Konsens und politische Unterstützung, damit Gewalt gegen Ärzte kein



Dauerzustand wird.

### **Ärzte sind keine Berufsheimnisträger zweiter Klasse**

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 lehnt die vom Bundestag beschlossene Novelle des sogenannten BKA-Gesetzes ab. Der Gesetzgeber hat es trotz heftiger Proteste der Ärzteschaft versäumt, bei Überwachungsmaßnahmen auch Ärztinnen und Ärzte in den Kreis besonders geschützter Personengruppen aufzunehmen. Dabei hatte das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 20.04.2016 darauf hingewiesen, dass neben Familienangehörigen, Geistlichen und Verteidigern auch Ärzte als Personen des höchstpersönlichen Vertrauens an der geschützten nichtöffentlichen Kommunikation des Einzelnen teilnehmen, die in der berechtigten Annahme geführt wird, nicht überwacht zu werden. Das Gesetz verstößt gegen die Intention des Gerichtes. Verdeckte Eingriffe in die Systeme einer Praxis oder eines Krankenhauses beeinträchtigen das Geheimhaltungsinteresse der Patientinnen und Patienten, zumal nicht sichergestellt werden kann, dass bei solchen Maßnahmen nicht auch die Daten anderer Patienten offengelegt werden. Patienten sind eine besonders geschützte Personengruppe und deshalb muss bei Ärzten der gleiche Vertrauensschutz gewährleistet werden wie bei Strafverteidigern und Abgeordneten.

### **Ethik darf nicht zu einem Verwaltungsakt verkommen**

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 betrachtet das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 02.03.2017, nach dem Patienten in Ausnahmesituationen ein Recht auf Arzneimittel zur Selbsttötung haben, mit großer Sorge. Das Urteil lässt viele Fragen ungeklärt, etwa zu den Vorgaben für die Einzelfallprüfung sowie zu den dafür notwendigen Rechtsgrundlagen. Mit dem Urteil konterkariert das Bundesverwaltungsgericht das Bemühen der Ärzteschaft und der großen Mehrheit des Deutschen Bundestages, Selbsttötung durch Beratung und palliativmedizinische Angebote zu verhindern. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, alle gesetzlichen Möglichkeiten zu prüfen, um staatliche Selbsttötungshilfe zu verhindern.

### **Mehr Mut zur Subsidiarität in Europa**

Der Vertrag von Lissabon garantiert die nationale Zuständigkeit für die Organisation des Gesundheitswesens und verbietet jeglichen Versuch der Harmonisierung. Vor diesem Hintergrund fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017 eine Überarbeitung des sogenannten EU-Dienstleistungspakets. Unter anderem fordert die Europäische Kommission darin die Prüfung der "Verhältnismäßigkeit" von Berufsregeln. Diese will sie auch für Regelungen durchsetzen, die dem Patientenschutz dienen. In Deutschland ist die sorgfältige Verhältnismäßigkeitsprüfung durch Bundes- und Landesregierungen sowie Berufskammern geübte Praxis. Hierzu verpflichten das Grundgesetz und die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Die geplante Regelung erschwert es den Mitgliedstaaten und



den Ärztekammern, die Berufsausübung in verhältnismäßigem Rahmen zu regeln, und missachtet deren EU-vertraglich garantierten Gestaltungsspielraum. Zudem verursacht die Verhältnismäßigkeitsprüfung enorme Kosten und Bürokratie.



**TOP Ia      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

*Verantwortung der Länder für Patientenversorgung*

- la - 13      Städte, Kreise und Kommunen müssen Verantwortung für die stationäre Versorgung ernst nehmen



---

**TOP Ia      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

**Titel:**            Städte, Kreise und Kommunen müssen Verantwortung für die stationäre Versorgung ernst nehmen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Kai Johanning, Dr. Christoph Emminger, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Matthias Fabian und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ia - 13) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 stellt fest: Die Versorgung kritisch kranker oder verletzter Patientinnen und Patienten wird derzeit an vielen Orten Deutschlands dadurch gefährdet, dass Kapazitäten zur Notfall- und Intensivtherapie nicht ausreichend vorgehalten oder durch einen Mangel an Fachkräften nicht genutzt werden können. In der Folge warten Rettungskräfte auf der Straße, bis eine aufnahmefähige Klinik gefunden ist, Operationen müssen verschoben oder Patienten früher von Intensivstationen verlegt werden, als ihrem Heilungsprozess zuträglich ist. Hinzu kommt: Hinlänglich bekannte Möglichkeiten, den Fachkräftemangel durch eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit zu lindern, werden nicht genutzt.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 ruft die Städte, Kreise und Kommunen als Garanten der stationären Krankenhausversorgung dazu auf, ihren Auftrag zur Daseinsvorsorge ernst zu nehmen oder aber der Bevölkerung mitzuteilen, warum keine wirksamen Maßnahmen gegen den Mangel in diesem Bereich ergriffen werden.

**Begründung:**

Unter ökonomischem Druck minimieren viele Kliniken ihre Kapazitäten zur stationären Notfallversorgung zugunsten geplanter, im DRG-System möglichst gut abgeglichener Eingriffe und Prozeduren. Zusätzlich wird seit Jahren grob fahrlässig versäumt, dem Fachkräftemangel in der Pflege mit wirksamen Maßnahmen zu begegnen. Die Städte, Kreise und Kommunen als Garanten der Daseinsvorsorge sind dafür entweder unmittelbar (als Träger) oder mittelbar (als Delegierende im Rahmen von Privatisierungen) verantwortlich: Nicht erfüllbare Bilanzvorgaben ("schwarze Null") werden der Verpflichtung zur Daseinsvorsorge ebenso wenig gerecht wie die Weiterreichung des Versorgungsauftrags an private Träger ohne ausreichende Kontrolle der resultierenden Versorgungssituation.



**TOP Ia      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Aussprache zum Leitantrag**

*Personalausstattung in Kliniken*

- la - 08      Ärztliche Versorgung im Krankenhaus bedarfsgerecht sicherstellen
- la - 09      Behandlungsqualität transparent machen - Relation von Patienten zu Pflegekräften in deutschen Kliniken öffentlich machen
- la - 10      Verbindliche Personalvorgaben im Krankenhaus einführen
- la - 12      Definierte Personalmindestausstattungen in den Krankenhäusern - sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich



---

**TOP la      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

Titel:            Ärztliche Versorgung im Krankenhaus bedarfsgerecht sicherstellen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Kai Johanning, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Christoph Emminger, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Matthias Fabian und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache la - 08) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 schlägt vor, dass zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung in Kliniken folgende Regelung gesetzlich festgelegt wird: Fallen in einer Abteilung/Klinik eines im Krankenhausbedarfsplan geführten Akutkrankenhauses in einem Beobachtungszeitraum von jeweils sechs Monaten mehr ärztliche Überstunden oder Mehrarbeitsstunden an, als der tariflichen Regelarbeitszeit einer ärztlichen Vollkraft entsprechen, wird das Stellenkontingent automatisch und unmittelbar entsprechend angepasst. Nicht besetzte oder nicht besetzbare Stellen werden - nach Abteilungen aufgeschlüsselt - tagesaktuell auf der Website der Klinik veröffentlicht.

**Begründung:**

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüÙt ausdrücklich, dass Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen als für die Patientensicherheit unverzichtbar erkannt wurden und von der Regierungskoalition am 24.04.2017 in das laufende Gesetzgebungsverfahren zum "Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten" als Änderungsantrag eingebracht worden sind.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 erinnert daran, dass auch im ärztlichen Bereich eine dem Bedarf der Patientinnen und Patienten adäquate Personalausstattung qualitätsrelevant ist. Er erkennt an, dass aufgrund der Komplexität - keine Klinik, keine Abteilung ist wie die andere - die Ermittlung valider Kennzahlen zumindest aufwändig und teuer ist. Ein einfacher Indikator unzureichender Personalausstattung im ärztlichen Dienst ist das Ausmaß der über die vereinbarte Regelarbeitszeit hinaus erforderlichen Arbeit. Die Auswertung der nach Arbeitszeitgesetz sowieso geforderten Erfassung der tatsächlichen Arbeitszeit ermöglicht auf einfache Art und Weise, die Patientensicherheit durch Vorhaltung einer ausreichenden ärztlichen Personalausstattung zu verbessern.

---



---

**TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

**Titel:** Behandlungsqualität transparent machen - Relation von Patienten zu Pflegekräften in deutschen Kliniken öffentlich machen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Günther Jonitz, Dr. Kai Johanning, Dr. Christoph Emminger, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Matthias Fabian und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache la - 09) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesländer auf, alle in den Krankenhausplänen geführten Akutkliniken zu Folgendem zu verpflichten:

- Die Zahl der tatsächlich am Patientenbett eingesetzten Pflegekräfte und deren Qualifikation werden für jede Schicht und jede einzelne Station erhoben und in Relation zum errechneten Bedarf gesetzt. Die Dokumentation wird in den Qualitätsberichten der Klinik veröffentlicht und zehn Jahre lang aufbewahrt.
- Das gleiche gilt für die zur Personalbedarfsermittlung verwendete Methodik.

**Begründung:**

Viele deutsche Krankenhäuser kämpfen um ihr finanzielles Überleben. Kostensenkungen sind ein populäres Mittel, kurzfristig das Bilanzergebnis zu verbessern, und werden häufig über Personaleinsparungen realisiert.

Auf der anderen Seite ist die Relation von Behandelnden zu Patienten ein wichtiger Faktor mit Auswirkung auf Morbidität und Letalität. Am leichtesten ist das für das Zahlenverhältnis zwischen Patienten und (Fach-)Pflegekräften belegbar.<sup>1,2,3,4</sup> Es ist daher ein Gebot der Fairness den Patientinnen und Patienten gegenüber, die entsprechenden Zahlen offenzulegen.

Entsprechende Regelungen sind in anderen Ländern (z. B. in Teilen der USA) bereits Realität.<sup>5</sup>

*"New Jersey hat im Jahr 2005 Krankenhäuser verpflichtet, detaillierte Informationen über ihre tatsächliche Personalbesetzung der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Allgemeinkrankenhäuser müssen für jede einzelne Station vor dem Ende der laufenden*



*Arbeitschicht die Zahl der in der direkten Pflege eingesetzten Registered Nurses, Licensed Practical Nurses, Certified Nurse Aids und anderen registrierten oder lizenzierten Gesundheitsberufe erfassen und auf Nachfrage darüber informieren. Die Angabe hat als Gesamtzahl und als Nurse-to-Patient-Ratio zu erfolgen. Darüber hinaus hat jedes Allgemeinkrankenhaus die Methoden detailliert offenzulegen, auf deren Grundlage der Personalbedarf im Pflegedienst ermittelt wurde.*

*Die Krankenhäuser haben die Angaben über die Personalbesetzung monatlich an das Gesundheitsministerium zu übermitteln, und das Ministerium hat die Informationen in geeigneter Form der Öffentlichkeit zugänglich zu machen (Internet). Kommt ein Krankenhaus seiner Pflicht nicht nach, kann das Ministerium eine Ordnungsstrafe gegen die Klinik verhängen.*

*An dem zuvor zitierten Hinweis wird bereits ein zentraler Mangel dieses Regulierungsmodells deutlich. Die Veröffentlichung der Ist-Besetzung erlaubt keinen Rückschluss auf die Frage der Bedarfsgerechtigkeit dieser Ist-Besetzung. Es ist nicht erkennbar, ob und in welchem Maße die Ist-Besetzung dem Soll, also dem Personalbedarf, entspricht.*

[...]

*Im Regulierungsmodell des Bundesstaates Massachusetts ist mit der Dokumentationspflicht ein weiteres Element enthalten, das sowohl im kalifornischen Modell als auch in anderen Staaten anzutreffen ist. Dokumentiert werden müssen das Ergebnis der Erhebung des Pflegebedarfs jedes einzelnen Patienten und die tatsächlich vorgehaltene Personalbesetzung.*

*Die Dokumentation hat für jede einzelne Schicht zu erfolgen, und die Unterlagen müssen für einen vorgegebenen Zeitraum (10 Jahre) aufbewahrt und der zuständigen staatlichen Behörde auf Verlangen für Zwecke der Überprüfung übermittelt werden. Es kann bereits an dieser Stelle festgehalten werden, dass eine Dokumentationspflicht und die Pflicht zur Aufbewahrung der Unterlagen über die Einschätzung des Pflegebedarfs sowie die tatsächliche Personalbesetzung für einen mehrjährigen Zeitraum zu den unverzichtbaren Bestandteilen eines wirksamen Regulierungssystems gehören.“*

<sup>1</sup>McHugh, MM et al. (2016). Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. *Medical Care*, 54(1), 74-80.

<sup>2</sup>Silber JH et al. (2016) Comparison of the Value of Nursing Work Environments in Hospitals Across Different Levels of Patient Risk. *JAMA Surg.* 151(6):527-536



<sup>3</sup>Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, et al. (2016) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care *BMJ Qual Saf* Published Online First: 15.11.2016, doi:10.1136/bmjqs-2016-005567

<sup>4</sup>McHugh MD et al. (2013) Lower Mortality in Magnet Hospitals. *Med Care* 51: 382-388

<sup>5</sup>Simon M, Mehmecke S (2017) Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. *WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG* Nummer 027 der Boeckler-Stiftung, Februar 2017, ISSN 2509-2359; [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de)



---

**TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

Titel: Verbindliche Personalvorgaben im Krankenhaus einführen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Peter Hoffmann und Prof. Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich (Drucksache la - 10) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüÙt die Einführung von Personaluntergrenzen für die Pflege in sogenannten pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus. Sie ist ein notwendiger, aber nicht hinreichender erster Schritt.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, die personelle Besetzung auch für Ärztinnen und Ärzte und andere am Patienten tätige Berufsgruppen verbindlich festzulegen.

Diese Standards müssen für alle Krankenhausbereiche gelten. Bei der Erarbeitung der Personalvorgaben sowie der Konsequenzen bei Nichteinhaltung soll die Fachkompetenz der Ärzteschaft, der Pflegenden und der Therapeutinnen und Therapeuten einbezogen werden.

#### Begründung:

Genügend und qualifiziertes Personal ist unabdingbare Voraussetzung für Qualität überall im Krankenhaus. Deshalb macht die Begrenzung der geplanten Personaluntergrenzen auf sogenannte pflegesensitive Bereiche keinen Sinn. Stellenabbau wegen des Kostendrucks und Mangel an qualifizierten Fachkräften verursachen immer häufiger Krisen in der Patientenversorgung und unzumutbare Arbeitsbedingungen.

Chronische Überlastung beschädigt die Professionalität des ärztlichen Berufs wie auch pflegerischer und therapeutischer Berufe. Insbesondere der Pflegeberuf verliert stark an Attraktivität und wird häufig nach wenigen Jahren aufgegeben. Diese Entwicklung gefährdet die Sicherstellung der stationären Versorgung für die Zukunft. Notwendig sind wirksame Maßnahmen statt Lippenbekenntnissen und eine sorgsame Diskussion der Konsequenzen im Falle der Nichteinhaltung der verbindlichen Personalvorgaben. Mit finanziellen Abschlägen jedenfalls wäre weder Patienten noch Kliniken geholfen.

---



---

**TOP la      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

**Titel:**            Definierte Personalmindestausstattungen in den Krankenhäusern - sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen Bereich

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Hanjo Pohle und Klaus-Peter Schaps (Drucksache la - 12) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert verbindliche Regelungen zur Personalmindestausstattung in den Krankenhäusern nicht nur im pflegerischen, sondern auch im ärztlichen Bereich.

**Begründung:**

Es sind durch die Selbstverwaltung aus Krankenhausträgern und Kostenträgern - erforderlichenfalls durch den Gesetz- oder Ordnungsgeber - personelle Mindestausstattungen nach evidenzbasierten Maßstäben zu formulieren und in den Krankenhäusern konsequent anzuwenden. Solche verbindlichen Vorgaben dienen einerseits der Qualitätssicherung und somit der Sicherheit der Patientinnen und Patienten; andererseits fördern sie gute Arbeitsbedingungen, den vorbeugenden Gesundheitsschutz für alle Beschäftigten in den Kliniken, eine hohe Qualität der fachärztlichen Weiterbildung und die Freude am Beruf. Mengenausweitung und Verdichtung in der Leistungserbringung bei konstant gehaltenen oder gar reduzierten Ausstattungsmerkmalen - insbesondere beim medizinischen Personal - sind nicht verantwortbar. Zur Gewährleistung der in der modernen Medizin unabdingbaren berufsgruppenübergreifenden arbeitsteiligen Kooperation dürfen in der Bemessung von Stellenplänen und Personalbudgets Angehörige der Pflegeberufe einerseits und Ärztinnen und Ärzte andererseits nicht in Konkurrenz gebracht werden.



**TOP Ia      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Aussprache zum Leitantrag**

*Sektorenübergreifende Notfallversorgung*

- la - 02      Integriertes Konzept der Versorgung von Patienten außerhalb der Regelversorgung
- la - 05      Notfallpatienten
- la - 07      Abklärungspauschale
- la - 11      Städte, Kreise und Kommunen müssen Verantwortung für die stationäre  
Notfallversorgung ernst nehmen, Kassenärztliche Vereinigungen müssen ihren  
Sicherstellungsauftrag erfüllen!



---

**TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

Titel: Integriertes Konzept der Versorgung von Patienten außerhalb der Regelversorgung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp, Klaus-Peter Schaps und Dr. Ivo Grebe (Drucksache la - 02) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 betont die Notwendigkeit eines integrierten Konzepts für die strukturierte Inanspruchnahme der Notfallversorgung. Dies muss in echter Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor erfolgen und ist daher sektorenübergreifend extrabudgetär einheitlich zu finanzieren. Dabei sind ambulante Strukturen der Notfallversorgung direkt der stationären Notfallambulanz an auszuwählenden geeigneten Krankenhäusern vorzuschalten und örtlich so anzusiedeln, dass eine notwendige Zuordnung der Patientinnen und Patienten erfolgen kann. Erforderlich hierfür ist eine verbesserte Aufklärung der Bevölkerung zur Inanspruchnahme der Notfallversorgungsstrukturen.

**Begründung:**

Die nach wie vor ungesteuerte Inanspruchnahme der Klinikambulanzen verschärft die schwierigen Arbeitsbedingungen in den ohnehin überlasteten Abteilungen. Eine unmittelbare und räumliche Zusammenarbeit von Vertragsärzten in Portalpraxen mit den Klinikärzten in den Notfallzentren muss weiterentwickelt werden. Um die Voraussetzung für eine sinnvolle Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu ermöglichen, ist die Vergütung aus einem sektorenübergreifenden, nichtbudgetierten Honorartopf erforderlich.



Eine Neuordnung der Notfallversorgung schafft auch die Voraussetzung dafür, dass ambulant behandelbare Fälle auch tatsächlich ambulant versorgt werden und nicht die Behandlung schwerer Notfälle verzögern. Es ist zu bezweifeln, dass die durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführte Kooperationsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), mit den zugelassenen Krankenhäusern zur Sicherstellung des kassenärztlichen Notdienstes sogenannte Portalpraxen einzurichten, wesentliche Steuerungseffekte bringen wird. Die Forderung, an allen Krankenhäusern, die im Krankenhausplan verzeichnet sind, entsprechende Notfallstrukturen vorzuhalten, ist unrealistisch.



---

**TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

Titel: Notfallpatienten

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Gerald Quitterer, Dr. Oliver Funken, Dr. Markus Beck, Michael Andor, Monika Buchalik, Dr. Jan Döllein, Dr. Bernhard Lenhard, Klaus Schäfer, Uwe Lange und Dr. Stefan Windau (Drucksache la - 05) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die in die Behandlung von Notfallpatienten eingebundenen Institutionen, also Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Krankenhäuser, auf, klare Strukturen in Sinne von Notfallpraxen/Bereitschaftspraxen an dafür geeigneten Kliniken zu schaffen, die im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes Anlaufpraxen sind, um die Patientinnen und Patienten ambulant zu versorgen und bei Bedarf an die stationären Notaufnahmen weiterzuleiten. Dadurch ist die Patientenversorgung sichergestellt und Doppelstrukturen werden vermieden. In einigen KV-Bereichen ist dies schon umgesetzt oder in Umsetzung begriffen und führt gleichermaßen zur Entlastung der am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten wie auch der Notfallambulanzen.

**Begründung:**

In Deutschland nehmen immer mehr Patientinnen und Patienten, die primär keine echten Notfälle, sondern zu 80 Prozent dem vertragsärztlichen Sektor zuzuordnen sind, die Notaufnahmen der Kliniken in Anspruch. Durch die Einrichtung von Notfallpraxen/Bereitschaftspraxen können diese Patienten in die für sie notwendige, ausreichende und zweckmäßige Versorgungsebene geleitet werden.



---

**TOP la      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

Titel:            Abklärungspauschale

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Henrik Herrmann, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert und Dipl.-Med. Sabine Ermer (Drucksache la - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüßt grundsätzlich die Einführung einer Abklärungspauschale als Eintritt in eine Patientensteuerung.

Die Abklärungspauschale ist für Notfallpatientinnen und -patienten, die keine Notfallbehandlung benötigen und durch einen Vertragsarzt in der normalen Sprechstunde versorgt werden könnten. Die auf zwei Minuten Behandlungszeit kalkulierte Gebühr entspricht in keiner Weise dem tatsächlichen Aufwand. Es ist falsch und muss korrigiert werden, durch unterlassene oder unzureichende Vergütung ärztlicher Leistungen Druck auf die Notfallversorgung in den Krankenhäusern ausüben zu wollen. Die Abklärung einer Behandlungsnotwendigkeit kann durchaus länger als zwei Minuten dauern, um nach entsprechender ärztlicher Anamnese, Untersuchung und Gespräch im Einzelfall das für den Notfallpatienten beste Vorgehen festlegen zu können und Patientenzufriedenheit und -sicherheit zu schaffen.

Ärztinnen und Ärzte sind dem Patientenwohl verpflichtet und nicht der Erfüllung betriebswirtschaftlicher Vorgaben.



---

**TOP la      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

**Titel:**      Städte, Kreise und Kommunen müssen Verantwortung für die stationäre Notfallversorgung ernst nehmen, Kassenärztliche Vereinigungen müssen ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen!

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Christoph Emminger, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Andreas Botzlar und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache la - 11) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 nimmt mit Sorge zur Kenntnis, dass die klinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in vielen Kliniken Deutschlands zunehmend gefährdet wird durch den Mangel an qualifiziertem Personal und die vermehrte Abhängigkeit von Kliniken vom Primat der Ökonomie ("schwarze Null").

Durch die zunehmende Zahl ambulanter Notfallbehandlungen in den Klinikambulanzen werden Kapazitäten zur stationären Notfalltherapie immer stärker eingeschränkt. Der Mangel an Fachkräften verschärft diese Situation zusätzlich. Die Rettungsdienste haben immer größere Schwierigkeiten, für ihre Patienten eine aufnahmefähige Klinik zu finden.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 ruft die Städte, Kreise und Kommunen als Garanten der stationären Krankenhausversorgung dazu auf, ihren Auftrag zur Daseinsvorsorge ernst zu nehmen und ausreichend qualifiziertes Personal und materielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

In gleicher Weise ruft der 120. Deutsche Ärztetag 2017 die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf, den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung unter Berücksichtigung regionaler oder lokaler Anforderungen so zu erfüllen, dass die Kliniken von der ambulanten Notfallversorgung spürbar entlastet werden.



**TOP Ia      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

*BKA-Gesetz*

- Ia - 04      Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten schützen -  
              Bundeskriminalamtgesetz braucht Überarbeitung



---

**TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

**Titel:** Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten schützen -  
Bundeskriminalamtgesetz braucht Überarbeitung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Axel Brunngraber, Wieland Dietrich, Dr. Susanne Blessing und Christa Bartels (Drucksache la - 04) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf, das am 27.04.2017 verabschiedete Bundeskriminalamtgesetz (BKA-Gesetz) in der kommenden Legislaturperiode dahingehend zu novellieren, dass Ärztinnen und Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten der gleiche strikte verfassungsrechtliche Schutz als Berufsgeheimnisträger gegenüber Ausspähung und Überwachung durch staatliche Dienste eingeräumt wird wie Geistlichen, Bundestagsabgeordneten und Rechtsanwälten.

**Begründung:**

Ein geschütztes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist die Grundlage jeglicher ärztlicher Tätigkeit. Dieses gehört selbstverständlich zum Kernbereich privater Lebensführung, dessen Schutz das Bundesverfassungsgericht 2016 in seiner Entscheidung gegen das bisherige BKA-Gesetz gefordert hat. Ohne den Schutz der ärztlichen Schweigepflicht vor Ausspähung und Überwachung durch staatliche Institutionen wird darüber hinaus ein ärztlicher oder psychotherapeutischer Beitrag zur Gefahrenabwehr z. B. durch psychisch kranke Gewalttäter kaum noch möglich sein, da diese sich dann eher gar nicht mehr in Behandlung begeben werden. Die kürzlich erfolgte Novelle des Gesetzes entspricht nicht den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichtes in seiner Entscheidung vom April 2016, in der es einen besseren Schutz der Berufsgeheimnisträger gefordert hatte. Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht ist unabdingbar; sie kann nicht Gegenstand einer Abwägungsentscheidung sein.



**TOP Ia      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

*Weitere Themen*

- Ia - 03      Grundlegender Strategiewechsel der Politik nötig - Optimierung der Versorgung statt  
              Dezimierung von Strukturen



---

**TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Aussprache zum Leitantrag**

**Titel:** Grundlegender Strategiewechsel der Politik nötig - Optimierung der Versorgung statt Dezimierung von Strukturen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Günther Jonitz, Erik Bodendieck, Dr. Andreas Crusius, Dr. Günther Matheis, Dr. Theodor Windhorst, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Simone Heinemann-Meerz, Dr. Susanne Johna, Frank-Ullrich Schulz, Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling und Dr. Ellen Lundershausen (Drucksache la - 03) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der von der Politik ausgerufenen Wettbewerb im Gesundheitswesen erweist sich zunehmend als verhängnisvoll. Vor allem die Leistungsträger - Ärzte, Krankenhäuser, Pflege und andere Gesundheitsberufe - stehen unter einem ständigen finanziellen Leistungsdruck, bei dem Humanität und Qualität der Patientenversorgung mehr und mehr unter die Räder kommen.

Dieser primär finanzorientierte Wettbewerb setzt die falschen Anreize. Er schadet der Qualität der Patientenversorgung und untergräbt das Vertrauen in das gesamte System. Die Hoffnung einiger Politiker und anderer Verantwortlicher, dass sich durch diese Wettbewerbsideologie Kosten reduzieren lieÙen und die Qualität sich nicht verschlechtere, hat sich definitiv nicht erfüllt.

Zwingend notwendig ist vielmehr ein grundlegender Strategiewechsel. Anstatt primär auf **Dezimierung** von Kosten und Mengen und der Schließung von Institutionen wie bspw. von Krankenhäusern oder Fachabteilungen zu setzen, hält der 120. Deutsche Ärztetag 2017 eine Politik der **Optimierung der Versorgung** für geboten. Der Treiber im Gesundheitswesen muss das Wohl der Patientinnen und Patienten sein!

Dazu gehört die Evaluation des regionalen Versorgungsbedarfs, die Definition regionaler Versorgungsziele und die Kooperation aller Akteure, um vor Ort in gemeinsamer Verantwortung eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Eine solche Strategie der Optimierung sieht die Herausforderungen und Chancen der modernen Medizin und Patientenversorgung in einem positiven Kontext. Sie stellt ein Gegengewicht zur bislang oft üblichen Skandalisierung und Dramatisierung dar. Sie muss politisch geführt und gemeinsam diskutiert und mit ärztlichem Sachverstand umgesetzt werden.



Begründung:

Unser Gesundheitswesen ist historisch gewachsen und bietet grundsätzlich eine hohe Qualität. Auf die durch die Leistungsexplosion der modernen Medizin ausgelöste Mengen- und Kostensteigerung hat die Politik im Wesentlichen rein symptomatisch mit dem Versuch der Kosten- und Mengenbegrenzung reagiert. Diese Politik ist gescheitert. Sie hat uns in die weiche Rationierung und in schlechtere Versorgung zu höheren Kosten geführt. Deshalb ist ein Strategiewechsel nötig: Nach der Phase der Leistungsausweitung durch ein Mehr an Einrichtungen, medizinischen Verfahren und Versorgung ist jetzt eine Phase der Optimierung, d. h. der konsequenten Ausrichtung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nötig. Diese Optimierung wurde bspw. bereits in der Aktion "Gemeinsam Klug Entscheiden" der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) resp. "Klug Entscheiden" (= "Choosing Wisely") der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in Angriff genommen. Auch bei der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Stellungnahme "Nachhaltige Medizin" 2012) und international sind eindrucksvolle Programme und Beispiele zur Umsetzung einer optimierten Versorgung vorhanden.<sup>1</sup>

Die Feststellung des Bedarfes und die Chancen zur Optimierung können nur regional anhand der Bedürfnisse und der Möglichkeiten vor Ort realisiert werden. Da die Patientenversorgung nur durch Zusammenarbeit aller Akteure erfolgreich ist, ist eine entsprechende strukturierte Zusammenarbeit herzustellen. Nur in gemeinsamer Verantwortung können die Herausforderungen einer modernen und komplexen Patientenversorgung gemeistert werden. Ärztlicher Sachverstand ist dabei unabdingbar.

<sup>1</sup>vgl.:

- AWMF: [www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html](http://www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html)
- DGIM: [www.dgim.de/veroeffentlichungen/klug-entscheiden/11](http://www.dgim.de/veroeffentlichungen/klug-entscheiden/11).
- SAMW (2012): Nachhaltige Medizin.  
[www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html](http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html)
- ICHOM: [www.ichom.org/](http://www.ichom.org/)
- Lancet, Right Care Series: [www.thelancet.com/series/right-care](http://www.thelancet.com/series/right-care)
- NHS Scotland, Annual Report 2015-2016: Realising Realistic Medicine,  
[www.gov.scot/Resource/0051/00514513.pdf](http://www.gov.scot/Resource/0051/00514513.pdf)
- Porter, Teisberg 2007: How Physicians can change the future of health care. JAMA. 2007 Mar 14;297(10):1103-1111



**TOP Ib**

**Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Ambulante ärztliche Versorgung  
Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse/berufliche  
Integration  
Arbeitsbedingungen/ärztliche Berufsausübung  
Arzneimittel/Medizinprodukte  
Ausbildung/Medizinstudium  
Berufsordnung  
Bundesärztekammer/Deutscher Ärztetag  
Delegation/Substitution  
Finanzierung Ärztliche Weiterbildung  
Flüchtlinge/Asylbewerber  
Fortbildung  
Gesetzliche Krankenversicherung/vertragsärztliche  
Versorgung/SGB V  
Gesundheitskompetenz  
Kinderrechte/Kinderschutz  
Krankenhaus  
Menschenrechte  
Öffentlicher Gesundheitsdienst/Arbeits- und Betriebsmedizin  
Patientenrechte  
Prävention/Gesundheitsförderung  
Psychotherapie  
Qualitätssicherung/Patientensicherheit  
Reproduktionsmedizin/Präimplantationsdiagnostik/  
Pränataldiagnostik  
Sucht und Drogen  
Versorgungswerk  
Weiteres*



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Ambulante ärztliche Versorgung*

- Ib - 01      Zukunftsperspektive der hausärztlichen Versorgung durch ein hausarztgeleitetes interprofessionelles Versorgungsteam
- Ib - 58      Unabhängigkeit medizinisch-ärztlicher Entscheidungen auch für angestellte Ärztinnen und Ärzte im Bereich der ambulanten Versorgung sicherstellen
- Ib - 59      Bundeseinheitliche Umsetzung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- Ib - 90      Konzernbildung in der ambulanten Versorgung



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Zukunftsperspektive der hausärztlichen Versorgung durch ein  
                  hausarztgeleitetes interprofessionelles Versorgungsteam

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 01) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Die Sicherstellung einer flächendeckenden wohnortnahen hausärztlichen Versorgung in Deutschland stellt eine große Herausforderung dar. Daher begrüßt der 120. Deutsche Ärztetag 2017 nachdrücklich den Meinungs austausch über die Zukunftsperspektiven der hausärztlichen Versorgung innerhalb der Ärzteschaft und die Entwicklung konzeptioneller Vorschläge aufbauend auf den Beschlüssen des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel ("Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung" [Drucksache VI - 09]) und des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg ("Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung" [Drucksache VI - 08]).

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 spricht sich dafür aus, sich bei der Erarbeitung konzeptioneller Vorschläge an folgenden Leitgedanken zu orientieren:

- eine stärkere Ausrichtung der hausärztlichen Versorgung, unter Berücksichtigung des bisherigen Behandlungsspektrums, auf die Betreuung und Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie auf Prävention und Rehabilitation
- Einbindung anderer Berufsgruppen in die Praxisteams in den Hausarztpraxen
- Weiterentwicklung intra- und interprofessioneller regionaler Versorgungsstrukturen, einschließlich einer sektorenübergreifenden Versorgung
- Kooperation mit regionalen Strukturen der Gesundheits-, Pflege- und Sozialberatung,
- Integration von E-Health- und telemedizinischen Strukturen in die Versorgung
- Förderung der Gesundheitskompetenz der Patienten und ihres sozialen Umfeldes
- Anpassung der Vergütungsstruktur an die veränderten Versorgungskonzepte.

Die hausärztlich geleiteten interprofessionellen Praxisteams stellen eine wegweisende Möglichkeit dar, die Praxisstrukturen breiter aufzustellen und andere Berufsgruppen stärker als bisher und zugleich koordiniert in die Versorgung einzubeziehen. Gerade die Einbeziehung anderer Professionen in die unmittelbare Patientenversorgung in den hausärztlichen Praxen bei größerer Eigenständigkeit dieser Berufe ermöglicht neue, innovative Versorgungskonzepte.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesärztekammer auf, aufbauend auf

---



diesen Leitgedanken ein Konzept einer Versorgung durch ein hausarztgeleitetes interprofessionelles Versorgungsteam auszugestalten und ein entsprechendes Positionspapier vorzulegen.

**Begründung:**

Die niedrighschwellige, ungefilterte wohnortnahe hausärztliche Versorgung stellt ein wesentliches Fundament der medizinischen Versorgung der Bevölkerung dar. Angesichts des demografischen Wandels, verbesserter, damit häufig auch spezialisierter, Behandlungsmöglichkeiten sowie veränderter Präferenzen der nachfolgenden Ärztegenerationen muss sich die hausärztliche Versorgung weiterentwickeln, um den Herausforderungen begegnen zu können.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Unabhängigkeit medizinisch-ärztlicher Entscheidungen auch für angestellte  
                         Ärztinnen und Ärzte im Bereich der ambulanten Versorgung sicherstellen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Jörg Franke (Drucksache Ib - 58) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 stellt fest, dass es im Interesse der Patientenversorgung unerlässlich ist, die Unabhängigkeit von fachlich-medizinisch-ärztlichen Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten auch im ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen.

Angestelltenverträge, die geeignet sind, die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung einzuschränken, sind nicht akzeptabel.

Vertraglich gesetzte Anreize (einzelleistungsabhängige Leistungsvariablen), die darauf abzielen, Diagnostik- und/oder Behandlungsentscheidungen im Einzelfall zu beeinflussen, widersprechen der Berufsordnung.

Die Ärztekammern werden aufgefordert, diese Positionierung der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit deutlich zu machen.

Begründung:

"Die medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit des Arztes und die freie Arztwahl sind Patientenrecht und Ausdruck der Patientenautonomie" (*Eröffnungsrede von Prof. Dr. Montgomery auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg*).

Der Anteil angestellter Ärztinnen und Ärzte im Bereich der ambulanten Versorgung steigt rasant. 2016 waren über zehn Prozent der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte angestellt.

Diese angestellten Kolleginnen und Kollegen prägen also bereits jetzt - und in Zukunft noch zunehmend - das ärztliche Image in Deutschland wesentlich mit.

Der Arztberuf muss als Ganzes weiterhin in der Öffentlichkeit als freier Beruf wahrgenommen werden.



Träger von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind zunehmend Wirtschaftsunternehmen. Diese Träger haben ein Interesse an vorrangig ökonomischer Steuerung. In diesem Umfeld ist es schwierig, die ärztlichen Grundsätze zu behaupten.

Es ist wesentliche Aufgabe der Ärzte und von deren Organen, die weiterhin am Patientenwohl orientierte Versorgung in allen Bereichen zu behaupten.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Bundeseinheitliche Umsetzung der Empfehlungen des GKV-  
                     Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante  
                     Palliativversorgung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Ute Taube (Drucksache Ib - 59) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Vertragspartner auf, die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) auch bundesweit einheitlich umzusetzen.

Begründung:

Die SAPV ist fester Bestandteil der medizinischen Versorgungslandschaft geworden. Jedoch weist die Vertragsgestaltung mit den Kostenträgern im Lande teilweise noch immer Defizite in Größenordnungen hinsichtlich Vergütung dieser hochspezialisierten Leistungen sowie hinsichtlich der Anforderungen an personelle und medizinische Ausstattung der entsprechenden Leistungserbringer auf. Um im Sinne der Gleichbehandlung aller auf diesem Gebiet Tätigen die gegenwärtige Situation zu verbessern, ist die bundeseinheitliche Umsetzung dieser Empfehlungen dringend notwendig.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Konzernbildung in der ambulanten Versorgung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Dr. Ivo Grebe, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß, Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König, Michael Krakau, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Michael Lachmund, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Barbara Stein, Dr. Klaus Strömer, Dr. Herbert Sülz, PD Dr. Maria Vehreschild und Bernd Zimmer (Drucksache Ib - 90) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 sieht mit Sorge, dass sich in immer mehr Bereichen der ambulanten ärztlichen Versorgung konzernartige Strukturen ausbilden, oft in der Hand renditeorientierter Unternehmen.

Regional kann dabei die Wahlfreiheit für Patientinnen und Patienten eingeschränkt werden oder sogar verloren gehen. Für junge Ärztinnen und Ärzte wird es in diesen Regionen zunehmend schwerer oder unmöglich, sich in eigener Praxis niederzulassen, da die begrenzten Sitze im Unternehmen verbleiben. Ein Ausscheiden durch Ruhestand im ursprünglichen Sinn unterbleibt.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber und die zuständigen Institutionen der Selbstverwaltung auf, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten und im Interesse der Patienten den freiberuflichen Charakter der ambulanten Versorgung, auch in eigener Praxis, zu erhalten.

Dazu fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017, die Größe solcher Strukturen zu begrenzen.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert außerdem, die Regelungen für die Zulassung zu überprüfen und so anzupassen, dass die Zulassungsausschüsse ihre Entscheidungen an den Erfordernissen einer guten regionalen Versorgung ausrichten können, bei der eine Wahlfreiheit der Patienten in einem Zulassungsbezirk sicher gewahrt bleibt.

Diese Maßnahmen sind dadurch zu ergänzen, dass ärztliche Kooperationsmodelle konsequent gefördert werden, bei denen selbstständig tätige und angestellte Ärztinnen und Ärzte gemeinsam in Zusammenschlüssen überschaubarer Größe eine freiberuflich geprägte, patientenorientierte, regional abgestimmte Versorgung gewährleisten und der Bevölkerung im Zulassungsbezirk Wahloptionen bieten.

---



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse/berufliche Integration*

- Ib - 06      Anerkennungsverfahren an Herausforderung der Zuwanderung anpassen
- Ib - 07      Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte in den Arbeitsmarkt unterstützen
- Ib - 53      Zentrale Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe ausbauen
- Ib - 113     Berufliche Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte durch Fortbildung unterstützen



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Anerkennungsverfahren an Herausforderung der Zuwanderung anpassen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 06) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, für alle Neuanträge ein bundeseinheitliches, transparentes Verfahren für die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen über ein abgeschlossenes Medizinstudium aus Drittstaaten im Rahmen des Approbationsverfahrens zu etablieren. Es muss sichergestellt werden, dass die von Ärztinnen und Ärzten mit Qualifikationen aus Drittstaaten erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten deutschen und europarechtlichen Vorgaben und Anforderungen entsprechen.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert hierzu, dass

- die Gleichwertigkeit der medizinischen Grundausbildung aus Drittstaaten in einem bundeseinheitlichen Verfahren und mittels einer gegenüber der zuständigen Approbationsbehörde abzulegenden Prüfung nachzuweisen ist. Die Prüfung muss dem Niveau des zweiten und dritten Teils des deutschen medizinischen Staatsexamens äquivalent sein. Eine Integration in entsprechende Prüfungen der medizinischen Fakultäten ist vorstellbar.
- durch die zuständigen Approbationsbehörden eine zentrale Webseite eingerichtet wird, auf der die Vorgaben, das Verfahren der Antragstellung, zuständige Behörden und Ansprechpartner, Inhalte und Ablauf des Anerkennungsverfahrens, einschließlich einer Beschreibung der Anforderungen dieser Kenntnisprüfung und auch der Fachsprachenprüfung (als weitere notwendige Voraussetzung für die Erteilung der deutschen Approbation), veröffentlicht werden, damit sich Interessenten aus dem Ausland unkompliziert informieren und vorbereiten können.

Begründung:

Die durch das "Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen" im Anerkennungsverfahren für Ausbildungsabschlüsse aus Drittstaaten vorgesehene Feststellung der Gleichwertigkeit einer Ausbildung, die im

---



Wesentlichen anhand vorgelegter Diplome und Zeugnisse bzw. der Anrechnung von Berufserfahrung erfolgt, ist mit Blick auf die Sicherheit der Entscheidung und den Schutz der Patientinnen und Patienten nicht ausreichend. Erfahrungen belegen, dass die Qualität der Ausbildung ggf. nicht objektiv nachvollziehbar ist oder von den Anforderungen in Deutschland nicht unerheblich abweicht. Dies zeigt nicht zuletzt der "Bericht der Bundesregierung über die Regelungen zu den Anerkennungsverfahren in Heilberufen des Bundes", der am 08.03.2017 im Deutschen Bundestag vorgestellt wurde.

Ein sicherer Nachweis der erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten kann vor der Approbationserteilung nur im Rahmen einer dem Staatsexamen äquivalenten Prüfung erfolgen. In vielen anderen Staaten ist diese Praxis bereits Standard. Durch eine möglichst bundeseinheitliche, von den Approbationsbehörden organisierte Prüfung könnte nicht nur eine bessere Vergleichbarkeit des Ausbildungsstandes erreicht werden. Außerdem könnten auch Unterschiede zwischen den Bundesländern im Anerkennungsverfahren und bei den Prüfungen vermieden werden. Damit wird sowohl die Chancengleichheit für die Antragsteller gewährleistet als auch ein Anerkennungstourismus verhindert. Eine bloße Koordinierung des Gesetzesvollzugs der Länder reicht zur Schaffung gleicher Anerkennungsbedingungen nicht aus.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte in den Arbeitsmarkt  
                  unterstützen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 07) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert Gesetzgeber und Arbeitgeber auf, dafür Sorge zu tragen, dass für Ärztinnen und Ärzte, die in Deutschland einen Antrag auf Anerkennung eines in einem Drittstaat abgeschlossenen Medizinstudiums stellen, ausreichende und finanzierte Angebote zur Vorbereitung auf dazu notwendige Prüfungen zur Verfügung stehen.

Konkret fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017 vom Gesetzgeber in Bund und Länder dafür Sorge zu tragen, dass

- ein ausreichendes und qualitativ hochwertiges Kursangebot für Ärztinnen und Ärzte zur Vorbereitung auf notwendige Prüfungen im Anerkennungsverfahren zur Verfügung steht und finanziell unterstützt wird. Hierzu zählt auch die Vorbereitung auf die Fachsprachenprüfung.
- Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des Anerkennungsverfahrens vorbereitend bereits ärztlich tätig sein wollen, nach bundeseinheitlichen Vorgaben eine limitierte Berufserlaubnis gemäß Bundesärzteordnung (BÄO) erhalten. Hier müssen ausreichende Sprachkenntnisse mittels Fachsprachenprüfung bereits nachgewiesen werden, da ansonsten weder eine sichere Tätigkeit noch eine ergänzende Qualifizierung für das Anerkennungsverfahren sinnvoll möglich sind. Eine solche ärztliche Tätigkeit muss angemessen bezahlt sein, wobei die geltenden Tarifbestimmungen nicht unterschritten werden dürfen. Zudem muss eine ausreichende Supervision stets sichergestellt werden.
- Ärztinnen und Ärzten, die noch keine ausreichenden (Fach)Sprachkenntnisse haben, zeitlich begrenzte Hospitationen ohne Mindestlohnverpflichtung ermöglicht werden sollten. Dabei muss sichergestellt sein, dass keinesfalls ärztliche Tätigkeiten ausgeführt werden, sondern lediglich hospitiert wird. Zudem soll der Arbeitgeber ein Curriculum zur gezielten Vorbereitung auf die Fachsprachen- und die Kenntnisprüfung vorweisen.
- die Kosten, die für Ärztinnen und Ärzte im Verfahren zur Anerkennung einer im



---

Drittstaat erworbenen medizinischen Grundausbildung entstehen, finanziell tragbar sind. Dazu sollten bereits bestehende Fördermittel bekanntgemacht und besser koordiniert werden. Arbeitgeber müssten sich verpflichtend an den Kosten beteiligen, damit eine qualitativ gute Vorbereitung im Interesse des Patientenschutzes gefördert und unterstützt wird.

**Begründung:**

Für den erfolgreichen Abschluss ihres Anerkennungsverfahrens benötigen Ärztinnen und Ärzte mit einer in einem Drittstaat erworbenen medizinischen Grundausbildung u. a. eine angemessene Vorbereitung auf die hierzu vorgesehenen Prüfungen. Fördermaßnahmen für die Vorbereitung von Kolleginnen und Kollegen aus Drittstaaten auf das Anerkennungsverfahren und die Erteilung der Approbation sollten daher auch spezialisierte Kurse oder qualifizierte Hospitationen umfassen, die medizinische Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, die dem Anforderungsniveau des Staatsexamens entsprechen.

Zur Vermittlung ausreichender Fachsprachenkenntnisse ist der Besuch eines speziellen Sprachkurses oder ggf. auch ein zusätzliches Einüben der Fachsprache in einer Hospitationssituation hilfreich. Auch müssen Ärzte mit Drittstaatenabschlüssen vor dem Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit über Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems, etwa rechtlicher Bedingungen und soziokultureller Erwartungen, verfügen.

Darüber hinaus müssen Ärzte, je nach finanzieller Bedürftigkeit, von den im Anerkennungsverfahren anfallenden Kosten (u. a. Übersetzung und Beglaubigung von Diplomen und Zeugnissen, Vorbereitungskosten) individuell entlastet werden. Fördermöglichkeiten bestehen zwar bereits in begrenztem Umfang, sind aber entweder nicht ausreichend bekannt oder es fehlt eine sinnvolle Koordination. Da die Kolleginnen und Kollegen für die Patientenversorgung bedeutsam sind, sollten auch die potenziellen Arbeitgeber an den Qualifizierungskosten beteiligt werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Zentrale Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe ausbauen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Wolfgang Rechl (Drucksache Ib - 53) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesländer auf, für einen zügigen Ausbau der zentralen Gutachtenstelle zu sorgen und die notwendigen finanziellen Mittel hierfür zur Verfügung zu stellen.

Die Einrichtung der zentralen Gutachtenstelle war ein wichtiger Schritt, um die Qualität und die Effizienz des Verwaltungsvollzugs bei der Anerkennung von Arzt diplom en aus Ländern, die nicht zum europäischen Wirtschaftsraum/Schweiz (sog. Drittstaaten) gehören, zu steigern.

Ein einheitliches und transparentes Prüfsystem kann sich jedoch nur dann entwickeln, wenn alle Anträge auf Anerkennung der ärztlichen Ausbildung aus Drittstaaten an die zentrale Gutachtenstelle weitergeleitet werden, die sowohl die Echtheit der Unterlagen untersucht als auch die detaillierte Überprüfung der Gleichwertigkeit der Qualifikation vornimmt. Zudem sollte der zentralen Gutachtenstelle auch die Bewertung der Berufserfahrung und der sonstigen anerkannten Fähigkeiten und Kenntnisse übertragen werden, da diese zur Feststellung der Gleichwertigkeit der Ausbildung führen können.

Aufbau und Funktion dieses Prüfsystems bedürfen des Monitorings. Sollte bis 2020 beim Gesamtablauf der Approbationserteilung für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten kein effizientes, faires und transparentes Prüfsystem etabliert sein, so soll an dessen Stelle der Zweite und Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Staatsexamen) treten.

Begründung:

Die Prüfung der Echtheit der Unterlagen, die Bewertung der Gleichwertigkeit ausländischer Arzt diplom e und die Beurteilung von Berufserfahrung und anderen anerkannten Fähigkeiten und Kenntnissen, durch die Unterschiede in der Ausbildung ausgeglichen werden können, ist eine sehr komplexe Aufgabe. Nicht nur kommen ausländische Ärzte aus einer Vielzahl von Ländern nach Deutschland, sodass entsprechende Fremdsprachen-



und Schriftkenntnisse unabdingbar sind, sondern die einzelnen Ausbildungsprogramme unterliegen mit der Zeit auch Veränderungen, die eine regelmäßige Aktualisierung des Wissens über die Curricula erforderlich machen. Durch eine Bündelung von Sachverstand besteht am ehesten die Chance, ein effizientes, faires und transparentes Prüfverfahren zur Gleichwertigkeit zu etablieren, das ausländischen Ärzten zudem mehr Rechtssicherheit gewähren würde. Auch würde hierdurch sichergestellt, dass die Prüfung der Gleichwertigkeit sich einzig auf die Qualifikation des Antragstellers bezieht und sachfremde Gründe keine Rolle spielen.

Am 01.09.2016 hat die zentrale Gutachtenstelle, die für verschiedene akademische Heilberufe und eine Vielzahl von Gesundheitsfachberufen zuständig ist, ihre Arbeit aufgenommen und soll während einer dreijährigen Pilotphase mit insgesamt 16 Personalstellen 3.000 Gutachten pro Jahr erstellen. Da im Zeitraum von 2012 bis 2015 durchschnittlich pro Jahr ca. 3.000 Neuansprüche alleine von Ärzten mit Ausbildungen aus Drittstaaten gestellt worden sind und Anzeichen für eine geringere Nachfrage in der Zukunft nicht vorliegen, kann nur ein Teil der Anträge durch die zentrale Gutachtenstelle bearbeitet werden. Die übrigen Anträge werden von den Approbationsbehörden an externe Gutachter weitergeleitet oder durch Behördenmitarbeiter überprüft. Zudem haben sich die Länder darauf verständigt, dass die ergänzende Prüfung der Berufserfahrung und sonstiger anerkannter Fähigkeiten und Kompetenzen weiterhin durch die zuständige Approbationsbehörde erfolgen soll. Ein einheitliches und transparentes Prüfsystem ist auf diese Weise nicht zu etablieren.

Es ist daher unbedingt notwendig, die zentrale Gutachtenstelle so auszubauen, dass sie ihre Aufgaben zeitnah und ohne Vollzugsdefizit erledigen kann. Dies würde nicht nur die Integration ausländischer Ärzte erleichtern und dem oft beklagten "Approbationstourismus" entgegenwirken, sondern wäre auch dem Patientenschutz zuträglich.

Der notwendige Ausbau bedarf der Überwachung und ist bis 2020 so zu vollziehen, dass ein effizientes, faires und transparentes Prüfsystem einschließlich einer Entscheidung über das Erfordernis einer Kenntnisprüfung alle Anträge von Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten zeitgerecht bearbeiten kann. Gelingt dies nicht, so soll es - dann auch im Sinne der Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten - durch den Zweiten und Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Staatsexamen) ersetzt werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Berufliche Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte durch Fortbildung unterstützen

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Crusius, Dr. Andreas Gibb, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Karl Schulze und Karsten Thiemann (Drucksache Ib - 113) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 appelliert an die Landesärztekammern, sich stärker für die Förderung der beruflichen Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte einzusetzen. Die Kammern sind aufgefordert, regelmäßige Fortbildungsangebote zur Festigung und Weiterentwicklung der kommunikativen und fachlichen Kompetenz anzubieten. Weitere Fortbildungsinhalte sollten gesundheitssystembezogene und interkulturelle Themen sein. Sowohl berufstätige als auch sich im Anerkennungsverfahren befindende, ausreichend qualifizierte ausländische Ärztinnen und Ärzte sollten ungehinderten Zugang zu diesen Fortbildungsangeboten haben.

**Begründung:**

Kontinuierliche Fortbildungsangebote zur Festigung und Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz tragen zur Verbesserung der Behandlungsqualität und somit zur Gewährleistung einer hohen Versorgungssicherheit für die Patientinnen und Patienten bei. Durch Partizipation und Teilhabe an den regelmäßigen Fortbildungsangeboten der Ärztekammern kann die soziale und berufliche Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte erfolgreicher und nachhaltiger gelingen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Arbeitsbedingungen/ärztliche Berufsausübung*

- Ib - 19      Mehr Spielräume für moderne Arbeitszeitgestaltung an den Kliniken
- Ib - 22      Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken spürbar verbessern
- Ib - 85      Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit - gegen Trivialisierung und Diskreditierung des  
              Arztberufes



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Mehr Spielräume für moderne Arbeitszeitgestaltung an den Kliniken

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Klaus-Peter Schaps, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp und Dr. Hanjo Pohle (Drucksache Ib - 19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Klinikträger dazu auf, den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus deutlich größere Spielräume für die Gestaltung ihrer Arbeitszeit anzubieten. Hierfür sind konsequent alle Mittel moderner Arbeitszeitgestaltung, die den Flexibilitätsanforderungen der Krankenhäuser und denen der Ärzte gerecht werden, anzuwenden.

Der Klinikbetrieb ist ein Betrieb, der 24 Stunden und sieben Tage pro Woche aufrechterhalten werden muss. Diese Tatsache ist Herausforderung und Chance zugleich, denn wo sonst kann eine flexible Arbeitszeitgestaltung erfolgen, wenn nicht in einem Betrieb, der keine festen Öffnungszeiten hat, sondern immer offensteht. Individuelle Arbeitszeitmodelle entsprechend der Größe des Krankenhauses sollten Ärztinnen und Ärzten eine individuelle lebensphasenorientierte Gestaltung ihrer Arbeitszeiten ermöglichen. In diesem Kontext sollten bspw. Arbeitszeitkonten zur Ansparung von Arbeitszeitguthaben, Wahlarbeitszeit, Sabbaticals und Jobsharing zur Gewinnung und Bindung von Ärzten als selbstverständliche Modelle angeboten werden.

**Begründung:**

Das Bedürfnis nach einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung beschränkt sich nicht ausschließlich auf eine Teilzeitbeschäftigung für Eltern. Auch sollte eine größere Akzeptanz und Förderung einer nur geringen, vollzeitnahen Reduzierung der Arbeitszeit für private Projekte geschaffen werden. Im Idealfall und bei entsprechender Abteilungsgröße werden solche Vorhaben in einem Wahlarbeitszeitmodell realisiert, bei dem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Arbeitszeit in einem gewissen Korridor (z. B. 80 bis 100 Prozent) und dann für einige Zeit (z. B. ein Jahr) verbindlich bestimmen können. Der Ausgleich von Überstunden durch Freizeit muss langfristig geplant erfolgen, damit tatsächlich ein Erholungswert entstehen kann.

---



---

**TOP lb      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken spürbar verbessern

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Hanjo Pohle, Klaus-Peter Schaps und Dr. Ivo Grebe (Drucksache lb - 22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Klinikträger dazu auf, die Gestaltung der ärztlichen Arbeitsplätze sowie der Arbeitsabläufe auf den Stationen substantiell zu verändern, um die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte endlich spürbar zu verbessern.

Seit vielen Jahren beschäftigt sich der Deutsche Ärztetag mit den immer wieder kritisierten schwierigen Arbeitsbedingungen der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken und hat die Träger wiederholt dazu aufgefordert, die Arbeitsbedingungen endlich zu verbessern. Folgt man allerdings aktuellen Studienergebnissen, dann hat sich die schlechte Arbeitssituation an vielen Kliniken leider bis heute kaum verändert.

#### Begründung:

Sehr beunruhigende Schlaglichter - vor allem auf die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung - werfen z. B. die Ergebnisse einer aktuellen Erhebung des Hartmannbundes unter mehr als 1.300 jungen Kolleginnen und Kollegen (Quelle: Umfrage "Ärztliche Arbeitswelten. Heute. Und Morgen", März 2017). Bis zu zehn Überstunden und mehr pro Woche sind unter dem Druck von ökonomischen Zwängen und Personalmangel die Regel. Mindestens jeder zweite Befragte ist von seinem Arbeitgeber bereits aufgefordert worden, Überstunden nicht zu dokumentieren. 65 Prozent sehen ihre Arbeitszeiten vom Arbeitgeber nicht objektiv und manipulationssicher erfasst. Pausenzeiten können von der Hälfte der Befragten selten bis nie eingehalten werden. 40 Prozent der Befragten hadern mit der mangelnden Behandlungszeit für ihre Patientinnen und Patienten - häufig verursacht durch zeitaufwändige Dokumentationsarbeiten, die von 70 Prozent der Befragten mit bis zu drei Stunden oder mehr am Tag angegeben werden. Die Mehrheit der Umfrageteilnehmer schätzt ihre aktuellen Arbeitsbedingungen an den Kliniken insgesamt als maximal befriedigend bis schlecht ein.

---



Zu viele Überstunden, Mehrarbeit, die nicht anerkannt wird, ökonomische Zwänge und Personalmangel führen bei den Ärztinnen und Ärzten in den Kliniken zu Frustration und Erschöpfung. Aus Sicht der Beschäftigten, aber auch aus Sicht der Patienten, muss hier endlich gehandelt werden.



---

**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:** Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit - gegen Trivialisierung und Diskreditierung des Arztberufes

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Andreas Gibb, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Karl Schulze, Karsten Thiemann und Dr. Andreas Crusius (Drucksache Ib - 85) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 lehnt jede ökonomistische und funktionale Verengung des Arztberufes als "Dienstleister", "Reparateur" oder wirtschaftlicher "Unternehmer" ab. Das ärztliche Berufsbild wird dadurch nachhaltig trivialisiert und entwertet und die ärztliche Autorität entmündigt. Um auf diese Entwicklung aufmerksam zu machen und den hohen Stellenwert der ärztlichen Freiberuflichkeit zu dokumentieren, werden alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aufgerufen, in einer konzertierten Aktion ihre Arbeit zu unterbrechen und eine "aktive Pause" einzulegen. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, die Aktion zu terminieren und bundesweit in der Ärzteschaft und gegenüber der Öffentlichkeit zu kommunizieren.

#### **Begründung:**

Wir erleben eine schrittweise Trivialisierung der Medizin als einer Dienstleistung in einer gesundheitsökonomischen Branche und eine Verengung des Blickes auf Kosten-Nutzen-Relationen. Viele ärztliche Kolleginnen und Kollegen sehen sich in den Mahlsteinen zwischen Verdrängungswettbewerb der Klinikkonzerne und Staatsmedizin als Getriebene, die ihre ureigenste Aufgabe, sich in den Dienst der Patientinnen und Patienten zu stellen, nicht mehr gebührend wahrnehmen können.

Im Zuge dieser Entwicklung wird die Ärzteschaft zunehmend in die berufliche Unfreiheit getrieben und das Berufsbild des Arztes grundlegend ausgehöhlt.

Dies soll der Öffentlichkeit und der Politik durch eine konzertierte Unterbrechung der Arbeit ins Bewusstsein gerufen werden.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Arzneimittel/Medizinprodukte*

- Ib - 16      Ausschreibung von Impfstoffen
- Ib - 77      Information bei Wegfall der GKV-Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln ist auch Aufgabe von Krankenkassen und Verbraucherschützern
- Ib - 112     Einhaltung von Umweltstandards bei der Zulassung von Medikamenten
- Ib - 60      Medizinischer Gebrauch von Cannabis: Vereinfachung der Verfahren
- Ib - 128     Lieferengpässe bei wichtigen Medikamenten und Impfstoffen
- Ib - 126     Antibiotikaversorgung sicherstellen
- Ib - 29      Weichmacher in Medizinprodukten besser kennzeichnen und Alternativen entwickeln, Kinder und Dialysepatienten schützen
- Ib - 73      Verbot der Laser- und IPL-Behandlungen durch Laien
- Ib - 120     Ablehnung klinischer Versuche an nicht einwilligungsfähigen Personen
- Ib - 123     Weiterentwicklung des Notfallschutzes in der Umgebung von Atomkraftwerken durch Umsetzen der Erfahrungen aus Fukushima



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Ausschreibung von Impfstoffen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Wolf Römer von, Dr. Ivo Grebe, Dr. Klaus-Friedrich Bodmann, Dr. Roland FreÙle und Dr. Jörg Woll (Drucksache Ib - 16) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert alle Beteiligten auf, die neue gesetzliche Regelung seit Inkrafttreten des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) sofort umzusetzen. Danach ist die Verordnung von Impfstoffen nicht mehr an Rabattverträge gekoppelt. Verträge zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen haben dem Rechnung zu tragen sowie diesbezüglich Krankenkasseninformationen an die Vertragsärzte. Die Laufzeit von bestehenden Rabattverträgen darf die neue gesetzliche Vorgabe nicht aushebeln.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Vertragspartner auf, für die impfenden Ärzte die Gefahr der Unwirtschaftlichkeit bei den Impfstoffen zu beseitigen.

**Begründung:**

Der Deutsche Bundestag hat mit dem AMVSG die Ausschreibungen von Impfstoffen durch Krankenkassen abgeschafft. Die Herstellung von Impfstoffen ist komplex und geht daher mit Unwägbarkeiten einher, die auch Auswirkungen auf die Sicherheit und Sicherstellung der Versorgung haben können. Um dies zu vermeiden, sollen künftig die Impfstoffe aller Hersteller für die Versorgung zur Verfügung stehen. Dies dient letztlich auch der Erhöhung der Impfquote. Damit ist die Politik einer zentralen Forderung der Delegierten des 117. Deutschen Ärztetags 2014 (Beschluss II- 1 0) nachgekommen.

Aus ärztlicher Sicht ist der Umgang mit bestehenden Rabattverträgen der Krankenkassen von besonderer Bedeutung. Durch den Wegfall der Exklusivität bei laufenden Rabattverträgen können Ärzte wieder alle zugelassenen Impfstoffe zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen, soweit diese gemäß der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) indiziert sind. Die Einmischung in die freie Therapiewahl der Ärzte ist aufgehoben.

Zu einem fairen und verlässlichen Umgang der Krankenkassen mit der Ärzteschaft gehört

---



es, dass Informationen korrekt und vollständig sind. Wenn Krankenkassen über die gesetzliche Neuregelung informieren, müssen sie die Ärzte klar darüber unterrichten, dass Ärzte wieder die freie Therapiewahl haben und jeden Impfstoff uneingeschränkt zu Lasten der Krankenkassen verordnen können. Damit kann sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten einen ungehinderten Zugang zur bestmöglichen Versorgung mit Impfungen erhalten.

Die Informationen der Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung Sachsen-Anhalt, dass bei der nächsten Grippewelle nur Impfstoffe verordnet werden sollen, für die Rabattverträge abgeschlossen wurden, widerspricht der neuen Gesetzesregelung.

Impfungen gehören zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen, die wir im Gesundheitssystem haben. Deutschland gehört zu den Ländern, die wichtige globale Impfziele bisher nicht erreicht haben. Diese Ziele sowie auch eine bedarfsgerechte und medizinisch hochwertige Versorgung der Patienten sollten im Mittelpunkt der Entscheidungen und des Handels der Krankenkassen stehen. Dies dient auch der Stärkung des Impfgedankens. Nur wenn Patienten sicher sein können, dass sie bestmöglich geschützt sind, werden sie sich wieder impfen lassen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Information bei Wegfall der GKV-Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln ist auch Aufgabe von Krankenkassen und Verbraucherschützern

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing, Dr. Joachim Wichmann, Dr. Axel Brunngraber und Dr. Lothar Rütz (Drucksache Ib - 77) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Zahlreiche medizinisch sinnvolle und notwendige Arzneimittel sind nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ordnungsfähig. Dies betrifft u. a. Antiallergika, Antimykotika und seit 2016 nach Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) auch kortisonhaltige Nasensprays bei bestimmten Indikationen.

Diese in vielen Fällen notwendigen Arzneimittel werden nicht mehr von der GKV bezahlt und dürfen vom Arzt nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert Krankenkassen und Verbraucherschützer auf, im Rahmen ihrer Informationsaufgaben den gesetzlich Versicherten diese einschränkenden Sachverhalte aktiv mitzuteilen. Die Information der Versicherten über einen solchen normsetzenden Schritt durch den Ordnungsgeber im Sinne von Rationierung ist keine vorrangig ärztliche Aufgabe.

Die Krankenkassen werden aufgefordert, im Rahmen ihrer satzungsgemäÙen Möglichkeiten vorzugsweise Erstattungen für derartige notwendige Arzneimittel vorzunehmen, anstatt für fragwürdige Leistungen (Wellnesskurse, Boni) und Marketing Geld auszugeben. Dies wäre ein Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, insbesondere auch der sozial Schwachen, die sich mitunter OTC- oder andere selbst zu zahlende Medikamente nicht leisten können.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**           Einhaltung von Umweltstandards bei der Zulassung von Medikamenten

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, Dr. Joachim Suder und Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling (Drucksache Ib - 112) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Abgeordneten des 120. Deutschen Ärztetages 2017 warnen vor den zunehmenden Gefahren durch die Selektion und Verbreitung multiresistenter Erreger im Zuge der internationalen Produktion von Antibiotika (und anderen Antiinfektiva).

Die Einhaltung von Umweltstandards in der internationalen Produktion ist bislang kein Kriterium für die Zulassung von Medikamenten für den deutschen und internationalen Markt.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesregierung auf, sich für eine global einheitliche Einhaltung deutscher und europäischer Umweltstandards als Teil der Zulassungskontrollen pharmazeutischer Produkte und insbesondere von Antibiotika und Chemotherapeutika einzusetzen.

**Begründung:**

Im Zuge der internationalen Herstellung pharmazeutischer Produkte werden zunehmend Medikamente oder Grundstoffe für die Produktion von Medikamenten für den deutschen und europäischen Markt im Ausland hergestellt. Die zumeist in Asien angesiedelten Produktionsprozesse unterliegen oft nicht den erforderlichen Umweltstandards. Zur Reduzierung von Herstellungskosten werden auch bestehende Umweltauflagen und kostenintensive Anstrengungen zur Vermeidung von Umweltschäden umgangen. Aktuelle Untersuchungen konnten belegen, dass vor allem in Indien und der Volksrepublik China durch die unkontrollierte Entsorgung von Abwässern aus der Produktion von Antibiotika nicht nur erhebliche Schäden für die dortige Bevölkerung drohen. Darüber hinaus kommt es zur Entstehung und Verbreitung multiresistenter Krankheitserreger, die national und international eine erhebliche Bedrohung für die Bevölkerung darstellen. Es ist davon auszugehen, dass das allgemein bekannte Problem multiresistenter Erreger in der Medizin in Zukunft noch deutlich bedeutsamer wird. Bislang bestehen aber keine verbindlichen Regelungen und erfolgversprechenden Anstrengungen, hier Verbesserungen

---



herbeizuführen.

Durch die Einführung von Umweltstandards als Teil der Zulassungskriterien für Medikamente und Pharmazeutika für den deutschen und europäischen Markt kann durch den Gesetzgeber Druck auf die internationalen Hersteller zur Verbesserung der Herstellungsbedingungen ausgeübt werden.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Medizinischer Gebrauch von Cannabis: Vereinfachung der Verfahren

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Erik Bodendieck (Drucksache Ib - 60) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, das Verfahren zur Verordnung und Weiterverwendung zum medizinischen Gebrauch von Cannabis praktikabler, einfacher und rechtssicherer zu gestalten.

**Begründung:**

Derzeit muss der betroffene Patient vor der erstmaligen Verordnung eines Cannabispräparats die Genehmigung seiner Krankenkasse einholen. Noch nicht abschließend geklärt ist die Frage, ob dies auch gilt, wenn bei gleicher Indikation auf eine andere Cannabistherapie umgestellt werden soll. Um hier Rechtssicherheit zu schaffen, aber auch, um mit Blick auf die zum Teil langen Begutachtungszeiten zu befürchtende Behandlungsabbrüche zu verhindern, bedarf es einer Klarstellung und Vereinfachung des Ordnungsverfahrens. Zudem ist zu überdenken, ob die Antragstellung durch die Patientinnen und Patienten selbst der richtige Weg ist.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Lieferengpässe bei wichtigen Medikamenten und Impfstoffen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache Ib - 128) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesregierung auf, politische Lösungen zu entwickeln, um die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Medikamenten und Impfstoffen sicherzustellen.

**Begründung:**

In den letzten Jahren kam es aus verschiedenen Gründen zu Lieferengpässen bei verschiedenen Medikamenten (Remifentanyl, Metronidazol, Ampicillin und Ampicillin/Sulbactam und vielem mehr). Bei Impfstoffen waren zwischen Oktober 2015 und Dezember 2016 22 Meldungen der Risikoklasse 3<sup>1</sup> eingegangen, bei denen Handlungsempfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) und der Ständigen Impfkommission (STIKO) erforderlich waren (Definition von Risikogruppen, Priorisierung der Restbestände). Das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AMVSG) vom März 2017 hat eine Meldepflicht bei Lieferproblemen eingeführt. Damit lässt sich aber kein Versorgungsnotstand vermeiden, sondern es sind weitere Regelungen erforderlich. Die Möglichkeiten sind zu prüfen und zeitnah in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Gremien umzusetzen.

<sup>1</sup> Risikoklasse 3 - Produktlieferengpass, ein alternativer Impfstoff ist nicht verfügbar, Versorgungsempfänger betrifft das Produkt und die gleichwertigen alternativen Produkte.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Antibiotikaversorgung sicherstellen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Beatrice Grabein, Dr. Klaus-Friedrich Bodmann, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Jörg Franke (Drucksache Ib - 126) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Antibiotika sind unverzichtbare und daher immer verfügbar zu haltende Medikamente. Wiederholte Lieferengpässe dieser wichtigen Substanzen sind unbedingt zu vermeiden. Die Herstellungsbedingungen dürfen die Resistenzentwicklung nicht fördern.

Eine Zertifizierung von Produktionsstätten, die nicht nur die Qualität der Produktion sichert, sondern auch die Qualität der Rahmenbedingungen samt Entsorgungskonzepten, und die mit der Verpflichtung zu einer angemessenen Lagerhaltung vergesellschaftet ist, kann ein Instrument sein, um hier Abhilfe zu schaffen. Für diese Zertifizierung muss ein finanzieller Anreiz, z. B. in Form eines höheren Preises für die entsprechenden Substanzen, geschaffen werden.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, konkrete Maßnahmen zur Sicherstellung der Antibiotikaversorgung zu erarbeiten.

#### Begründung:

Antibiotika werden, sobald sie generisch verfügbar sind, auf dem Markt extrem preiswert angeboten. Dies trifft inzwischen für die weit überwiegende Zahl an Substanzen zu. Die Preisgestaltung ist so nur möglich, weil Produktionsorte und Produktionsbedingungen gewählt werden, die außerhalb teurer Produktionsländer liegen. Die überwiegende Zahl der Produktionsstätten liegt in Indien oder China. Zudem werden für die meisten Antibiotika weltweit nur noch sehr wenige Produktionsstätten vorgehalten. Bei Produktionsproblemen kommt es daher sehr rasch zu Lieferengpässen. Aktuelles Beispiel ist der Lieferengpass bei dem - für die Behandlung lebensbedrohlicher Infektionen essenziellen - Antibiotikum Piperacillin/Tazobactam.

Die Bedingungen der Antibiotikaherstellung führen im geografischen Umfeld der Produktionsstätten zu einer hohen Konzentration der Antiinfektiva. In der Folge kommt es zu einer deutlichen Zunahme multiresistenter Erreger in der Umwelt und im umgebenden

---



(Trink)Wasser. Diese Erreger werden via Nahrungskette von Mensch und Nutztier aufgenommen und führen zu einer Verbreitung der resistenten Mikroorganismen, nicht nur in der betroffenen Region, sondern global.

Da Lagerhaltung teuer ist, sind in der Regel ausreichende Vorräte **nicht** vorhanden, um den medizinischen Bedarf für einige Monate (dies ist die Zeitspanne, die in der Regel benötigt wird, um die Produktionsstätte zu reaktivieren) zu decken.

Die Nichtverfügbarkeit von Antibiotika führt nicht nur zu Problemen bei der Behandlung von Infektionen. Sie kann auch dazu beitragen, dass durch den Einsatz von alternativen (breiter wirksamen) Substanzen der Selektionsdruck auf die Erreger mit der Gefahr einer rascheren Resistenzentwicklung erhöht wird.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Weichmacher in Medizinprodukten besser kennzeichnen und Alternativen entwickeln, Kinder und Dialysepatienten schützen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Oliver Funken, Dr. Gerald Quitterer und Dr. Heiner Heister (Drucksache Ib - 29) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Medizinprodukte, die Diethylhexylphthalat (DEHP) enthalten und von denen bei bestimmungsgemäÙer Anwendung mit einer erhöhten DEHP-Exposition des Patienten zu rechnen ist, sollten in geeigneter Weise als solche gekennzeichnet werden bzw. für Anwender eindeutig identifizierbar gemacht werden.

Vor dem Hintergrund, dass die Gefährdung durch DEHP in Medizinprodukten seit Jahren bekannt ist, bestehen Zweifel daran, dass die Bemühungen der Medizinproduktehersteller in der jüngeren Vergangenheit ausreichend waren, um bessere Medizinprodukte quantitativ auf den Markt zu bringen, und die Anwendenden hinreichend für die Problematik sensibilisiert sind, um die Nachfrage nach DEHP-freien Medizinprodukten zu erhöhen. Die Hersteller werden aufgefordert, verstärkte Anstrengungen zu unternehmen, gleichwertige alternative Medizinprodukte zu entwickeln.

**Begründung:**

DEHP und andere Weichmacher sind Zusatzstoffe für PVC, die auch für die Herstellung von Medizinprodukten verwendet werden. Das Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks (SCENIHR) der EU-Kommission informierte im Juli 2016, dass die Basisexposition der Bevölkerung gegenüber DEHP - ohne die Belastung durch Medizinprodukte - deutlich innerhalb des sicheren Bereichs liegt. Etwa 90 Prozent des DEHPs werden über die Nahrung aufgenommen.

Durch die Anwendung verschiedener medizinischer Verfahren erhöht sich die DEHP-Exposition jedoch wesentlich. Durch die häufigere intensivmedizinische Behandlung, Transfusionen und Lungenersatzverfahren sind insbesondere Föten, Früh- und Neugeborene der **kurzzeitigen Hochbelastung mit DEHP** ausgesetzt. Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen sexuellen Entwicklung gelten diese als Risikogruppen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) teilt die Auffassung des SCENIHR, benennt ältere Kinder jedoch auch als Risikogruppe, weil deren



Sexualentwicklung ebenfalls noch nicht abgeschlossen ist.

Als Risikogruppe für die chronische Toxizität identifiziert das SCENIHR wie auch das BfArM Dialysepatientinnen und -patienten. Ihre Belastung überschreite den Grenzwert für die tolerable DEHP-Belastung regelmäßig und deutlich bei jeder Dialyse.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Verbot der Laser- und IPL-Behandlungen durch Laien

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Josef Pilz und Dr. Klaus Strömer (Drucksache Ib - 73) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg fordert den Gesetzgeber auf, die Laser- und Intensive-Pulsed-Light-Behandlungen (IPL-Behandlungen) durch Laien zu unterbinden und die Regelungen im Sinne des Gesetzes zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen (NiSG) umzusetzen. Die Lösung dieses Problems wird auch im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung ausdrücklich gefordert. Ferner soll die Bundesregierung die auf europäischer Ebene laufenden Bemühungen, die Laser- und IPL-Behandlungen durch Laien zu unterbinden, unterstützen und die notwendigen medizinischen Standards zur Sicherheit der Bevölkerung zu etablieren.

**Begründung:**

Eine aktuelle zur Veröffentlichung anstehende Publikation aus Italien zeigt, dass es bei 14 Patientinnen und Patienten nach Laserbehandlung von pigmentierten Hautveränderungen durch Laien zur Ausbildung von malignen Melanomen kam. Im Rahmen der Behandlung erfolgte keine histologische Abklärung. Die Patienten hatten die Laienbehandlung gewählt, weil diese ohne histologische Abklärung kostengünstiger angeboten wurde.

Seit 14 Jahren setzt die Bundesregierung die Regelungen im Sinne des NiSG nicht um, obwohl die Lösung des Problems auch im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung ausdrücklich gefordert wird. In diesem Gesetz wurden bisher die Handhabung von Sonnenbänken sowie die Gefahr von Ultraschalluntersuchungen geregelt. Die Frage, wer oder wie IPL-Geräte und Laser anzuwenden sind, ist weiterhin unbeantwortet.



Derjenige, der einen Laser oder ein IPL-Gerät benutzt, muss zur Differentialdiagnose fähig sein, d. h. er muss wissen, ob das Pigmentmal bei der Haarentfernung mit behandelt oder nicht behandelt werden darf. Bei Fehlbehandlung besteht die Gefahr, dass ein schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom) übersehen wird, wie die aktuellen Fälle aus Italien zeigen. Auf europäischer Ebene laufen viele Bemühungen, die Laser- und IPL- Behandlungen durch Laien zu unterbinden.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Ablehnung klinischer Versuche an nicht einwilligungsfähigen Personen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Anne Kandler, Dr. Barbara Jäger und BMedSci Frank Seibert-Alves (Drucksache Ib - 120) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 lehnt grundsätzlich klinische Versuche an nicht einwilligungsfähigen Personen ab.

**Begründung:**

Die deutsche Ärzteschaft führt Versuchsreihen zur Nutzen- und Schadensbewertung neuer Arzneimittel mit Patientinnen und Patienten durch, die durch ihre Protokolle zum Wissensgewinn über neue Substanzen oder neue Anwendungsformen beitragen. Häufig drückt sich dies in Bewertungsskalen aus, die die Versuchspersonen ausfüllen müssen. Hierzu ist z. B. ein Demenzkranker nicht in der Lage, sodass man durch die Bewertung unspezifischer Symptome wie psychomotorische Unruhe auf die gewohnte Informationsvielfalt verzichten müsste.

---



---

**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:** Weiterentwicklung des Notfallschutzes in der Umgebung von Atomkraftwerken durch Umsetzen der Erfahrungen aus Fukushima

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Christoph Ascheraden, Prof. Dr. Michael Faist, Dr. Susanne Blessing, Dr. Ulrich M. Clever, Prof. Dr. Jens Rasenack, Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling, Dr. Jörg Woll und Dr. Roland FreÙle (Drucksache Ib - 123) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die radiologischen Folgen des Unfallgeschehens in Fukushima sind mit den Ergebnissen von Analysen potenzieller schwerer Unfallabläufe in deutschen und grenznahen Atomkraftwerken (AKW) vergleichbar (siehe Empfehlungen 30 und 31 der 274. Sitzung der Strahlenschutzkommission [SSK] am 19./20.02.2015, S. 29).

Auch Freiburg liegt in unmittelbarer Nähe eines Atomkraftwerks. Hierbei handelt es sich um das Atomkraftwerk Fessenheim; das älteste in Frankreich, bei dem es immer wieder zu Störfällen kommt.

Die Strahlenschutzkommission (das Beratungsgremium des Bundesministerium für Umwelt, Natur, Bau und Reaktorsicherheit-BMUB) hat gemeinsam mit dem Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) vergrößerte Planungsgebiete entwickelt, die auch Unfallszenarien des Super-GAUs der INES-Stufe 7 abbilden (INES=Internationale Bewertungsskala für nukleare Ereignisse 1-7).

In diesen neuen erweiterten Planungsgebieten bis zu 100 km Umkreis eines AKW ist die ortsnahe Vorhaltung der Jodtabletten zur Jodblockade insbesondere für Schwangere, Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren erforderlich, denn nur so wird eine zeitnahe Tabletteneinnahme ermöglicht.

Die Strahlenschutzkommission erwartet insbesondere in der Nachunfallphase auch eine hohe Nachfrage nach möglichst genauer Dosisabschätzung für Kinder (siehe Empfehlungen 30 und 31 der o. g. Sitzung der SSK, S. 59 bis 60).

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert vom Gesetzgeber

- eine Überarbeitung der Kaliumiodidverordnung (KIV) im Arzneimittelgesetz (AMG), um die Vorverteilung der Jodtabletten an den Endverbraucher zu ermöglichen (entsprechend Empfehlung 17 der o. g. Sitzung der SSK; S. 44).



- Beratungen zur Jodblockade in die Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere, Kinder und Jugendliche zu integrieren (Empfehlung 19 der o. g. Sitzung der SSK; S. 46).
- die rechtlichen und administrativen Voraussetzungen der Jodtabletten-Ausgabe für Minderjährige in Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen gemeinsam mit den zuständigen Behörden zu klären (Empfehlung 18 der o. g. Sitzung der SSK; S. 45).

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Landesärztekammern auf,

- die Jodblockade und ggf. die Zweiteinnahme von Jodtabletten bei wiederholter Freisetzung im Ereignisfall in den Katalog der ärztlichen Fortbildung aufzunehmen und zu aktualisieren (Empfehlung 19 der o. g. Sitzung der SSK; S. 46).
- dafür Sorge zu tragen, dass allen nuklearmedizinischen klinischen Abteilungen und auch nuklearmedizinischen Praxen die geeigneten Messgeräte (Nachweisgrenze max. 0,05  $\mu\text{Sv/h}$ ) zur Verfügung gestellt werden und das zuständige Personal geschult wird. Diese Kliniken und Praxen erscheinen nach Empfehlung 33 der o. g. Sitzung (S. 60) als Unterstützung speziell bei den Messungen der Schilddrüsendosis von Kindern geeignet.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Ausbildung/Medizinstudium*

- Ib - 14 Stärkung der wissenschaftlichen Ausbildung im Medizinstudium und flächendeckende Einführung von strukturierten und qualitätsgesicherten Promotionsprogrammen
- Ib - 23 Studienbegleitende Erstellung der Dissertation muss erhalten bleiben
- Ib - 33 Aktive Beteiligung und Mitspracherecht der Studierenden bei der Expertenkommission zur qualitätsgesicherten Gestaltung des Masterplans Medizinstudium 2020 und der Kommission zur Weiterentwicklung des NKLM
- Ib - 52 Masterplan Medizinstudium 2020 allein reicht nicht aus
- Ib - 65 Keine Landarztquote
- Ib - 74 Erhöhung der Studienplatzkapazität im Fach Humanmedizin ist ein unverzichtbarer Baustein für die Daseinsvorsorge
- Ib - 78 Ärztliche Expertise in der Expertenkommission (zum Masterplan Medizinstudium 2020) sicherstellen!
- Ib - 84 Evaluation Modellstudiengänge zur Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020
- Ib - 21 Inhalte und Aufgabenfelder des Krankenpflegepraktikums in der Approbationsordnung für Ärzte klar regeln
- Ib - 57 Stärkung der Medizinethik im Studium
- Ib - 34 Örtliche Zuständigkeit der Approbationsbehörden bei Anträgen auf Anerkennung von im Ausland absolvierten ärztlichen Ausbildungen



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Stärkung der wissenschaftlichen Ausbildung im Medizinstudium und  
flächendeckende Einführung von strukturierten und qualitätsgesicherten  
Promotionsprogrammen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp, Dr. Hanjo Pohle, Klaus-Peter Schaps, Dr. Klaus-Friedrich Bodmann und Christine Neumann-Grutzeck (Drucksache Ib - 14) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Universitäten dazu auf, die wissenschaftliche Ausbildung im Medizinstudium zu stärken. Die in unterschiedlichem Umfang bereits bestehenden strukturierten und qualitätsgesicherten Promotionsprogramme an den medizinischen Fakultäten müssen flächendeckend ausgebaut und für alle Doktorandinnen und Doktoranden in der Medizin verfügbar gemacht werden.

**Begründung:**

Die Rahmenbedingungen für eine fundierte wissenschaftliche Ausbildung sind an vielen Fakultäten noch nicht ausreichend geschaffen bzw. etabliert. Die Defizite in der wissenschaftlichen Ausbildung zeigt z. B. eine aktuelle Erhebung des Hartmannbundes (Quelle: Umfrage "Dr. med. - Heilen ohne Hut?", März 2017). Mehr als zwei Drittel der 2.291 Umfrageteilnehmer bewerten ihre Fähigkeit, wissenschaftlich zu arbeiten, mit den Noten drei bis fünf. Die wissenschaftliche Ausbildung an den Fakultäten wird von 70 Prozent der Befragten mit befriedigend bis mangelhaft bewertet. Die Mehrheit fühlt sich auf ihre Promotion nicht gut vorbereitet. Das größte Verbesserungspotenzial im Promotionsverfahren sieht die Mehrheit der Befragten in der Betreuung während der Erstellung der Dissertation sowie in der Erlangung wissenschaftlicher Kompetenzen im Studium.

Für diejenigen, die sich für die Erlangung einer medizinischen Promotion entscheiden, muss die Promotionsphase stärker als bislang gefördert und begleitet werden. Dies schließt eine qualitätsgesicherte strukturierte Promotion ebenso ein wie die Intensivierung der Betreuung, die Vermittlung von fachübergreifenden Kompetenzen und Methoden, die Einbindung von Studierenden in aktuelle Forschungsprojekte und möglicherweise sogar schon die Einbettung der medizinischen Promotion in übergreifende Laufbahn- und Personalentwicklungskonzepte. Der Zugang zur Promotion und die Nutzung von



strukturierten Promotionsprogrammen dürfen nicht durch eine Deckelung oder Quotierung beschränkt werden, sondern müssen jedem interessierten Studierenden ermöglicht werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Studienbegleitende Erstellung der Dissertation muss erhalten bleiben

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Hanjo Pohle, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp, Klaus-Peter Schaps und Dr. Klaus-Friedrich Bodmann (Drucksache Ib - 23) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Universitäten auf, an der studienbegleitenden Erstellung der Dissertation festzuhalten. Der aktuellen Empfehlung der Hochschulrektorenkonferenz (HRK), die medizinische Dissertation postgradual zu erstellen, darf nicht gefolgt werden.

**Begründung:**

Die Struktur des Medizinstudiums sowie die sich daran anschließende fachärztliche Weiterbildung machen es notwendig, die promotionsvorbereitende Forschungstätigkeit und die Erstellung der Dissertation in der Regel bereits in die zweite Studienhälfte einzubetten, auch wenn der Dokortitel erst nach dem erfolgreichen Abschluss des Medizinstudiums erlangt werden kann. Hierfür müssen im Rahmen des Studiums genügend Freiräume und die Vermittlung ausreichender wissenschaftlicher Qualifikationen gewährleistet werden, die eine eigenständige Forschungsarbeit zur Generierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und letztlich zur Erlangung der Promotion ermöglichen.

Gerade vor dem Hintergrund der besonderen zeitlichen und strukturellen Bedingungen der ärztlichen Ausbildung sowie der aktuellen Sorge um die Gewinnung von qualifiziertem wissenschaftlichen Nachwuchs sollte an dem bisherigen Promotionsmodell festgehalten werden. Parallel zum Vollzeitjob als Arzt in Weiterbildung ist es nur bedingt möglich, die Dissertation fertigzustellen.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

**Titel:** Aktive Beteiligung und Mitspracherecht der Studierenden bei der Expertenkommission zur qualitätsgesicherten Gestaltung des Masterplans Medizinstudium 2020 und der Kommission zur Weiterentwicklung des NKLM

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 33) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die zukünftige Bundesregierung auf, die Verbände, in denen in relevantem Umfang Medizinstudierende organisiert sind, in den Kommissionen zur Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 und zur Weiterentwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges (NKLM) aktiv zu beteiligen und ihnen ein Mitspracherecht einzuräumen.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

Titel: Masterplan Medizinstudium 2020 allein reicht nicht aus

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Johannes Albert Gehle und Dr. Andreas Botzlar (Drucksache Ib - 52) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Bund und die Länder auf, die Studienplatzzahlen sofort um mindestens zehn Prozent zu erhöhen und ausreichend zu finanzieren. Der Masterplan Medizinstudium 2020 wird hinter den Erwartungen zurückbleiben, wenn nicht gleichzeitig die Studienplatzkapazitäten flächendeckend erhöht werden.

Begründung:

Die bereits geplante Neugründung einer medizinischen Fakultät in Augsburg ist ein Schritt in die richtige Richtung, dem weitere folgen müssen. Mit der derzeitigen Anzahl an Studienplätzen wird sich der Ärztemangel u. a. in der Fläche nicht beheben lassen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Keine Landarztquote

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Christiane Groß (Drucksache Ib - 65) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesländer auf, im Falle einer Einführung der Landarztquote im Rahmen des Reformprozesses Masterplan Medizinstudium 2020 von der ihnen freigestellten Quote keinen Gebrauch zu machen.

**Begründung:**

Der Beschlusstext zum Masterplan Medizinstudium 2020 vom 31.03.2017 sieht vor, dass "in der Vergabeverordnung der Stiftung für Hochschulzulassung die Möglichkeit eröffnet [wird], bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in den oben genannten Regionen oder Planungsbereichen tätig zu sein"<sup>1</sup>. Der Sprecherrat der Medizinstudierenden des Marburger Bunds gab schon zuvor zu bedenken, dass eine zwangsweise Verpflichtung im Austausch gegen einen Studienplatz nicht zum gewünschten Ergebnis einer Stärkung der intrinsischen Attraktivität der primärärztlichen Versorgung führen kann. Die Weigerung der Bundes- und Landesministerien, die Studienplatzkapazitäten zu erhöhen, würde dazu führen, dass von den derzeit bestehenden Kapazitäten von vornherein bis zu zehn Prozent in einem Land an die Allgemeinmedizin gebunden werden könnten, was hinsichtlich der Nachwuchsschwierigkeiten in anderen Fachdisziplinen als kritisch zu werten ist. Den jungen Studienanfängerinnen und Studienanfängern würde eine Entscheidung abverlangt, die sie für "bis zu zehn Jahre" nach Abschluss der fachärztlichen Weiterbildung binden würde. Diese bis zu 15 Jahren dauernde Bindung über das Studium hinaus wäre damit genauso lang wie die bisherige, ihnen erinnerliche Lebenszeit der Studienanfängerinnen und Studienanfänger, was eine unrealistische Anforderung an diese stellen würde. Ferner besteht die Gefahr, dass die im Beschlusstext genannten "wirksamen Sanktionen" mit Ausklagen konterkariert werden und die gewünschte Wirkung verfehlt würde. Zudem ist die Verfassungsmäßigkeit einer Landarztquote umstritten.

---



Nach einer Studie von Heinz und Jacob sind 52,5 Prozent der Studierenden im ersten Studienjahr noch unentschlossen bezüglich ihrer geplanten Fachrichtung. 10,6 Prozent würden Allgemeinmedizin wählen, ein Wert, der sich bis zum fünften Studienjahr auf 13,2 Prozent steigert<sup>2</sup>. Laut Heinz und Jacob sind vor allem Arbeits- und Lebensbedingungen sowie finanzielle Gründe ein entscheidender Grund dafür, warum sich Studierende nicht in dem von der Politik gewünschten Maße der Allgemeinmedizin zuwenden<sup>2</sup>. Die Quote von bis zu zehn Prozent würde eine Verfehlung der Grundsatzproblematik darstellen.

<sup>1</sup>[www.bmbf.de/files/2017-03-31\\_Masterplan%20Beschlusstext.pdf](http://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf)

<sup>2</sup>Heinz, A. & Jacob, R. Bundesgesundheitsbl. (2012) 55: 245. doi:10.1007/s00103-011-1413-z



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Erhöhung der Studienplatzkapazität im Fach Humanmedizin ist ein unverzichtbarer Baustein für die Daseinsvorsorge

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Günther Matheis, Dr. Claus Beermann, San. Rat Dr. Michael Fink, Dr. Rolf Gerhard, Dr. Hans-Dieter Grüninger, Dr. Barbara Jarmusch, Dr. Bernhard Lenhard, Hans-Bernhard Libeaux, Edeltraud Lukas, Dr. Barbara Nalenz, Dr. Manfred Schnellbacher und San.-Rat Dr. Detlef Stiemert (Drucksache Ib - 74) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der Masterplan Medizinstudium 2020 verzichtet zum gegenwärtigen Zeitpunkt darauf, die Zahl der Studienplätze im Fach Humanmedizin zu erhöhen. Diese zentrale Forderung der deutschen Ärzteschaft nach einer signifikanten Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin bleibt bislang unberücksichtigt. Dem steigenden Bedarf an qualitativ gut ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten muss Rechnung getragen werden. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert daher die Länder auf, neben den im Masterplan geplanten Reformen des Medizinstudiums die Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin deutlich zu erhöhen und dafür auch eine ausreichende Finanzierung bereitzustellen.

**Begründung:**

Der demografische Wandel, der erhöhte Anteil von Teilzeitstellen, der Trend zur Arbeitszeitverkürzung und nicht zuletzt der medizinische Fortschritt erfordern mehr ärztliches Personal. Schon jetzt sind mindestens 1,8 Stellen nötig, um eine ausscheidende Vollzeitkraft adäquat zu ersetzen. Es reicht jedoch nicht aus, personelle Kapazitäten einfach umzuverteilen oder ärztliche Leistungen durch andere Berufsgruppen zu substituieren. Auch ist es nicht zielführend, bereits angespannte Personalausstattungen in den Krankenhäusern mit offensiv angeworbenen ausländischen Ärztinnen und Ärzte entlasten zu wollen. Die medizinische Versorgung in Drittstaaten, denen wir Ärztinnen und Ärzte entziehen, darf nicht durch unser Zutun verschlechtert werden. Wir haben landes- und bundesweit genügend interessierte junge Menschen, die hochmotiviert sind für ein Medizinstudium und dafür brennen, in die ärztliche Versorgung einsteigen zu können. Eine Erhöhung der Studienplatzzahl hilft, mehr Bewerber ins Studium und somit mehr qualifizierten Nachwuchs ins Versorgungssystem zu bekommen. Denkbar sind auch komplementäre klinische Modelle unter dem Dach von Einrichtungen der



Maximalversorgung. Gerade vor dem Hintergrund prosperierender Steuereinnahmen in Bund und Ländern kann und muss eine ausreichende Finanzierungsgrundlage geschaffen werden, damit ärztlicher Nachwuchs aus den Reihen der im eigenen Land zur Genüge vorhandenen hochmotivierten Bewerberinnen und Bewerbern gewonnen wird.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Ärztliche Expertise in der Expertenkommission (zum Masterplan  
Medizinstudium 2020) sicherstellen!

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von BMedSci Frank Seibert-Alves, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 78) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

In der Pressemitteilung zur Verabschiedung des Masterplans Medizinstudium 2020 vom 31.03.2017 wird die Einsetzung einer Expertenkommission angekündigt, die "die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen auf die Studienplatzsituation und die Kosten untersucht und innerhalb eines Jahres einen Vorschlag zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte erarbeiten wird". Diese Expertenkommission wird von Frau Prof. Monika Harms, Generalbundesanwältin a. D., geleitet. Weitere Angaben zur Besetzung werden nicht gemacht.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Sicherstellung der ärztlichen Expertise in dieser Expertenkommission durch eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich mit der Studierendenauswahl, dem jetzigen Ablauf des Medizinstudiums und der Weiterbildung detailliert auskennt.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Evaluation Modellstudiengänge zur Umsetzung des Masterplans  
                  Medizinstudium 2020

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Oliver Funken, Dr. Gerald Quitterer und Monika Buchalik (Drucksache Ib - 84) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Abgeordneten des 120. Deutschen Ärztetages 2017 fordern eine aktuelle Evaluation der Modellstudiengänge, sodass evaluierte und bewährte Elemente der Modellstudiengänge bei der Umsetzung der Ziele des Masterplans Medizinstudium 2020 berücksichtigt werden können. Modellstudiengänge, die ihre Ziele nicht verwirklicht haben, sollen auslaufen, um finanzielle Mittel für die Umsetzung der Maßnahmen des Masterplans freizumachen.

**Begründung:**

Die Modellstudiengänge an den Universitäten sind seit Jahren etabliert. Hierbei sind aber die einzelnen Modelle wenig kompatibel und erschweren so den Wechsel der Studentinnen und Studenten zu anderen Universitäten. Zudem ist nicht klar, ob und wie sich hierdurch die Ausbildung von Medizinern verbessert hat. Gute Erfahrungen sollten darum Eingang finden in die Umsetzung des jetzt beschlossenen Masterplans Medizinstudium 2020. Da die Unterstützung des Masterplans unter einem Finanzierungsvorbehalt steht, ist eine langfristige Finanzierung von Modellstudiengängen, die nicht zu einer Verbesserung der Mediziner Ausbildung beigetragen haben, nicht vertretbar.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Inhalte und Aufgabenfelder des Krankenpflegepraktikums in der  
                  Approbationsordnung für Ärzte klar regeln

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Hanjo Pohle, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp und Klaus-Peter Schaps (Drucksache Ib - 21) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, die Inhalte des Krankenpflegepraktikums in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) klar zu regeln, um den Stellenwert dieses wichtigen Praktikums in der ärztlichen Ausbildung zu erhöhen und dessen Qualität zu sichern. Die Universitäten werden dazu aufgerufen, das Praktikum inhaltlich besser zu strukturieren und die Aufgabenfelder der Praktikantinnen und Praktikanten besser zu definieren.

**Begründung:**

Das Krankenpflegepraktikum dient dem Erwerb eines grundlegenden Verständnisses der Arbeit von Pflegefachpersonen und des Stationsablaufes. Im Rahmen dieses Praktikums haben die Medizinstudierenden die Gelegenheit, aus einer anderen Perspektive die Arbeit in einem Krankenhaus besser kennenzulernen. Die Studierenden erhalten Einblicke in die tägliche Arbeit der Pflege und deren Umgang mit den Patientinnen und Patienten, lernen Funktionsbereiche und Erkrankungsbilder kennen und können den Pflegeprozess mitgestalten. Übergeordnetes Ziel sollte es sein, die Arbeitsfelder der Pflegefachpersonen und den Stationsablauf kennenzulernen, um bei der späteren ärztlichen Tätigkeit den Stellenwert und die Herausforderungen aller an der Patientenversorgung Beteiligten angemessen zu berücksichtigen, zu würdigen sowie die Teamarbeit zu fördern.

Zu diesen wichtigen Inhalten ist in der Approbationsordnung nichts zu lesen. Hier werden lediglich die Dauer (drei Monate) und der Zweck des Krankenpflegepraktikums (Einführung in Betrieb und Organisation eines Krankenhauses sowie in die üblichen Verrichtungen der Krankenpflege) geregelt sowie die Tätigkeiten der Medizinstudierenden aufgeführt, die auf das Pflegepraktikum angerechnet werden können. Um einen stärkeren Fokus auf die Inhalte des Krankenpflegepraktikums zu legen, haben Hartmannbund und Deutscher Pflegerat gemeinsam eine "Checkliste Krankenpflegepraktikum" veröffentlicht. Die Checkliste umfasst alle Tätigkeiten, die im Wesentlichen während des



Krankenpflegepraktikums gelehrt, gelernt bzw. übernommen werden sollten. Sie soll sowohl den Krankenpflegepraktikanten als auch den jeweiligen Ausbilderinnen und Ausbildern als Orientierung dienen. Die Checkliste sollte den Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, in denen laut Approbationsordnung aktuell ein Krankenpflegepraktikum absolviert werden darf, mit an die Hand gegeben werden. Im Übrigen sollte dazu übergegangen werden, das Krankenpflegepraktikum zumindest teilweise auch auf ambulante Krankenpflegeeinrichtungen auszudehnen, wie es bereits der 119. Deutsche Ärztetag 2016 gefordert hat, insbesondere vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung der ambulanten Gesundheitsversorgung.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Stärkung der Medizinethik im Studium

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Christiane Groß (Drucksache Ib - 57) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Medizinethik im Studium soll durch eine Erhöhung der Stundenzahl und ein zeitgemäßes Konzept der Lehrveranstaltungen gestärkt werden.

Die Medizin sieht sich wie kaum eine andere Fachdisziplin mit ethischen Problematiken konfrontiert. Hinsichtlich des wachsenden Fortschritts therapeutischer Behandlungsmöglichkeiten stellt sich Ärztinnen und Ärzten häufig die Frage, ob eine maximale Ausreizung der Therapiemöglichkeiten aus ethischer Sicht sinnvoll ist. Zudem ist zu klären, wie in konkreten Situationen zu verfahren ist, in denen der Gesetzgeber bewusst Ermessensspielraum gelassen hat.

Die Konfrontation mit einer solchen Unsicherheit erfordert eine ärztliche Lösungskompetenz, die im Studium nicht in der geringen Stundenanzahl vermittelt werden kann, die dem Querschnittsbereich Geschichte und Ethik der Medizin momentan zufällt.

Die Stundenzahl des Querschnittsbereichs Geschichte und Ethik der Medizin muss daher dringend erhöht und die Form angepasst werden:

- Die Lehrveranstaltungen der Ethik sollen gleichberechtigt neben den klinischen und den kommunikativen Fähigkeiten dem Ausbildungsstand angepasst longitudinal in das Studium implementiert werden und nicht als Blockeinheit stattfinden.
  - Die Lehrveranstaltungen sollen im Sinne der allgemein geforderten Praxisnähe klare Fallbeispiele einbinden, die eine Orientierung für den klinischen Alltag bieten. Gleichzeitig sollen sie den Entscheidungsprozess als solchen beleuchten, ohne den Anspruch zu erheben, eine einfache Lösung für komplizierte Probleme zu sein. Solche Lehrveranstaltungen sollen die Kompetenz vermitteln, ethische Themen systematisch beurteilen zu können und zwischen mehreren Lösungsmöglichkeiten situationsbezogen die angemessene zu wählen. Folgerichtig muss auch das Prüfungsformat statt aus einer Multiple-Choice-Prüfung zumindest aus Freitextfragen, wenn nicht einer mündlichen Prüfung bestehen.
-



- Der Unterricht soll ein ausgewogenes Verhältnis schaffen zwischen dem besonderen historischen Kontext und aktuellen wie zukünftigen ethischen Problemen und Fragestellungen, die das ärztliche Handeln unmittelbar betreffen und dafür essenziell sind.

Institutionen vor Ort, beispielsweise ein klinisches Ethikkomitee, sollen an der Lehre teilhaben. Weiterhin sollen Kliniker, die in ethischen Fallberatungen tätig sind, die Dozenten im Team Teaching unterstützen. In Ermangelung vergleichbarer Einrichtungen können ethisch versierte Institutionen Fallbeispiele und Leitlinien beisteuern.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Örtliche Zuständigkeit der Approbationsbehörden bei Anträgen auf  
Anerkennung von im Ausland absolvierten ärztlichen Ausbildungen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 34) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Landesregierungen auf, sicherzustellen, dass jede Ärztin und jeder Arzt bei derjenigen Approbationsbehörde einen Antrag auf Anerkennung seiner ausländischen Ausbildung und Erteilung einer Berufserlaubnis sowie Approbation stellen und bescheiden lassen kann, in deren Zuständigkeitsbereich er tätig werden will.

Nach den einschlägigen Vorschriften gemäß § 3 VwVfG und § 12 Abs. 3 BÄO ist zur Begründung dieser örtlichen Zuständigkeit der erklärte Wille des Antragstellers, in dem Zuständigkeitsbereich der betreffenden Behörde eine Beschäftigung aufnehmen zu wollen, sowohl für die Antragstellung aus dem In- und Ausland als auch für die Bescheidung des Antrags ausreichend.

Es ist daher rechtlich nicht zulässig, von Antragstellerinnen und Antragstellern eine Stellenzusage, einen Wohnsitznachweis oder andere Nachweise (z. B. Bestätigungen von Krankenhäusern/Praxen über eingegangene Bewerbungen) zu fordern und somit das Recht auf Zugang zum Anerkennungsverfahren massiv einzuschränken bzw. zu negieren.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Berufsordnung*

- Ib - 51      Ergänzung der (Muster-)Berufsordnung mit Vorschriften der ärztlichen Unabhängigkeit
- Ib - 62      Ethische Grundsätze der Berufsordnung gelten für alle Ärzte



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Ergänzung der (Muster-)Berufsordnung mit Vorschriften der ärztlichen  
                  Unabhängigkeit

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Christoph Emminger, Dr. Max Kaplan, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Wolfgang Rechl (Drucksache Ib - 51) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, Ergänzungen der (Muster-)Berufsordnung (MBO) vorzubereiten, die der Wahrung ärztlicher Unabhängigkeit

- bei Festlegung medizinischer Standards,
- bei ärztlichen Studien und
- im Rahmen der ärztlichen Fortbildung

dienen.

Die ergänzenden Regelungen werden unter Berücksichtigung des Antikorruptionsgesetzes dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 nach Durchführung des zweistufigen Konvergenzverfahrens zur Beschlussfassung vorgelegt.

**Begründung:**

Die MBO regelt bislang die ärztliche Unabhängigkeit bei der unmittelbaren Patientenbehandlung.

Zunehmende Versuche Dritter, medizinische Forschungsergebnisse, Studien und medizinische Standards zu ihren Gunsten zu beeinflussen, machen es notwendig, die ärztliche Unabhängigkeit auch in diesen, dem individuellen Behandlungsverhältnis vorgelagerten Bereichen, klar zu formulieren und für Transparenz bei Interessenkonflikten zu sorgen.

Bislang wird die Problematik der **Beeinflussung ärztlicher Referenten** von der MBO nicht explizit angesprochen. Es finden sich jedoch vermehrt Formulierungen in Sponsorenverträgen, mit denen sich der Sponsor vom Referenten eine Vorabvorlage des präsentierten Materials und/oder eine Abstimmung der Referatsinhalte zusichern lässt. Zur Gewährleistung der Unabhängigkeit der ärztlichen Fortbildung soll auch der Arzt als

---



wissenschaftlicher Leiter der Fortbildungsveranstaltung in die Pflicht genommen werden.

Noch stärker als Referentinnen und Referenten bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen beeinflussen **medizinische Standards** (z. B. Leitlinien) ärztliches Verhalten, insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln. Deshalb hat die Sicherstellung der Unabhängigkeit von Ärzten, die an der Formulierung medizinischer Standards mitwirken, eine besondere Bedeutung und rechtfertigt eine ergänzende Regelung.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Ethische Grundsätze der Berufsordnung gelten für alle Ärzte

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Ulrich M. Clever und PD Dr. Birgit Wulff (Drucksache Ib - 62) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 erinnert an das Recht und die Verpflichtung aller Ärztinnen und Ärzte zur Beachtung des selbst gesetzten ärztlichen Berufsrechts. Er fordert dessen Umsetzung bei selbstständiger Tätigkeit und in Beschäftigungsverhältnissen. Unabhängig von ihrem Dienstverhältnis sollten sich bei Verstößen gegen ethische Grundsätze alle Ärzte gegenüber einer berufsrechtlichen Stelle verantworten müssen. Daher appelliert der 120. Deutsche Ärztetag 2017 an die Regierungen der Länder (Dienstherren) zu gewährleisten, dass allen - auch den beamteten Ärztinnen und Ärzten, die nicht der ärztlichen Berufsgerichtsbarkeit unterliegen - die Beachtung der berufsethischen Grundsätze und Regeln ermöglicht wird.

**Begründung:**

Die im ärztlichen Gelöbnis und der Präambel der Berufsordnungen der Ärztekammern festgelegten ethischen Grundsätze und Maßgaben ärztlichen Handelns gelten für alle deutschen Ärztinnen und Ärzte. Die Klarstellung darüber sollte auch und gerade den beamteten Ärztinnen und Ärzten die Sicherheit bieten, sich mit Verweis auf die Berufsordnung eventuellen nichtärztlich begründeten Anweisungen zu widersetzen. Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen nichtärztlicher Dritter entgegennehmen. Die Diskussion über angebliche Gefälligkeitsgutachten im Rahmen von Abschiebeverfahren von Flüchtlingen hat zu vermehrten Einsätzen von Amtsärzten und diesen gleichgestellten Personen geführt. Dieser Personenkreis ist auch an die oben genannten ethischen Grundsätze gebunden, gleichzeitig kann es jedoch bei politisch vermehrt gewollten Ausweisungen zu Konflikten zwischen dem Disziplinarrecht des Arbeitgebers und der Einhaltung der Befolgung rein ärztlicher Grundsätze kommen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Bundesärztekammer/Deutscher Ärztetag*

- Ib - 24      Veröffentlichung auf den Internetseiten
- Ib - 67      Offenlegung der nichtärztlichen Tätigkeiten sowie Einkünfte der Mitglieder des  
Vorstands der Bundesärztekammer
- Ib - 122     Offenlegung von Interessenverknüpfungen
- Ib - 09b     Formale Funktion
- Ib - 09a     Öffentliche Ämter
- Ib - 09      Offenlegung von Interessenverknüpfungen
- Ib - 110     Vermeidung von Interessenkonflikten - ärztliche Mandatsträger der  
Bundesärztekammer und Mitglieder der GOÄ-Kommission sollen Positionen in Gremien  
privater Krankenversicherungen aufgeben
- Ib - 79      Berufszufriedenheit und Arztgesundheit
- Ib - 108     Osteoporose, eine fächer- und sektorenübergreifende Herausforderung
- Ib - 127     Sicherstellung der Partizipation junger Ärztinnen und Ärzte
- Ib - 135     Organisation der Antragsverwaltung auf zukünftigen Ärztetagen



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Veröffentlichung auf den Internetseiten

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Christoph Emminger und Dr. Joachim Calles (Drucksache Ib - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beschließt, die Mitglieder im Vorstand der Bundesärztekammer und die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages aufzufordern, für eine Veröffentlichung auf den Internetseiten der Bundesärztekammer weitere Ämter und Funktionen anzugeben, die im Zusammenhang mit ihrer ärztlichen Tätigkeit und ihren berufspolitischen Funktionen stehen.

Begründung:

Neben Namen und Angaben zur jeweiligen Ärztekammer sollen Mitgliedschaften, Ämter, Funktionen und Beteiligungen in Organisationen und Unternehmen erfasst und publiziert werden, soweit diese in einem sachlichen oder materiellen Zusammenhang mit ihrer ärztlichen Tätigkeit und/oder ihren berufspolitischen Funktionen stehen. Nicht unter diese Vorgaben würden Mitgliedschaften beispielsweise in Parteien und Religionsgemeinschaften fallen.

---



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Offenlegung der nichtärztlichen Tätigkeiten sowie Einkünfte der Mitglieder des  
Vorstands der Bundesärztekammer

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Albring, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Messer, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Joachim Wichmann, Dr. Matthias Lohaus und Dr. Petra Bubel (Drucksache Ib - 67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zum nächstmöglichen Deutschen Ärztetag einen Beschlussantrag zur Änderung der Satzung der Bundesärztekammer unter Beachtung der Aspekte des nachfolgenden Vorschlags vorzulegen. Nichtärztliche Tätigkeiten vor Übernahme des Mandats sowie nichtärztliche Tätigkeiten und Einkünfte neben dem Mandat, die auf bedeutsame Interessenverknüpfungen hinweisen können, sind anzuzeigen und im Deutschen Ärzteblatt sowie auf der Homepage der Bundesärztekammer barrierefrei zu veröffentlichen. Werden anzeigepflichtige Tätigkeiten und Einkünfte nicht angezeigt, kann der Vorstand der Bundesärztekammer Sanktionsmaßnahmen festlegen.

#### Begründung:

Die Ausübung des Mandats durch Amtsträger im Interesse einer freien Ärzteschaft steht im Mittelpunkt deren Tätigkeit. Unabhängigkeit und Vertrauenswürdigkeit sind die Grundprinzipien des freien Arztberufes und müssen ohne Einschränkungen gewahrt bleiben. Die begründete oder unbegründete Annahme, dass materiell auch nur geringfügige Vorteile bestehen, schwächt die Vertrauenswürdigkeit und nicht zuletzt die Legitimation der Bundesärztekammer als Vertreterin der Belange einer freien, unabhängigen und vertrauenswürdigen Ärzteschaft. Interessenkonflikte, die aufgrund von materiellen Vorteilen und damit einer Beeinflussung durch Dritte entstehen können, sind unbedingt zu vermeiden, sollen über gesellschaftspolitisch sensible Sachverhalte legitime Entscheidungen getroffen werden. Ärztliche Mandatsträger sind den Interessen einer freien Ärzteschaft verpflichtet. Tätigkeiten und Einkünfte neben dem Mandat, die auf mögliche Interessenverknüpfungen hinweisen können, sind anzuzeigen und zu veröffentlichen. Die Bundesärztekammer als Gremium der Willensbildung der deutschen Ärzteschaft muss den gleichen Anforderungen an Unabhängigkeit, Vertraulichkeit und Verantwortlichkeit genügen

---



wie der Bundestag mit seinen Abgeordneten als höchstes Gremium demokratischer Prinzipien der Willensbildung. Daher müssen die gleichen Verhaltensregeln angesetzt werden, wie sie für Abgeordnete in § 44b in Verbindung mit § 44a Abs. 4 Satz 2 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) festgelegt sind.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Offenlegung von Interessenverknüpfungen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Robin T. Maitra, Dr. Christoph Ascheraden, Dr. Joachim Suder, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Jürgen Braun, Dr. Norbert Fischer, Dr. Daniela-Ursula Ibach, Dr. Jürgen Laporte, Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling und Dr. Stefan Bilger (Drucksache Ib - 122) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beschließt, die Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages aufzufordern, ihre berufspolitischen und wirtschaftlichen Interessenverknüpfungen für eine Veröffentlichung auf der Internetseite der Bundesärztekammer bekanntzugeben.

Hierbei sind neben Namen und zuzuordnender (Landes-)Ärztekammer Angaben über Mitgliedschaften in Organisationen offenzulegen, die unmittelbar in Zusammenhang mit dem Amt einer/eines Abgeordneten bzw. Vorstandsmitglieds bestehen. Darüber hinausgehende allgemeine Mitgliedschaften, z. B. in politischen Parteien, Religionsgemeinschaften usw., müssen nicht genannt werden. Unternehmensbeteiligungen und Nebeneinkünfte sind anzugeben, wenn eine Tätigkeit für Unternehmen im Gesundheitswesen besteht.

**Begründung:**

Der Antrag Ib - 09 des Vorstands der Bundesärztekammer wird mit dem vorliegenden Antrag ergänzt und erweitert, da die Notwendigkeit der Transparenz möglicher Interessenkonflikte sich nicht zuletzt aus der Einbeziehung der wirtschaftlichen Kontaktpunkte in ausreichendem Maße ergibt. Die Änderungen im Antrag beseitigen zudem Unschärfen der Formulierung des Vorstandsantrages bezüglich der Verbindlichkeit der Angaben und des Umfangs der offenzulegenden Verbindungen. Im Einzelnen wird die Aufforderung zur Offenlegung der wirtschaftlichen Interessenverknüpfungen wie auch der Unternehmensbeteiligungen und Nebeneinkünfte genannt. Die Angaben werden im Unterschied zum ursprünglichen Vorstandsantrag nicht mehr nur als "Soll"-Bestimmung gefordert, sondern sie sind verbindlich.

---



**TOP Ib            Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Formale Funktion

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Dr. Susanne Blessing, Christa Bartels, Wieland Dietrich und Dr. Lothar Rütz (Drucksache Ib - 09b) zum Beschlussantrag von Vorstand (Drucksache Ib - 09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den 2. Satz im 3. Absatz sollen die Worte "eine formale Funktion oder" eingefügt werden, sodass der Satz dann lautet:

"Unternehmensbeteiligungen sollen nur dann angegeben werden, wenn eine formale Funktion oder eine beherrschende wirtschaftliche Stellung in einem Unternehmen im Gesundheitswesen besteht."



**TOP Ib            Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Öffentliche Ämter

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Dr. Susanne Blessing, Christa Bartels, Wieland Dietrich und Dr. Lothar Rütz (Drucksache Ib - 09a) zum Beschlussantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ergänzung am Ende des 3. Absatzes:

"..., es sei denn, dass in diesem Rahmen öffentliche Ämter bekleidet werden."



---

**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Offenlegung von Interessenverknüpfungen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beschließt, die Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages aufzufordern, ihre berufspolitischen Interessenverknüpfungen für eine Veröffentlichung auf der Internetseite der Bundesärztekammer bekanntzugeben.

Hierbei sollen neben Namen und zuzuordnender (Landes-)Ärztekammer Angaben über Mitgliedschaften in Organisationen offengelegt werden, die unmittelbar in Zusammenhang mit dem Amt einer/eines Abgeordneten bzw. Vorstandsmitglieds bestehen.

Darüber hinausgehende allgemeine Mitgliedschaften, z. B. in politischen Parteien, Religionsgemeinschaften usw., sollen nicht genannt werden. Unternehmensbeteiligungen sollen nur dann angegeben werden, wenn eine beherrschende wirtschaftliche Stellung in einem Unternehmen im Gesundheitswesen besteht.

Begründung:

Der Vorstand ist den Beschlüssen I - 44, IV - 47 und IV - 68 des 119. Deutschen Ärztetages 2016 mit Beratungen in einer Projektgruppe nachgegangen und schlägt dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 die o. a. Verfahrensweise vor.

Mit dieser Regelung wird dem politischen Willen des 119. Deutschen Ärztetages 2016 entsprochen. Gegenüber der Öffentlichkeit angezeigt erscheint eine Veröffentlichung der Angaben nicht nur von Mitgliedern des Vorstands, sondern aller Organe der Bundesärztekammer, also auch der Abgeordneten des Deutschen Ärztetages.

Die Forderung aus Antrag IV - 68, dass Mitglieder der GOÄ-Gremien der Bundesärztekammer Gremien der privaten Krankenversicherung (PKV) verlassen sollen, ist wegen der zwischenzeitlich erfolgten Auflösung dieses Gremiums hinfällig geworden.

Präsident, Vizepräsidentin und Vizepräsident legen beispielhaft ihre Angaben zu

---



Interessenverknüpfungen vor, wie oben dargestellt (**Anlage**).



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**      Vermeidung von Interessenkonflikten - ärztliche Mandatsträger der Bundesärztekammer und Mitglieder der GOÄ-Kommission sollen Positionen in Gremien privater Krankenversicherungen aufgeben

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Klaus Strömer, Dr. Anne Vitzthum von Eckstädt, Dr. Ivo Grebe und Dr. Matthias Lohaus (Drucksache Ib - 110) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 stellt fest, dass Unabhängigkeit und Vertrauenswürdigkeit ärztlicher Mandatsträger in der Bundesärztekammer Grundpfeiler sind, um die in der Satzung der Bundesärztekammer festgeschriebenen Aufgaben erfüllen zu können. Dem kommt besonders zur Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft höchste Bedeutung zu. Gemäß § 2 der Satzung obliegen der Bundesärztekammer u. a. folgende Aufgaben:

- Das Zusammengehörigkeitsgefühl aller deutschen Ärztinnen und Ärzte und ihrer Organisationen zu pflegen,
- die Ärztekammern über alle für die Ärzte wichtigen Vorgänge auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und des sozialen Lebens zu unterrichten,
- auf eine möglichst einheitliche Regelung der ärztlichen Berufspflichten hinzuwirken - in allen Angelegenheiten, die über den Zuständigkeitsbereich eines Landes hinausgehen, die beruflichen Belange der Ärzteschaft zu wahren.

Wir Abgeordnete vertreten deshalb die Auffassung, dass Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und wichtiger Kommissionen, z. B. der GOÄ-Kommission, keine Funktionen in Gremien privater Krankenversicherungen (PKV) innehaben sollen. Diese Positionen sind zu verlassen. Dies wurde auf dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 beschlossen und bisher nicht umgesetzt, lediglich sei der Ärztebeirat der Allianz PKV aufgelöst worden.



Darüber hinaus sollte laut Beschluss IV - 47 des 119. Deutschen Ärztetages 2016 eine Compliance-Regelung für die Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer in Bezug auf Interessenkonflikte und Nebeneinkünfte erarbeitet werden - dies soll jetzt zügig nachgeholt werden.

**Begründung:**

Das gilt insbesondere, weil Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und der GOÄ-Kommission Verhandlungen mit dem PKV-Verband führen und/oder Entscheidungsverantwortung im Rahmen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) tragen - ungeachtet der genauen Ausgestaltung einer zukünftigen Novellierung bzw. Aktualisierung.



---

**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Berufszufriedenheit und Arztgesundheit

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Christa Bartels, Wieland Dietrich, Dr. Susanne Blessing und Dr. Axel Brunngraber (Drucksache Ib - 79) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 wünscht, dass dem Thema "Berufszufriedenheit und Arztgesundheit" ein Tagesordnungspunkt (TOP) auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 gewidmet werden soll.

**Begründung:**

Sowohl der Ärztemonitor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Situation niedergelassener Ärzte als auch Erhebungen des Marburger Bundes und des Hartmannbundes zur Situation von Klinikärzten/angestellten Ärzten zeigen die steigende berufliche Belastung, insbesondere Arbeitszeitbelastung, Arbeitsverdichtung, Zeitmangel und ökonomischen Druck auf angestellte und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.

Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und dadurch bedingte somatische und seelische Erkrankungen sind auch unter Ärzten verbreitet. Die Suizidrate ist bei Ärzten überdurchschnittlich hoch.

Das Image des kurativ tätigen Arztes sinkt durch die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen - dies macht sich unmittelbar durch mangelnden Ärztenachwuchs bemerkbar.

Einem Ärztemangel sowohl bei Hausärzten als auch bei Fachärzten in Klinik und Praxis kann nur durch die Steigerung der Attraktivität der ärztlichen Tätigkeitsfelder begegnet werden.

Dieses Thema wird zunehmend relevant und sollte vom 121. Deutschen Ärztetag 2018 schwerpunktmäßig diskutiert werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Osteoporose, eine fächer- und sektorenübergreifende Herausforderung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz, Dr. Andreas Botzlar, Prof. Dr. Ulrich Schwantes und Frank-Ullrich Schulz (Drucksache Ib - 108) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer möge für den 121. Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt einen Tagesordnungspunkt (TOP) vorsehen, der sich mit dem Thema der Versorgungssituation im Bereich der Osteoporose - einer fächer- und sektorenübergreifenden Erkrankung - befasst.

**Begründung:**

Die Erkennung und Behandlung der Osteoporose ist eine fächer- und sektorenübergreifende Herausforderung, für die - im Gegensatz zu anderen häufig vorkommenden Erkrankungen - bisher noch keine strukturierten Behandlungspfade der Versorgung existieren.

In der gefühlten Wirklichkeit beklagen die Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken, dass Behandlungsvorschläge ambulant nicht weitergeführt werden, und die niedergelassenen Kolleginnen beklagen, dass in der Klinik keine Osteoporosetherapie eingeleitet wird.

Durch die demografische Entwicklung stieg z. B. der Bevölkerungsanteil der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen von 2000 bis 2007 um 49 Prozent auf 1.473.962 und parallel dazu im gleichen Zeitraum allein die Anzahl der proximalen Femurfrakturen um 69 Prozent auf 68.600. Zusammen mit atraumatischen Wirbelkörperfrakturen, subkapitalen Humerusfrakturen und distalen Radiusfrakturen beim älteren Menschen kommen wir in Deutschland auf mehr als 200.000 osteoporosebedingte Frakturen mit weiter deutlich steigender Tendenz.

Hier erscheint dringend eine Bestandsaufnahme entsprechend den Vorgaben der internationalen "Bone and Joint Decade 2010 - 2020" notwendig. Noch besteht die Chance, dass sich die deutsche Ärzteschaft an der Zielerreichung auch institutionell beteiligt.

---



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Sicherstellung der Partizipation junger Ärztinnen und Ärzte

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Carsten Mohrhardt, Dr. Katharina Weinert, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Christiane Groß, Dr. Olcay Cem Bulut, Dr. Herbert Arthur Zeuner und Dr. Günther Jonitz (Drucksache Ib - 127) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert, die Beteiligung junger Ärztinnen und Ärzte im Vorstand der Bundesärztekammer sicherzustellen. Hierzu soll ein entsprechendes Verfahren auf demokratisch legitimer Basis zur Auswahl aus den Abgeordneten des Deutschen Ärztetages entwickelt werden.

Zudem soll auf Bundesebene ein Arbeitskreis "Junge Kammer" eingerichtet werden, in den Vertreterinnen und Vertreter der in den Landes- und Bezirksärztekammern existierenden Arbeitskreise entsandt werden.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Organisation der Antragsverwaltung auf zukünftigen Ärztetagen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Lars Bodammer (Drucksache Ib - 135) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auf zukünftigen Deutschen Ärztetagen soll die Antragsverteilung derart organisiert sein, dass von einer papierlosen Antragsverteilung und Kenntnisnahme ausgegangen wird, wenn nicht deutlich gekennzeichnet ist, dass eine Verteilung der Anträge in Papierform gewünscht ist. Voraussetzung ist ein zuverlässig funktionierendes EDV- und Netzwerksystem während der Sitzung.

Begründung:

Mit zunehmender Digitalisierung soll von den Vorteilen der papierlosen Antragsbearbeitung mehr Gebrauch gemacht und eine umweltschonende Arbeitsweise gefördert werden. Viele Kilogramm Papier werden für kurzzeitig diskutierte und ggf. abgelehnte Anträge bei den Deutschen Ärztetagen vernichtet.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Delegation/Substitution*

- Ib - 95      Physician Assistant
- Ib - 08      Delegationsmodell Physician Assistant
- Ib - 45      Voraussetzungen für die erfolgreiche Etablierung des Physician Assistant
- Ib - 27      Ablehnung von Substitution ärztlicher Leistungen und Aufgaben
- Ib - 133     Studiengang Arztassistent (Physician Assistant) nicht als grundständiges Studium,  
sondern als akademische Weiterbildung für Ausbildungsberufe



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Physician Assistant

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache Ib - 95) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen, ob in der Schrift "Physician Assistant - Ein neuer Beruf im Gesundheitswesen" auf Seite 4 der vorletzte Satz der Präambel ergänzt werden kann um "und die pflegerischen Funktionsdienste".

Der Satz lautet dann wie folgt: "Darüber hinaus bietet das Konzept für die Gesundheitsfachberufe, insbesondere Medizinische Fachangestellte und die pflegerischen Funktionsdienste, Perspektiven für die Berufsentwicklung und die Anschlussfähigkeit an den Hochschulbereich in Form eines Weiterbildungsstudiums."

Begründung:

Das Studium ist gerade für den Funktionsdienst eine attraktive Personalentwicklungsmöglichkeit.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Delegationsmodell Physician Assistant

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 08) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 befürwortet das von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) erarbeitete Delegationsmodell Physician Assistant zur Arztentlastung und -unterstützung. Es soll in allen Landesärztekammern, in denen entsprechende Studiengänge existieren oder eingerichtet werden, als Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Hochschulen dienen.

Begründung:

Durch Beschluss des 117. Deutschen Ärztetages 2014 wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe "Akademisierte Gesundheitsfachberufe" von Bundesärztekammer und KBV eingesetzt und mit der Erarbeitung eines Konzepts für ein bundeseinheitliches Berufsbild Physician Assistant (PA) beauftragt. Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 hat dem Sachstandsbericht zugestimmt (Beschluss IV - 14). Die Vorstände von Bundesärztekammer und KBV haben das Konzept im Januar 2017 zustimmend zur Kenntnis genommen (**Anlage**).

Dieses Berufskonzept des PA ist nach den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages als Delegationsmodell zur Arztentlastung und -unterstützung ausgestaltet. Es enthält neben einer Begründung des Berufsbilds und der Darstellung der (rechtlichen) Delegationsvoraussetzungen den Tätigkeitsrahmen, die verbindlichen Studieninhalte und die zu vermittelnden Kompetenzen. Die Kompetenzen sind in Anlehnung an den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2015) formuliert. Für die Zulassung zum Studium wird eine dreijährige erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, z. B. als Medizinische Fachangestellte, vorausgesetzt. Die Deutsche Hochschulkonferenz Physician Assistance (DHPA) war durch Vertreter von drei Hochschulen beteiligt.

Bei der Implementierung und Begleitung der Studiengänge sollen die Hochschulen mit den Ärztekammern zusammenarbeiten. Voraussetzung für die Zusammenarbeit ist die Einhaltung der Vorgaben einschließlich der Qualitätskriterien. Eine grundständige

---



Ausbildung zum PA, die derzeit von privaten Hochschulen zusätzlich angeboten wird, wird abgelehnt.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 versteht das Konzept des PA als konstruktiven Beitrag der Ärzteschaft zu einer sinnvollen Weiterentwicklung der Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen angesichts der Herausforderungen in der Patientenversorgung. Es orientiert sich an Vorgaben und Beschlüssen verschiedener Deutscher Ärztetage zur Kooperation und Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Diagnose- und Indikationsstellung, Therapiehoheit und die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess sind Aufgabe des Arztes. Das Tätigkeitsprofil des PA ist am tatsächlichen Versorgungsbedarf, an den Erfordernissen des Arbeitsmarktes und den Zielvorstellungen eines ärztlich geleiteten multiprofessionellen Teams ausgerichtet.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Voraussetzungen für die erfolgreiche Etablierung des Physician Assistant

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache Ib - 45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 nimmt das vorgelegte Konzept der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit Interesse zur Kenntnis.

Die Chancen für die Angehörigen zahlreicher Gesundheitsberufe hinsichtlich ihrer fachlichen Weiterentwicklung, die in diesem Berufsbild liegen, werden ausdrücklich begrüßt.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 sieht in dem vorgelegten Konzept aber auch Gefahren für das ärztliche Selbstverständnis, das ganzheitliche Arztbild und insbesondere die Weiterbildung der Ärzte. Um diesen Gefahren abzuwehren, fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

- Die Auswirkungen des Physician Assistant (PA) auf die Weiterbildungssituation dort, wo er bereits eingesetzt wird, mit einer Evaluation unter den dort ebenfalls tätigen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zu begleiten, um die Frage zu beantworten, ob deren Weiterbildungsmöglichkeiten durch den PA eingeschränkt werden. Als kritisch für die Weiterbildung wird hier insbesondere die vorgesehene zweite Assistenz bei Operationen sowie der eigenständige Wundverschluss angesehen.
- Die unter Punkt 6 "Adressatengerechte Kommunikation und Informationsweitergabe" aufgeführten selbstständig durchzuführenden Tätigkeiten sind essenzielle ärztliche Kompetenzen, die - wenn vom Arzt entkoppelt - die Distanz zum Patienten und seinen Angehörigen vergrößern. Sie sollten daher nicht Gegenstand des Kompetenzprofils eines PA sein.
- Auch die Unterstützung bei der ärztlichen Dokumentation (Punkt 8) muss sorgfältig geprüft werden. Eine ärztliche Epikrise oder ein aussagekräftiger OP-Bericht können eigentlich nur vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin selbst verfasst werden. Eine Auslagerung birgt das Risiko von wenig hilfreichen Standardtexten und muss im Sinne der Patientensicherheit vermieden werden.



---

**TOP lb      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Ablehnung von Substitution ärztlicher Leistungen und Aufgaben

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Messer, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Matthias Lohaus, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Petra Bubel (Drucksache lb - 27) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 lehnt die Substitution ärztlicher Leistungen und Aufgaben durch nichtärztliche Gesundheitsberufe konsequent ab.

**Begründung:**

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für die Pflege, Karl-Josef Laumann (Fraktion CDU/CSU), fordert rückblickend auf seine Amtsperiode eine Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe durch die "Übernahme [...] ärztlicher Leistungen durch die Gesundheitsberufe (Substitution)" und dadurch eine stärkere "Einbindung in die Versorgungsverantwortung" (Laumann, 2017: Drei Jahre Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter. Was wurde erreicht, wie geht es weiter; S. 16). Diese Aufwertung muss entschieden zurückgewiesen werden. Richtig ist, dass nichtärztliche Gesundheitsberufe einen wichtigen Beitrag im Behandlungsprozess von Patienten leisten. Sie agieren jedoch im Auftrag des behandelnden Arztes, der aufgrund seiner akademischen und praxisbezogenen Ausbildung sowie seiner Weiterbildung kompetent in der Erstellung einer Diagnose und Therapie ist. Die Weiterbildungscurricula werden kontinuierlich der Entwicklung und dem Fortschritt in der Versorgung angepasst und von den Ärztinnen und Ärzten verpflichtend wahrgenommen. Über diese Kompetenz hinaus ist es der behandelnde Arzt, der für sein Handeln und seine Entscheidungen gegenüber dem Patienten haftet, auch im Falle einer Delegation an nichtärztliche Fachkräfte. Einer Substitution ärztlicher Leistungen muss daher vehement widersprochen werden.



---

**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Studiengang Arztassistent (Physician Assistant) nicht als grundständiges Studium, sondern als akademische Weiterbildung für Ausbildungsberufe

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Monika Buchalik, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Jürgen Laporte, Bernd Zimmer, Jens Wagenknecht, Dr. Manfred Schnellbächer, Ruben Bernau und Dr. Oliver Funken (Drucksache Ib - 133) unter Berücksichtigung des Antrags von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache Ib - 133a) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

In Deutschland gibt es seit 2008 an zehn überwiegend privaten Hochschulen und Fachhochschulen den Bachelor-Studiengang "Arztassistent" (Physician Assistant). Bis dato wurden ca. 300 Arztassistentinnen und -assistenten ausgebildet. 260 Studierende sind aktuell in diesen Studiengängen immatrikuliert.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert deswegen den Vorstand der Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf,

- den Delegationsvorbehalt für das Tätigwerden der Arztassistenten strikt einzufordern und
- alles dafür zu tun, dass der Studiengang zum Arztassistenten kein grundständiges Studium wird, wie dies bereits in einigen Fachhochschulen der Fall ist, sondern eine akademische Weiterbildung auf einen vorhandenen Ausbildungsberuf wie Altenpfleger oder Krankenpfleger.

Begründung:

Im Moment gibt es nur relativ wenig ausgebildete Arztassistentinnen und Arztassistenten in Deutschland. Die Zahl der aktuell eingeschriebenen Studierenden belegt aber, dass diese Qualifikation in Zukunft einen starken Zulauf haben wird. Heute arbeiten die meisten Arztassistenten in Krankenhausabteilungen und entlasten die leitenden Ärzte von Routinearbeiten. Es ist absehbar, dass ein zukünftiges Berufsfeld der Arztassistenten auch die Praxen von Vertragsärzten sein wird.

Wichtig ist dabei, dass Arztassistenten nur auf Anweisung von Ärzten tätig werden dürfen.



Es ist außerdem darauf zu achten, dass die Studiengänge zum Arztassistenten in Form einer akademischen Weiterbildung für Gesundheitsberufe wie Alten- und Krankenpfleger gestaltet werden. Ein Studium, das alleine berufsqualifizierend ist (grundständig), wird einen zusätzlichen Gesundheitsberuf in das System einführen und die Heterogenität weiter erhöhen - mit allen zu erwartenden Schnittstellen- und Kommunikationsproblemen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Finanzierung Ärztliche Weiterbildung*

- Ib - 10      Ärztliche Weiterbildung ausreichend finanzieren
- Ib - 36      Ambulante Weiterbildung
- Ib - 91      Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Ärztliche Weiterbildung ausreichend finanzieren

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 10) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte tragen in allen Versorgungsbereichen ganz wesentlich zur ärztlichen Versorgung bei. Deutlich mehr Leistungen werden heute auch ambulant erbracht, und die Versorgung wird zunehmend sektorenübergreifend zu organisieren sein. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 spricht sich für eine zunehmende sektorenübergreifende Strukturierung der Weiterbildung aus, um angehenden Fachärztinnen und -ärzten eine breite Facharztkompetenz im stationären wie ambulanten Bereich zu vermitteln.

Deshalb fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017 eine Weiterentwicklung der Finanzierung der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis und des Aufwandes der Weiterbildungsbefugten/-ermächtigten:

- Orientierung der Finanzierungskonzepte an der Weiterbildungsordnung,
- Refinanzierung der Gehälter der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich auch durch die von ihnen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten erbrachten ärztlichen Leistungen,
- Finanzierung des Supervisionsaufwands des Weiterbildungsbefugten/-ermächtigten.

Bei der Erarbeitung von Lösungen sind die Bundesärztekammer und die (Landes-) Ärztekammern wegen ihrer Verantwortung für die ärztliche Weiterbildung und Berufsaufsicht zwingend zu beteiligen.

Begründung:

Die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland basiert auf einem zügigen und freien Zugang der Bevölkerung zu einer qualifizierten ärztlichen Versorgung. Auch die sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte tragen in allen Versorgungsbereichen zur ärztlichen Versorgung ganz wesentlich bei. Ohne sie wäre die für die Bevölkerung

---



selbstverständliche ärztliche Versorgung nicht aufrechtzuerhalten. Die strukturierte weitere Qualifizierung der jungen Ärztinnen und Ärzte durch erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte, also die ärztliche Weiterbildung, ist dabei ein wichtiges Qualitätssicherungselement in der Verantwortung der (Landes-)Ärzttekammern auf gesetzlicher Grundlage. Deutlich mehr Leistungen werden heute auch ambulant erbracht, und die Versorgung wird zunehmend sektorenübergreifend zu organisieren sein. Von daher muss auch die Weiterbildung zunehmend sektorenübergreifend organisiert werden, nicht zuletzt, weil wichtige Inhalte von Facharztkompetenzen im stationären Bereich nicht mehr vermittelt werden können. Vor diesem Hintergrund und auch wegen der Arbeitsverdichtung in Klinik und Praxis und der veränderten Anforderungen an eine strukturierte Weiterbildung sieht der 120. Deutsche Ärztetag 2017 dringenden Handlungsbedarf bei der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung.

Bei der Finanzierung der Weiterbildung ist zu berücksichtigen, dass sich bereits approbierte Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit mit dem Ziel weiterqualifizieren, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten in einer definierten Facharztkompetenz strukturiert zu vertiefen. Definition und Regulierung der ärztlichen Weiterbildung obliegt nach den Heilberufe- und Kammergesetzen der Länder den (Landes-)Ärzttekammern. Finanzierungskonzepte müssen sich an der Weiterbildungsordnung orientieren.

Die Weiterbildung der approbierten Ärztinnen und Ärzte findet im Rahmen ihrer Berufsausübung statt. Deshalb müssen die Gehälter der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich wie im Krankenhaus vollständig refinanziert werden. Bei zunehmendem altersbedingtem Ausscheiden von Ärztinnen und Ärzten gerade auch in der ambulanten Versorgung bekommt die Patientenversorgung durch sich weiterbildende Ärztinnen und Ärzte eine wachsende Bedeutung. In allen Versorgungsbereichen, also auch in der ambulanten Versorgung, muss das Gehalt der sich weiterbildenden Ärzte refinanziert werden, ggf. müssten ergänzende Lösungen (beispielsweise analog dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V) gefunden werden.

Daneben muss der Supervisionsaufwand des Weiterbildungsbefugten/-ermächtigten, der bisher weder im ambulanten noch im stationären Bereich ausreichend berücksichtigt wird, finanziell abgebildet werden. Dieser Aufwand ließe sich beispielsweise durch die Erhebung eines Systemzuschlags für jeden abzurechnenden Fall nach Art der Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) finanzieren (§ 91 Abs. 3 S. 1 i. V. m. § 139c SGB V).



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Ambulante Weiterbildung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Johannes Albert Gehle, Rudolf Henke, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Heidrun Gitter, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 36) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Weiterbildung findet zunehmend auch in der vertragsärztlichen Versorgung statt. Die in der ambulanten Weiterbildung angestellten Ärztinnen und Ärzte müssen ihre ärztliche Profession zu den gleichen Konditionen ausüben wie diejenigen im stationären Bereich. Arbeitsleistungen, die während der ambulanten Weiterbildung gegenüber Patientinnen und Patienten erbracht werden, müssen entsprechend den hierfür festgelegten vertraglichen oder tariflichen Bedingungen vergütet werden. Deshalb ist das Modell von Fördervereinbarungen durch Regelungen abzulösen, die insbesondere eine tarifkonforme Vergütung der sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte auch in der ambulanten Versorgung ermöglichen, indem die Versorgungsleistung dieser Ärztinnen und Ärzte durch die Kostenträger angemessen bezahlt wird.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache Ib - 91) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bittet den Vorstand, sich weiterhin dafür einzusetzen, dass die Kosten für die ärztliche Weiterbildung in Klinik und Praxis angemessen finanziert werden, damit ausreichend ärztliche Personalkapazität für die Anleitung in der Weiterbildung in den Kliniken und Praxen bereitgestellt wird.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Flüchtlinge/Asylbewerber*

- Ib - 68      Behandlung von Asylbewerbern nach Menschenrecht und deutschen Qualitätsstandards
- Ib - 70      Dolmetscher für die medizinische Behandlung von Flüchtlingen
- Ib - 97      Asylsuchende und Geflüchtete: Gesundheitliche Integration und selbstverantwortliche Teilhabe ermöglichen
- Ib - 124     Kriminalisierung von Ärzten
- Ib - 134     Schutz vor Behördenwillkür bei Abschiebung



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Behandlung von Asylbewerbern nach Menschenrecht und deutschen  
                         Qualitätsstandards

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra und Dr. Joachim Suder  
(Drucksache Ib - 68) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesregierung und die auf Länderebene zuständigen Behörden auf, die medizinische Behandlung von in Deutschland angekommenen Asylbewerbern nach Menschenrecht und deutschen Qualitätsstandards zu behandeln. Dringend erforderliche Behandlungen (sogar mit Kostenzusage der örtlichen Behörden) dürfen nicht dadurch unterbunden werden, dass die Kranken in andere Länder verlegt werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:** Dolmetscher für die medizinische Behandlung von Flüchtlingen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ib - 70) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Im Alltag bemühen sich alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen um eine reibungslose und angemessene medizinische Versorgung der in Deutschland lebenden Flüchtlinge. Die Arbeit wird erschwert durch Kommunikationsprobleme, da viele der in unser Land gekommenen Flüchtlinge nur ihre Muttersprache beherrschen. Daher ist in den meisten Behandlungssituationen eine Sprachvermittlung zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt durch Dolmetscher unentbehrlich, um eine adäquate Behandlung zu ermöglichen.

Bis heute existiert eine gesetzliche Regelungslücke bei der Klärung der Kostenzuständigkeit für die Finanzierung der Dolmetscherdienste bei medizinischen Behandlungen. Dies führt zur Weigerung der meisten Kostenträger, für die Aufwendungen aufzukommen, die durch Übersetzungsdienste bei medizinischen Behandlungsterminen verursacht werden.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, eine verpflichtende Regelung zur Dolmetscherfinanzierung in den Pflichtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) aufzunehmen. Der Vorstand der Bundesärztekammer soll sich für dieses Anliegen aktiv einsetzen.

**Begründung:**

Bei fehlender sprachlicher Verständigungsmöglichkeit zwischen Arzt und Patient ist eine adäquate medizinische Behandlung ohne Hilfe eines Dolmetscherdienstes nicht möglich:

- Missverständnisse bei der Erhebung der Anamnese können zu Fehlbeurteilungen führen, die auch falsche Behandlungsentscheidungen zur Folge haben können.
  - Die notwendige Compliance für die konsequente Durchführung einer Behandlung ist nicht erreichbar, wenn Patientinnen und Patienten die Art und Weise sowie den Sinn der Behandlungsmaßnahmen nicht verstehen können.
  - Darüber hinaus sind die gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen an die Aufklärung
-



der Patienten vor Beginn jeder Behandlung ohne ausreichendes gegenseitiges Sprachverständnis nicht erfüllbar, im schlimmsten Fall kann dies sogar zu haftungsrechtlichen Konsequenzen für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte führen.

Aus diesen Gründen kann die Entscheidung, ob ein Dolmetscher für einen Behandlungstermin erforderlich ist, in jedem Fall nur der Arzt fällen. Steht ein Dolmetscher nicht zur Verfügung, kann dem Arzt kein Vorwurf gemacht werden, wenn er unter solchen Umständen die Behandlung ablehnt. Im Alltag ist genau diese kritische Situation die Regel, weil die Kostenträger mangels gesetzlicher Regelungen die Übernahme von Dolmetscherkosten ablehnen. Dieser Zustand ist ein Skandal, er führt häufig zu Unter- und Fehlversorgung der Flüchtlinge. Gleichzeitig fühlt sich niemand in der Behandlungskette für diesen Missstand verantwortlich, alle verweisen zurecht auf den Gesetzgeber, der diese Regelungslücke dringend schließen muss.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Asylsuchende und Geflüchtete: Gesundheitliche Integration und selbstverantwortliche Teilhabe ermöglichen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Anne Bunte, Michael Krakau, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß, Dr. Theodor Windhorst, Dr. Peter Czeschinski, Dr. Sven Goddon, Dr. Johannes Nießen und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache Ib - 97) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Bund, aber auch Länder und Kommunen auf, eine qualifizierte Sprach- und Kulturmittlung für Asylsuchende und Geflüchtete im Rahmen der medizinischen Versorgung in Klinik, Praxis und öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) zu ermöglichen und die Rahmenbedingungen zur Versorgung einheitlicher zu gestalten.

**Begründung:**

Seit 2015 sind mehr als 1,2 Millionen geflüchtete Menschen nach Deutschland gekommen. Die Herausforderungen in der präventivmedizinischen und kurativen Versorgung von Migrantinnen und Migranten bestehen unverändert.

Der Erwerb der deutschen Sprache stellt für Geflüchtete und Migranten den wesentlichen Faktor für die Integration dar. Bis dies jedoch ausreichend ist, sind insbesondere im Gesundheitsbereich unterschiedliche Hilfen bei der Sprachmittlung erforderlich.

Sprach- und Integrationsmittler sind ausgebildete Kräfte, die die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und Fachkräften im Gesundheitswesen verbessern.

Die Integration in die medizinische Regelversorgung und in die psychotherapeutische Versorgung ist ohne adäquate und bezahlte Sprachmittlung/Dolmetscherleistungen in den meisten Fällen nicht auf dem qualitativ notwendigen fachlichen Niveau zu gewährleisten.

- Sprachmittler-/Dolmetscherleistungen gehören gerade in den ersten Jahren zur medizinischen Basisversorgung! Die Sprach- und Verständnisbarrieren stellen eine Hürde im Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen dar und versperren auch langfristig den Weg in die Regelversorgung.



- 
- Die Sicherstellung der Gesundheit gehört zu den hoheitlichen Aufgaben des Staates in der Sorge um Geflüchtete und Asylsuchende, ähnlich wie Unterbringung und Zugang zu Bildung.
  - Erschwerend kommt hinzu, dass durch uneinheitliche Angebote und Versorgungsleistungen im föderalen System eine Orientierung von Asylsuchenden und Geflüchteten über Bundeslandgrenzen hinweg schwerfällt (z. B. eGK, Quartalsbehandlungsschein, landesspezifische Vereinbarungen mit der KV). Eine Vereinheitlichung von Verfahren erleichtert die Orientierung im deutschen Gesundheitswesen für Migrantinnen und Migranten.
  - Wo das Regelsystem überlastet ist, sollten innovative Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten eingesetzt und wissenschaftlich begleitet werden, um Erkenntnisse über deren Ausbau und Aufnahme in die Regelversorgung zu gewinnen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Kriminalisierung von Ärzten

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Barbara Jäger, BMedSci Frank Seibert-Alves und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache Ib - 124) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 verurteilt die Kriminalisierung von Ärztinnen und Ärzten im Zusammenhang mit dem 16-Punkte-Plan der Bundesregierung zur schnelleren und konsequenteren Abschiebung von abgelehnten Asylbewerbern.

**Begründung:**

In Hessen wurde unlängst der Fall des Leiters einer psychiatrischen Klinik durch die Presse öffentlich. Nach seinem Versuch, eine Abschiebung eines Patienten seiner Klinik aus medizinischen Gründen zu verhindern, wurde gegen ihn vom Landkreis Strafanzeige gestellt. Aufgrund des laufenden Verfahrens soll aktuell nicht näher auf die Einzelheiten eingegangen werden, sondern auf die Brisanz des neuen Umgangs mit den Betroffenen, deren Helfern und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten aufmerksam gemacht werden.

"Die Politik muss respektieren, dass Ärzte ihren Beruf nach ... den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit [den Menschenrechten] ausüben."<sup>1</sup> ... Oder mit dem Wortlaut der Ärztlichen Berufsordnung: "Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Vorschriften oder Anweisungen befolgen, die mit ihren Aufgaben und ihrem ärztlichen Ethos nicht vereinbar sind ..."

<sup>1</sup>Presseerklärung der Landesärztekammer Hessen vom 14.02.2017



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Schutz vor Behördenwillkür bei Abschiebung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Barbara Jäger und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache Ib - 134) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bekräftigt, dass stationär behandlungsbedürftige Flüchtlinge nicht reisefähig sind und dementsprechend nicht abgeschoben werden dürfen. Er fordert darüber hinaus Rechtssicherheit auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Begründung:

Die Politik muss respektieren, dass Ärzte ihren Beruf nach den Geboten der ärztlichen Ethik und den Geboten der Menschenrechte ausüben (Presseerklärung der Landesärztekammer Hessen vom 14.02.2017) - oder gemäß des Wortlauts der ärztlichen Berufsordnung: "Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Vorschriften oder Anweisungen befolgen, die mit ihren Aufgaben und ihrem ärztlichen Ethos nicht vereinbar sind ...".



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Fortbildung*

- Ib - 54      Unterstützung der ärztlichen Fortbildung durch die Ergebnisse von Evidenzbewertung durch externe Institutionen
- Ib - 93      Strahlenschutzkurse



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Unterstützung der ärztlichen Fortbildung durch die Ergebnisse von  
                  Evidenzbewertung durch externe Institutionen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 54) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Bearbeitung der in den letzten Jahren exponentiell angewachsenen Zahl klinischer Studien und auch die methodische Bewertung ihrer Evidenzstärke sind immer komplexer geworden. Beides übersteigt die zeitlichen Ressourcen und Kompetenzen der einzelnen Ärztin oder des einzelnen Arztes, aber auch die von Klinikabteilungen. Gleichzeitig ist die Nutzung der Studiendaten aber unverzichtbar für die ärztliche Fortbildung, um damit zu einer adäquaten Entscheidungsfindung in der Behandlung unserer Patientinnen und Patienten beitragen zu können. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert daher Institutionen wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Cochrane Collaboration, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), aber auch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) auf, die Ergebnisse ihrer Aktivitäten zeitnah, übersichtlich, technisch einfach handhabbar und in klinisch relevanter Diktion für die ärztliche Fortbildung zur Verfügung zu stellen.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Strahlenschutzkurse

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache Ib - 93) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, sich dafür einzusetzen, dass der Länderausschuss Röntgenverordnung für die Strahlenschutzkurse das zugelassene Verhältnis von Onlinekursen zu Präsenzkursen von derzeit maximal 50 Prozent zu 50 Prozent auf 70 Prozent zu 30 Prozent erhöht.

Begründung:

Es gibt inzwischen inhaltlich und didaktisch hervorragende Online-Strahlenschutzkurse, die zu jeder Zeit und an jedem Ort von den Kolleginnen und Kollegen absolviert werden können. Aus Gründen des Patienten- und Mitarbeiterschutzes ist es wichtig, dass die Inhalte der Pflichtschulungen für die Lernenden interessant gestaltet sind und diese zeitlich flexibel absolviert werden können, um damit eine breitere und vertiefte Durchdringung zum Strahlenschutz zu erreichen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Gesetzliche Krankenversicherung/vertragsärztliche Versorgung/SGB V*

- Ib - 13      Ressourcen optimal nutzen - Gesundheitssystem braucht intelligente Steuerung
- Ib - 25      Weiterentwicklung des Belegarztsystems
- Ib - 26      Schnellere Einführung von Innovationen im GKV-System
- Ib - 37      Entlassmanagement unbürokratisch und praktikabel halten
- Ib - 49      Ärztlichen Sachverstand an der Spitze des G-BA erhalten
- Ib - 87      Direktzugang zu Heilmitteln und Blankoverordnungen ablehnen
- Ib - 101     Durchsetzung von in Deutschland geltenden Qualitätsstandards in integrierten  
Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V
- Ib - 28      Missbilligung der Erbringung ärztlicher Leistungen im Ausland ohne Einhaltung in  
Deutschland gültiger Qualitätsstandards
- Ib - 38      Postexpositionsprophylaxe für alle Patienten
- Ib - 104     Kein Ausverkauf von Arztpraxen an gewinnorientierte Konzerne



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Ressourcen optimal nutzen - Gesundheitssystem braucht intelligente Steuerung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp, Dr. Hanjo Pohle, Klaus-Peter Schaps und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Ib - 13) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, in enger Abstimmung mit der gemeinsamen Selbstverwaltung intelligente und pragmatische Instrumente zur Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zu entwickeln und im SGB V zu implementieren. Diese sollten - unter Berücksichtigung der Beibehaltung des Grundprinzips der freien Arztwahl - dem Anspruch des im Solidarsystem der GKV Versicherten auf eine sachgerechte substanzielle medizinische Versorgung (gemäß § 12 SGB V) gerecht werden, gleichzeitig aber auch geeignet sein, ein höheres Verantwortungsbewusstsein für die Inanspruchnahme der begrenzten Ressourcen des Krankenversicherungssystems zu entwickeln und einen unregelmäßigen Zugang zu allen Leistungsebenen zu verhindern. Ziel sollte es - vor allem im Interesse der Patientinnen und Patienten - darüber hinaus sein, Redundanzen bei der Erbringung ärztlicher Leistungen zu verhindern. Lenkungsmechanismen, die lediglich geeignet sind, den rein gewinnorientierten Wettbewerb zwischen verschiedenen Leistungserbringern oder Ebenen der Leistungserbringung zu fördern, lehnt der 120. Deutsche Ärztetag 2017 ab.

**Begründung:**

Es ist nicht zuletzt eine Frage der Solidarität in einem gemeinschaftlich finanzierten und nur mit begrenzten materiellen und personellen Ressourcen ausgestatteten Gesundheitssystem, den unregelmäßigen Zugang weniger Beitragszahler zu Lasten der Mehrzahl zu vermeiden. Primäres Ziel eines Instrumentes zur Patientensteuerung sollte es also sein, die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen so zu organisieren und zu lenken, dass sie - stets unter Berücksichtigung medizinisch notwendiger Erfordernisse - in einem gedeckelten System nicht unbegrenzt in Anspruch genommen werden können. Dazu gehört es auch, sich in einem ergebnisoffenen Dialog mit der Vermeidung therapeutischer Redundanzen und dem Thema "Fehlversorgung" auseinanderzusetzen. Auch hier gilt stets der Vorbehalt, dass all diese Maßnahmen den Anspruch von Patientinnen und Patienten

---



auf notwendige Behandlungen nicht berühren dürfen.

Die freie Arztwahl ist und bleibt ein hohes Gut in einem freiheitlich organisierten Gesundheitssystem. Unter Wahrung dieses Grundsatzes sind im Rahmen der Gestaltung geeigneter Lenkungsinstrumente zwischen Hausärzten, Fachärzten und stationärer Versorgung Modelle zu entwickeln, die nicht nur Effekte im Sinne von Mengensteuerung erzielen, sondern darüber hinaus eine Optimierung der Nutzung vorhandener Ressourcen der verschiedenen Leistungsebenen erreichen und so die Patientenversorgung verbessern. Dabei darf nicht etwa Konkurrenz zwischen den Sektoren geschaffen werden, sondern das gemeinsam und koordiniert erbringbare Leistungsvolumen ist voll auszuschöpfen. Dabei ist stets dem Prinzip der Subsidiarität zu folgen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Weiterentwicklung des Belegarztsystems

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Hellmann, Dr. Christian Albring, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Messer, Dr. Petra Bubel, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Matthias Lohaus und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache Ib - 25) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Politik in Bund und Ländern auf, das moderne kooperative Belegarztwesen zu fördern und für dessen zukunftsfähige Finanzierung zu sorgen. Das kooperative Belegarztwesen bietet alle Voraussetzungen für eine moderne hochqualitative, versorgungsbereichsübergreifende Gesundheitsversorgung. Das kooperative Belegarztwesen ist bzw. kann vielerorts der Schlüssel für die Lösung der wachsenden Herausforderung der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen sein. Gleichzeitig sollen durch eine begleitende Versorgungsforschung Transparenz über die hohe Qualität und den Nutzen des Belegarztwesens für die sektorenverbindende integrative Patientenversorgung geschaffen sowie die notwendigen Erkenntnisse für deren stetige Weiterentwicklung und Optimierung gewonnen werden. Der Vorstand der Bundesärztekammer möchte darauf hinwirken, bestehende gesetzliche und untergesetzliche Hürden, wie insbesondere die systematische Benachteiligung der Belegärztinnen und Belegärzte bei der Erbringung spezieller innovativer Leistungen durch deren Unterwerfung unter den Erlaubnisvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 SGB V, im Sinne eines fairen Wettbewerbs anzupassen bzw. zu beseitigen.

**Begründung:**

In den letzten Jahren wurden vielfältige Versuche unternommen, die sektoralen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden. Dabei trifft das kooperative Belegarztssystem auf gesetzliche und untergesetzliche Hindernisse, die es dabei beeinträchtigen, seine vielfältigen Vorteile und Potenziale ganz auszuspielen. Das Belegarztssystem kann viele sich zukünftig verstärkende Probleme lösen: Es kann u. a. Versorgungsengpässe besonders in ländlichen Regionen vermeiden, es verbessert die Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung, es steigert die Attraktivität des Arztberufes, macht die ärztliche Weiterbildung abwechslungsreicher und kann die

---



Wirtschaftlichkeit der Behandlung stärken. Für die Patientinnen und Patienten bietet das Belegarztsystem Vorteile durch freie Arztwahl auch für die stationäre Versorgung, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und unnötigen Arztwechseln. Das Belegarztwesen ist die einzige Versorgungsstruktur, in welcher die Patienten über alle Sektoren hinweg durch die gleiche Ärztin bzw. den gleichen Arzt betreut werden. Das Belegarztsystem bietet somit für Patienten, Ärzte, Krankenhäuser und Kostenträger Vorteile. Es sollten deshalb geeignete Voraussetzungen für ein attraktives und zukunftsfestes Belegarztwesen geschaffen werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Schnellere Einführung von Innovationen im GKV-System

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Dr. Christian Messer, Dr. Andreas Hellmann, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Joachim Wichmann, Dr. Matthias Lohaus und Dr. Petra Bubel (Drucksache Ib - 26) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert rechtliche und institutionelle Maßnahmen, die die Einführung von Innovationen analog zur stationären Versorgung auch in den ambulanten GKV-Bereich garantieren.

Begründung:

Durch den im ambulanten Sektor gültigen Erlaubnisvorbehalt entsteht dort ein Innovationsstau. Bismang gilt, dass nur eine Innovation im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführt wird, d. h. erlaubt ist, sofern sie Eingang in die ambulante Versorgung findet (Erlaubnisvorbehalt). Dem gegenüber gilt in der stationären Versorgung der Verbotsvorbehalt; Innovationen dürfen sofort angewendet werden, sofern ihre Anwendung nicht verboten wurde. Die deutsche Ärzteschaft fordert daher, Maßnahmen zu ergreifen, die die Einführung von Innovationen auch in den ambulanten gesetzlichen Krankenkassenversicherungsbereich garantieren. Dabei darf der Erlaubnisvorbehalt nicht etwa in den stationären Versorgungsbereich ausgeweitet werden. Stattdessen muss der Verbotsvorbehalt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Versorgungsbereich gelten. Durch diese konsequente Anwendung des Verbotsvorbehalts kann die Einführung von sinnvollen Innovationen in die deutsche Gesundheitsversorgung garantiert werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Entlassmanagement unbürokratisch und praktikabel halten

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 37) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüÙt das durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) präzisierete Entlassmanagement für Patientinnen und Patienten aus voll- und teilstationärer Behandlung, das eine bedarfsgerechte kontinuierliche Versorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung gewährleisten soll.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hält allerdings ein Entlassmanagement nur dann für sinnvoll, wenn ein erhöhter Versorgungsbedarf absehbar ist, um eine Vergeudung von ärztlicher und nichtärztlicher Arbeitskraft, die dringend für die eigentliche Behandlung und Betreuung von Patienten gebraucht wird, zu vermeiden. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 befürwortet daher ein gut organisiertes Entlassmanagement immer dann, wenn es notwendig ist. Dazu gehört auch, dass eine Ausstattung der Krankenhäuser z. B. mit einer notwendigen, zeitgemäÙen IT-Infrastruktur vorhanden ist. Ohne eine entsprechende digitale Infrastruktur wird der formalisierte Informationsaustausch zwischen Krankenhäusern und ambulanter Versorgung aber nicht reibungslos erfolgen können.

Mit der Neuregelung des Entlassmanagements wird auch ein bundesweites Verzeichnis der in den Krankenhäusern und Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte geschaffen. Unter dem Aspekt der Verhältnismäßigkeit und Datensparsamkeit ist der Aufbau eines völlig neuen Verzeichnisses abzulehnen. Stattdessen empfiehlt der 120. Deutsche Ärztetag 2017, bereits vorhandene Arztnummern bei den Landesärztekammern zu nutzen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Ärztlichen Sachverstand an der Spitze des G-BA erhalten

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Christiane Groß (Drucksache Ib - 49) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 nimmt mit Unverständnis zur Kenntnis, dass die Leistungserbringerseite das bisherige unparteiische Mitglied, Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck, nicht für eine weitere Amtszeit vorschlägt.

Frau Dr. Regina Klakow-Franck ist eine fachlich allseits anerkannte Ärztin, die im Sinne der Statuten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unparteiisch und fachorientiert agiert. An ihrer Stelle soll ein weiterer Jurist unparteiisches Mitglied des G-BA werden.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Trägerorganisationen auf, ihre Vorschläge zu überdenken und den ärztlichen Sachverstand im Leitungsgremium des G-BA weiter zu erhalten.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Direktzugang zu Heilmitteln und Blankoverordnungen ablehnen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Thierse (Drucksache Ib - 87) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 positioniert sich gegen den geplanten Direktzugang zu Heilmitteln sowie gegen die Blankoverordnungen.

Begründung:

Die Spezifikation und Frequenz von Heilmitteln zu indizieren, ist ein Kerngebiet ärztlicher Behandlung und beruht auf ärztlichem Wissen zu Diagnose und Verlauf.

Eine Übertragung der Entscheidung über Methode und Häufigkeit/Frequenz von Heilmittelanwendungen ist kontraproduktiv und potenziell gefährlich.

(Stichworte: Massage statt Krankengymnastik bei Rückenerkrankungen, Lymphdrainage im OP-Gebiet statt Mobilisierung unter dosierter Belastung etc.)



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

**Titel:** Durchsetzung von in Deutschland geltenden Qualitätsstandards in integrierten Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Marlene Lessel, Dr. Petra Bubel, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Christian Albring und Dr. Alexander Nowicki (Drucksache Ib - 101) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Aufsichtsbehörden auf Bund- und Länderebene auf, dafür Sorge zu tragen, dass in Verträgen nach § 140a SGB V zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern die in Deutschland geltenden Qualitätsstandards für ärztliche Leistungen auch in europaweit ausgeschriebenen Verträgen (§ 140e SGB V) Vertragsinhalt sind und im Sinne der qualitätsgesicherten Patientenversorgung umgesetzt werden.

**Begründung:**

Deutsche Krankenkassen können u. a. ärztliche Leistungen nach § 140a und § 140e, SGB V unter Beachtung der allgemeinen Grundsätze (§§ 69 und 70 SGB V) ausschreiben.

Zu den Qualitätsanforderungen heißt es im Wortlaut des SGB V, § 140a Abs. 2 Satz 5: "Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend."

Die Umsetzung des SGB V bedarf der transparenten und nachvollziehbaren Formulierung und Darstellung der Qualitätsstandards in zu schließenden Verträgen und deren konsequenter Kontrolle.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Missbilligung der Erbringung ärztlicher Leistungen im Ausland ohne  
Einhaltung in Deutschland gültiger Qualitätsstandards

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Dr. Christian Albring, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Messer, Dr. Petra Bubel, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe und Dr. Matthias Lohaus (Drucksache Ib - 28) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Aufsichtsbehörden und politischen Gremien auf, sicherzustellen, dass bei einer internationalen Ausschreibung ärztlicher Leistungen für in Deutschland Krankenversicherte die Leistungen auch den in Deutschland gültigen Qualitätsstandards und Haftungsregeln genügen und die in Deutschland gültigen Patientenrechte und die Versorgungsqualität gewährleistet werden.

**Begründung:**

Der AOK-Bundesverband hat im Frühjahr 2016 im Anzeiger der Europäischen Union "Laborleistungen für Gentest auf Mutation der Gene BRCA 1 und BRCA 2" ausgeschrieben. Dabei war der Ort der Leistungserbringung ausdrücklich nicht auf Deutschland oder Europa und die Erbringung auch nicht auf ärztlich geleitete Einrichtungen beschränkt. Die geforderte Qualität der Analysen lag mit einer zulässigen Fehlerquote von bis zu zehn Prozent deutlich unter dem in Deutschland üblichen Standard, die einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboroiumsmedizinischer Untersuchungen Teil B5 "Molekulargenetische und zytogenetische Untersuchungen", fand keine Anwendung. Die Verpflichtung auf den Datenschutz erfolgt nur durch zivilrechtliche Regelungen, eine Überwachung der Erfüllung der Regelungen durch den AOK-Bundesverband oder eine öffentliche Einrichtung ist nicht vorgesehen. Der AOK-Bundesverband konterkariert durch die Verlagerungen von spezialisierten, aber in Deutschland bisher flächendeckend erbrachten Leistungen ins Ausland die erfolgreichen Bemühungen um eine wohnortnahe Versorgung von Tumorpatientinnen und -patienten in regionalen Zentren (hier: "Eierstockzentren"), die durch einen regelmäßigen persönlichen Meinungs austausch der an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte die Behandlung optimieren sollen. Der AOK-Bundesverband gefährdet zudem die Vertraulichkeit der erhobenen Patientendaten, da



Vertragspartner nicht den Bestimmungen der deutschen Gesetzgebung unterworfen sind. Schließlich hebeln solche Vereinbarungen das Honorarrecht aus. Im konkreten Fall erfolgte nur wenige Wochen vor der Ausschreibung die Verabschiedung einer der ausgeschriebenen Leistung entsprechenden Gebührenposition (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM, 19456).



---

**TOP lb      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Postexpositionsprophylaxe für alle Patienten

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache lb - 38) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Für die Prävention der HIV-Infektion ist die Postexpositionsprophylaxe (PEP) von großer Bedeutung.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf, Rahmenbedingungen zu schaffen, die für potenziell Betroffene Schutzlücken schließt und Regressrisiken bei leitliniengerechter Indikationsstellung für Ärztinnen und Ärzte verhindert.

**Begründung:**

Die HIV-Infektion ist nicht heilbar, weshalb Prävention eine sehr hohe Bedeutung hat. Im europäischen Vergleich ist die HIV-Prävention in Deutschland insgesamt erfolgreich: Die Safer-Sex-Botschaft, die Unterstützung besonders bedrohter Menschen und die Schutzwirkung der Therapie sind sehr effektiv. Nach einer beruflichen wie sexuellen Risikosituation besteht außerdem innerhalb der ersten zwei bis 24 Stunden die Möglichkeit einer gezielten PEP.

Die PEP hat als wichtiges und etabliertes Instrument in der Prävention erhebliches Gewicht. Seit Jahren existieren Leitlinien mit konkreten Handlungsanleitungen, um eine gesicherte Indikationsstellung, Beratung und PEP-Anwendung zu gewährleisten. Schätzungen gehen von ca. 500 bis 1.000 Fällen im Jahr aus, die meistens durch in der Prävention und Therapie von HIV erfahrene Ärzte betreut werden.

Keines der eingesetzten Arzneimittel hat jedoch eine Zulassung für den Einsatz im Rahmen einer PEP. Der Einsatz durch Ärzte erfolgt somit gezwungener MaÙen "off label".

Die Kostenübernahme der PEP-Verordnung erfolgt im Falle der beruflichen Exposition bisher verlässlich über die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Für die nichtberufliche Exposition stellt sich die Kostenübernahme durch private Krankenversicherer ebenfalls als verlässlich dar.

---



Für gesetzlich Versicherte gleicht die Situation jedoch eher einem Flickenteppich, da eine GKV-Leistungspflicht dem SGB V folgend nicht gegeben ist, sich aber de facto eine - von der jeweiligen Krankenkasse abhängende - Praxis von Kulanz und Restriktion entwickelt hat. Kostenübernahmeanträge sind administrativ und zeitlich kaum durchführbar. Die Gefahr von Einzelprüfanträgen verunsichert Ärztinnen und Ärzte. Das Ergebnis sind Schutzlücken für Betroffene und Regressrisiken für Ärzte.

Der G-BA und insbesondere die GKV sind in der Pflicht, Rahmenbedingungen zu schaffen, die auch für gesetzlich Versicherte Schutzlücken schließt und Regressrisiken bei leitliniengerechter Indikationsstellung für Ärzte verhindert.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Kein Ausverkauf von Arztpraxen an gewinnorientierte Konzerne

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache Ib - 104) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 sieht mit großer Sorge, dass primär gewinnorientierte Gesundheitskonzerne, teilweise mit bestehenden medizinindustriellen Beteiligungen, systematisch Arztpraxen und Arztsitze aufkaufen, weil damit die Unabhängigkeit des ärztlichen Berufes in Gefahr gerät.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bittet die Kolleginnen und Kollegen, beim Verkauf ihrer Praxen oder Arztsitze nicht allein den Preis, sondern auch den oben genannten Aspekt zu berücksichtigen.



# 120. Deutscher Ärztetag

Freiburg, 23.05. - 26.05.2017

---

## **TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik Allgemeine Aussprache**

### *Gesundheitskompetenz*

- Ib - 82      Gesundheitskompetenz von Patienten verbessern
- Ib - 20      Bessere Information der Bevölkerung über die Struktur des Gesundheitssystems
- Ib - 55      Freier Zugang für alle Bürger zur Cochrane Library



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Gesundheitskompetenz von Patienten verbessern

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache Ib - 82) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

In Gesundheitsfragen kompetente Patientinnen und Patienten können viel besser darüber entscheiden, was sie bei unterschiedlichen Störungen ihres Befindens oder bei Bagatellverletzungen selbst tun können.

Die Gesundheitskompetenz wird sich positiv auswirken bei der Inanspruchnahme von Notdiensten, aber auch bei der Anzahl von Praxiskontakten oder beim Terminbedarf für spezialisierte Ärztinnen und Ärzte.

Deswegen ist umfassend auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen und in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung zu thematisieren, wie die Verbesserung der Gesundheitskompetenz erzielt werden kann.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Bessere Information der Bevölkerung über die Struktur des  
Gesundheitssystems

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Hanjo Pohle und Klaus-Peter Schaps (Drucksache Ib - 20) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hält eine sinnvolle Lenkung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen für notwendig, um die hochwertige Patientenversorgung im deutschen Gesundheitssystem zu erhalten und zu sichern.

Aus dem Patientenverhalten sowie aus Befragungen wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten zu wenig über die Struktur und Funktionsweise des Gesundheitssystems wissen. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 zieht daraus den Schluss, dass die Vermittlung von Kenntnissen über die Funktionsweise und Struktur des Gesundheitssystems ein Mittel ist, um eine adäquate Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu erreichen.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 regt daher die Entwicklung und Implementierung eines bundesweiten, für Patientinnen und Patienten überschaubaren Wegweisers durch das Gesundheitssystem (virtueller Lotse) an, der zur Vermeidung von Fehlinanspruchnahmen (z. B. ambulant vor stationär, Akutfälle, Bereitschaftsdienst versus Rettungsdienst) führen kann.

**Begründung:**

Zunehmend ist festzustellen, dass Patienten vorgesehene Wege im Gesundheitssystem verlassen und individuelle "Versorgungspfade" beschreiten: So haben Patienten in Deutschland im Schnitt mehr als einen Hausarzt, suchen - ohne vorher einen bzw. ihren Hausarzt zu konsultieren - direkt Fachärzte auf (auch mehrere desselben Fachs pro Quartal) oder nehmen, auch bei offensichtlichen Bagatellerkrankungen, den kassenärztlichen Notdienst oder die Notfallambulanzen der Krankenhäuser in Anspruch. Durch die fehlende Koordinierung entstehen nicht nur zunehmend erhebliche Gefahren für die Patientenversorgung. Im Ergebnis bleibt Ärztinnen und Ärzten immer weniger Zeit pro Patient und vor allem für wirklich ernsthaft bzw. schwer erkrankte Menschen. Praxen und Notfallaufnahmen sind überlaufen, Arzt- und Termin-Hopping sorgen für Wartezeiten, die

---



vermeidbar wären. Im Ergebnis ist neben drohenden Qualitätseinbußen eine große Unzufriedenheit bei Patienten und Ärzten zu verzeichnen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Freier Zugang für alle Bürger zur Cochrane Library

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 55) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesregierung auf, die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass alle Bürgerinnen und Bürger freien Zugang zur Cochrane Library erhalten.

Die Bearbeitung der in den letzten Jahren exponentiell angewachsenen Zahl klinischer Studien und auch die methodische Bewertung ihrer Evidenzstärke sind immer komplexer geworden. Beides übersteigt die zeitlichen Ressourcen und Kompetenzen der einzelnen Ärztin oder des einzelnen Arztes, aber auch die von Klinikabteilungen. Gleichzeitig ist die Nutzung der Studiendaten aber unverzichtbar für eine partizipative Entscheidungsfindung in der Behandlung unserer Patientinnen und Patienten.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Kinderrechte/Kinderschutz*

- Ib - 32      Kinderschutzgruppen
- Ib - 64      Medizinische Versorgung in Schulen
- Ib - 109    Gefährdung von Kindern psychisch erkrankter Eltern frühzeitig erkennen
- Ib - 115    Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten auf Bundesebene



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Kinderschutzgruppen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Birgit Wulff, Christine Neumann-Grutzeck, Klaus Schäfer, Dr. Pedram Emami, Günther Dyk, Dr. Hans Ramm, Dr. Johannes Nießen, Dr. Detlef Niemann, Dr. Angelika Koßmann und Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Drucksache Ib - 32) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 empfiehlt die Etablierung von Kinderschutzgruppen in allen Kliniken und stationären Einrichtungen, die Kinder betreuen.

Begründung:

Im Gesundheitswesen wird dem Schutz von Kindern vor

- altersunangemessener Behandlung,
- Gewalt, Vernachlässigung und
- sexuellen Übergriffen.

zunehmend Rechnung getragen. So haben sich seit Jahren vielerorts **interdisziplinäre Kinderschutzgruppen** in medizinischen Einrichtungen etabliert, um einerseits Verdachtsfälle auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch fachgerecht zu versorgen und andererseits auch innerhalb des klinischen Alltags Kinder mit ihren besonderen Bedürfnissen angemessen zu berücksichtigen.

Der medizinischen Kompetenz kommt hierbei eine besondere Rolle zu. Unter dem Aspekt der medizinischen Verantwortung gründete sich die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), deren Mitglieder seit 2014 an der Erstellung einer S3-Leitlinie Kinderschutz arbeiten.

Als Voraussetzung für deren professionelle Umsetzung sind gut etablierte und ausreichend finanzierte Strukturen als standardisierte Kinderschutzgruppen mit verbindlichen Interventionskonzepten in allen Krankenhäusern zu schaffen, die Kinder versorgen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Medizinische Versorgung in Schulen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Georg Gärtner und Dr. Johannes Albert Gehle (Drucksache Ib - 64) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Kultusministerien auf, über die Schulaufsichtsbehörden darauf hinzuwirken, dass die medizinische Grundversorgung im Notfall bei chronisch kranken Kindern auch durch die Lehrer sicherzustellen ist, wie z. B. die Verabreichung von Notfallmedizin bei Hypoglykämie, Asthmaanfall, epileptischem Anfall oder ähnlichen akuten Ereignissen.

Begründung:

Immer wieder kommt es in Schulen zur Ausgrenzung chronisch kranker Kinder, weil sich Lehrerinnen und Lehrer weigern, Notfallmedizin zu verabreichen oder sich für die Betreuung dieser Kinder schulen zu lassen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Gefährdung von Kindern psychisch erkrankter Eltern frühzeitig erkennen

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Ulrich M. Clever, Dr. Stefan Windau, Dr. Steffen Liebscher, Dr. Siegfried Rakette und Dr. Andreas Hellmann (Drucksache Ib - 109) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Ärztinnen und Ärzte, insbesondere Hausärzte, Psychiater und Psychotherapeuten, die psychisch erkrankte Eltern behandeln, sollten auch an deren Kinder denken, diese in ihr Behandlungskonzept mit einbeziehen oder sie ggf. in entsprechende Hilfesysteme weiterleiten. Kinder von psychisch erkrankten Eltern leiden häufig unter Vernachlässigung, Gewalt und/oder übermäßiger emotionaler Belastung. Sie sind deshalb in hohem Maße gefährdet, selbst psychisch/psychiatrisch zu erkranken (laut Studien zwischen 30 bis 60 Prozent). Daher ist es so wichtig, die mögliche Gefährdung dieser Kinder frühzeitig zu erkennen.

Begründung:

Bisher werden solche Probleme bei Kindern leider oft erst erkannt, wenn diese massiv auffällig geworden sind und dann ihr Leben lang darunter leiden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Einsetzung eines Kinder- und Jugendbeauftragten auf Bundesebene

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Gibb, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Karl Schulze, Karsten Thiemann und Dr. Andreas Crusius (Drucksache Ib - 115) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Einsetzung einer/s Bundeskinderbeauftragten. In den letzten Jahren sind mit der Etablierung des Kinderschutzgesetzes richtungsweisende Entscheidungen getroffen worden, jedoch bestehen weiterhin kritische Problemstellen, insbesondere in den Bereichen des Kinderschutzes und der Partizipation. Der UN-Ausschuss für die Rechte der Kinder hatte dies zuletzt in seiner Stellungnahme erneut kritisiert.

**Begründung:**

Beispiele, dass gegenwärtig Kinderrechte verletzt werden, gibt es viele. So ist gute Bildung in Deutschland von Anfang an abhängig vom Sozialstatus der Eltern. Auch die Gesundheit der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen hängt maßgeblich vom Sozialstatus ihrer Eltern ab. Besonders deutlich wird dies bei Kindern aus armen Familien. Flüchtlingskinder und Kinder ohne Papiere haben einen eingeschränkten Zugang zu Bildung und medizinischer Versorgung.

Ein Bundeskinderbeauftragter soll das allgemeine Bewusstsein für die Rechte aller in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen stärken, dazu beitragen, dass deren Wohlergehen von Staat und Gesellschaft als Kernaufgabe wahrgenommen wird, über die Umsetzung der Verpflichtungen der UN-Kinderrechtskommission wachen und über die Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland umfassend und unabhängig berichten. Er sollte beim Bundestag angesiedelt sein und Gesetzesentwürfe sowie Entscheidungen der Exekutive dahingehend prüfen, ob sie den Rechten von Kindern und Jugendlichen entsprechen.



Mit dieser EntschlieÙung schließt sich der 120. Deutsche Ärztetag 2017 den Forderungen der pädiatrischen Fachverbände an, mit denen sie die Kinderrechte und das Wohl der Kinder in Deutschland stärker ins Zentrum des politischen und gesundheitlichen Denkens und Handelns rücken wollen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Krankenhaus*

- Ib - 47      Ehrlichkeit in der Krankenhausstrukturdiskussion
- Ib - 48      DRG-System durch bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung ersetzen
- Ib - 81      Ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser
- Ib - 80      Erhöhung des Frauenanteils bei der Besetzung von Chefarztpositionen
- Ib - 94      Zukünftige Rolle des Ärztlichen Direktors
- Ib - 99      Die Einschränkung unabhängiger ärztlich-ethischer Handlungsmöglichkeiten durch zunehmende Ökonomisierung in Klinik und Praxis zurückführen!
- Ib - 103     Keine nichtindizierten Patientenverlegungen in entfernte Zentren



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Ehrlichkeit in der Krankenhausstrukturdiskussion

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Günther Jonitz, Dr. Kai Johanning, Dr. Christoph Emminger, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Matthias Fabian und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 47) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die u. a. durch die Publikation "Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem" der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina<sup>1</sup> beförderte Diskussion um die Krankenhausstruktur in Deutschland muss sachlich und frei von Partikularinteressen im Sinne der bestmöglichen Patientenversorgung fortgeführt werden. Die Bedarfsplanung stationärer Leistungsangebote ist eine staatliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge und kann weder der "ordnenden Hand des Marktes" noch sachfremden politischen Überlegungen überlassen werden.

Dazu gehört auch, der Bevölkerung nicht zu verschweigen, dass die Versorgung von Notfällen und Komplikationen bei Erwachsenen wie Kindern und Neugeborenen auf heute gefordertem Niveau an vielen Häusern der Grund- und Regelversorgung nicht mehr rund um die Uhr möglich ist, weil die durch die Subspezialisierung der Medizin erforderliche erweiterte Vorhaltung in den jetzigen Strukturen nicht realisierbar und auch nicht sinnvoll ist.

<sup>1</sup> Leopoldina - Nationale Akademie der Wissenschaften (2016) Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem, ISBN: 978-3-8047-3656-6); [www.leopoldina.org/de/publikationen/detailansicht/publication/zum-verhaeltnis-von-medizin-und-oekonomie-im-deutschen-gesundheitssystem-2016/](http://www.leopoldina.org/de/publikationen/detailansicht/publication/zum-verhaeltnis-von-medizin-und-oekonomie-im-deutschen-gesundheitssystem-2016/)

**Begründung:**

Die traditionell gewachsene Krankenhauslandschaft in Deutschland ist kleinteilig organisiert, wobei zusätzlich Kooperationen durch die politisch gewollte Konkurrenzsituation und die Sektorengrenzen erschwert werden. Die "Rund-um-die-Uhr"-Vorhaltung spezialisierter Leistungen (z. B. MRT, interventionelle Radiologie, differenzierte Labordiagnostik und Gerinnungstherapie, spezialisierte Intensivtherapie, Neonatologie) ist nur bei einer entsprechend hohen Auslastung sinnvoll (Kosten, Fachkräftemangel). Das

---



Festhalten am überkommenen Idealbild des möglichst fußläufig erreichbaren kleinen Kreiskrankenhauses führt dazu, dass Patientinnen und Patienten im Notfall, bei Zustandsverschlechterungen oder Komplikationen verlegt werden müssen, wobei der dadurch entstehende Zeitverlust eine erhebliche Patientengefährdung darstellt. Es ist daher an der Zeit, eine sachliche Diskussion um die zukünftige Struktur der deutschen Krankenhauslandschaft zu führen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            DRG-System durch bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung ersetzen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Peter Hoffmann und Prof. Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich (Drucksache Ib - 48) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 stellt fest: Die Detailkorrekturen des 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) haben der Misere an den Krankenhäusern nicht erkennbar abgeholfen. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert alle Beteiligten auf, das Denkverbot hinsichtlich einer Abschaffung des DRG-Systems durchgängiger Preise aufzugeben. Um Bedarfsgerechtigkeit in der Patientenversorgung zu erlangen, bedarf es einer grundlegenden Reform der Betriebskostenfinanzierung im Krankenhaus, die finanzielle Ressourcen besser nach dem Versorgungsbedarf verteilt. Patienten und Beschäftigte brauchen den Einstieg in den Ausstieg aus dem DRG-System. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bittet die Bundesärztekammer, hierzu die Initiative zu ergreifen sowie die Erarbeitung von Alternativmodellen zu unterstützen.

**Begründung:**

Auch mit dem KHSG ist die dringlich notwendige substanzielle Erhöhung der Investitionsmittel ausgeblieben, ebenso Erleichterungen beim zu niedrigen Preisniveau, z. B. durch eine Verpflichtung zur Refinanzierung von Tarifsteigerungen.

Diese außerhalb des DRG-Systems liegenden Faktoren verstärken weiter den immanenten Zwang des DRG-Preissystems zu einer schrankenlosen Verbetriebswirtschaftlichung aller Prozesse im Krankenhaus. Kostensenkung, Stellenabbau, Arbeitshetze und die Unterversorgung nicht lukrativer Patientengruppen sind strukturbedingt unausweichlich. Die deutsche Ausgestaltung des DRG-Systems hat in eine Sackgasse hineingeführt. Der immense bürokratische Aufwand des Fallpauschalensystems reduziert zusätzlich die knappe Zeit für Zuwendung zu den Patientinnen und Patienten und demotiviert qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Alle beteiligten Gruppen wie auch GesundheitsökonomInnen stellen sich mittlerweile der Wahrheit: Es sind ökonomische Fehlanreize des G-DRG-Systems, die die im OECD-Vergleich ungewöhnlichen Mengensteigerungen in Deutschland triggern. Im Falle eines "Weiter so mit dem DRG-System" würde auch der von der Politik angestrebte Bettenabbau

---



weder an den Fehlanreizen noch an der zwangsläufig resultierenden Unter-, Über- und Fehlversorgung etwas ändern können.



**TOP lb      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache lb - 81) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, sich dafür einzusetzen, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nachkommen und die Kosten für Tarifsteigerung, Aus- und Weiterbildung sowie für andere Personalentwicklungsmaßnahmen über die Krankenkassen ausreichend finanziert werden.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Erhöhung des Frauenanteils bei der Besetzung von Chefarztpositionen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache Ib - 80) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 sieht die Notwendigkeit, den Frauenanteil in leitenden ärztlichen Positionen, z. B. der einer Chefärztin/eines Chefarztes, zu erhöhen. Die Vorstände der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern werden gebeten, das Thema "Frauen in ärztlichen Leitungspositionen" in den eigenen Medien und in der Öffentlichkeitsarbeit aufzugreifen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Zukünftige Rolle des Ärztlichen Direktors

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Langer, Dr. Petra Bubel und Dipl.-Med. Dörte Meisel (Drucksache Ib - 94) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer möge an die Politik herantreten, um den Stellenwert der Ärztlichen Direktorin/des Ärztlichen Direktors institutionell zu stärken. Dies soll einer überbordenden Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus entgegenwirken.

**Begründung:**

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) unternimmt zurzeit lobenswerte Anstrengungen, einen Ethikkodex für Ärzte aufzustellen, um der zunehmenden Ökonomisierung Einhalt zu gebieten. Neben diesen Bemühungen, den hippokratischen Eid zu erweitern, zu konkretisieren und Problembewusstsein auch in der Politik zu schaffen, sind aber auch strukturelle Veränderungen im Medizinbetrieb denkbar oder sogar zu fordern.

Die Rolle des Ärztlichen Direktors in den Kliniken hat im Zuge der Ökonomisierung mancherorts eine gewisse Abwertung erfahren. Vom Stellenwert eines Betriebsratsvorsitzenden in der Industrie ist sie in der Regel weit entfernt. Hier gilt es gegenzusteuern.

1. Der Ärztliche Direktor sollte im Sinne einer institutionalisierten Ärztevertretung in den jeweiligen Kliniken aufgewertet werden. Damit ginge z. B. ein Kündigungsschutz einher.
  2. Er sollte der jeweiligen Ärztekammer berichtspflichtig sein und im Gegenzug durch diese Unterstützung erfahren.
  3. Seine Tätigkeit sollte in Form einer Stellen- und Aufgabenbeschreibung in den jeweiligen Ländergesetzen fixiert werden. Letztlich ist natürlich ein Ärztlicher Direktor schon jetzt seinem ärztlichen Gewissen verpflichtet. Ein institutionelles Rückgrat dürfte aber seine Einflussmöglichkeiten im Sinne der Ärzte und der Patienten entscheidend stärken.
-



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**      Die Einschränkung unabhängiger ärztlich-ethischer Handlungsmöglichkeiten durch zunehmende Ökonomisierung in Klinik und Praxis zurückführen!

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Susanne Blessing, Christa Bartels, Dr. Joachim Wichmann, Prof. Dr. Bernd Bertram und Dr. Lothar Rütz (Drucksache Ib - 99) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 rügt, dass die unabhängige, an Patientinnen und Patienten orientierte ärztliche Behandlung in Klinik, medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) und Praxis immer stärker ökonomischen Restriktionen und Vorgaben unterliegt.

Budgetierung, Checklistenmedizin, Regresse und andere, vor allem ökonomische Einflüsse, führen zu zunehmender Rationierung und Einschränkung freien, unabhängigen ärztlichen Handelns im Sinne unserer Patientinnen und Patienten.

Im Klinikbereich bedrohen wirtschaftliche Zielvorgaben und der Einfluss der Verwaltungen die ärztliche Unabhängigkeit und Ethik.

Wir fordern die Krankenhausträger auf, gegenüber allen Klinikärzten und bei den in ambulanten Bereichen (z. B. MVZ) von Krankenhäusern angestellten Ärzten Fehlanreize durch vorrangig ökonomisch motivierte Zielvorgaben zu vermeiden und Ärztinnen und Ärzte nicht durch solche Zielvorgaben unter Druck zu setzen.

Auf Bonusversprechungen, die zur Modifikation von Diagnosen, Therapien und dem Einweisungs- oder Überweisungsverhalten oder zum Upcoding von Kodierungen und Abrechnung dienen, muss bei allen Ärzten verzichtet werden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden aufgefordert, Strategien zu entwickeln, wie die ethisch-ärztliche Autonomie des Arztes als Angehörigem eines freien Berufes gegenüber ökonomischer Fremdbestimmung gestärkt und zurückgewonnen werden kann.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Keine nichtindizierten Patientenverlegungen in entfernte Zentren

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Jens Andrae (Drucksache Ib - 103) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, darauf hinzuweisen und in politischen Gremien dahingehend einzuwirken, dass bei Schwerpunkt- oder Maximalbehandlungen von Patientinnen und Patienten Verlegungen in die nächsten geeigneten Zentren erfolgen müssen und nicht indizierte Verlegungen in weiter entfernt gelegene Zentren der Zustimmung des Patienten bedürfen.

**Begründung:**

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten, deren Erkrankungen einer zentralen klinischen Versorgung bedürfen (z. B. Schlaganfall, Koronarsyndrom, längere intensivmedizinische Behandlung etc.), führen oft zu interhospitalen Verlegungen. Dabei handelt es sich zunehmend um Transporte, die trotz zeitkritischer Zustände der Betroffenen nicht das nächstgelegene Zentrum zum Ziel haben, sondern in weiter entfernten Zentren enden. Patienten sollen durch die Verlegung in den Genuss einer zentralen Schwerpunktversorgung kommen. Da es hierbei jedoch immer öfter zu Verlegungen innerhalb von Krankenhausverbänden und Unternehmen kommt, ist zu verhindern, dass Patienten und Angehörige darüber hinausgehende Wege, Zeitverluste und Eingriffe in ihre Selbstbestimmung erleiden müssen, insbesondere angesichts der besonderen Notlagen der hiervon betroffenen Patienten. Der Anschein, dass Kliniken und deren Zusammenschlüsse vorrangig nach wirtschaftlichen Interessen der jeweiligen Unternehmen agieren und das Selbstbestimmungsrecht der Patienten missachten, ist zu vermeiden. Er beeinträchtigt das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitswesen und letztlich auch das Verhältnis des Patienten zu seinen Ärzten. Auch darf bei der Versorgung von Patienten nicht der Eindruck entstehen, dass Konkurrenzen zwischen Krankenhäusern auf dem Rücken der behandelten Personen ausgetragen werden.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Menschenrechte*

- Ib - 18      Haftbedingungen türkischer Kolleginnen und Kollegen
- Ib - 83      Dr. Sedar Küni
- Ib - 41      Menschenrechte/Medizinische Versorgung in Haftanstalten/Suchtmedizin



---

**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Haftbedingungen türkischer Kolleginnen und Kollegen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Prof. Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache Ib - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, sich für bessere Haftbedingungen für die zwei türkischen Kolleginnen und Kollegen Dilay Banu Büyükcavci und Dr. Sinan Aydin und ihre Mitangeklagten einzusetzen, die auf Antrag der Türkei in Deutschland vor Gericht stehen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Montgomery, hat sich dankeswerterweise mehrfach für türkische Kolleginnen und Kollegen, die seit einigen Jahren in der Türkei im Zentrum staatlicher Ermittlungen stehen, eingesetzt. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Weltärztebund (WMA) haben sich für den in der Türkei inhaftierten Arzt Sedar Küni, dem die medizinische Behandlung kurdischer Kämpfer vorgeworfen wird, in einer Resolution verwendet.

**Begründung:**

Die in München auf Ersuchen des türkischen Staates angeklagte Dilay Banu Büyükcavci ist Ärztin und hat in der Türkei Medizin studiert und dort in einem medizinischen Versorgungszentrum gearbeitet. Sie ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin. Da sie zusätzlich Fachärztin für Psychiatrie werden wollte, was in der Türkei anscheinend nicht möglich ist, kam sie 2005 nach Deutschland und hat im Klinikum Nürnberg-Nord gearbeitet, bis sie zusammen mit ihrem ebenfalls angeklagten Lebensgefährten, dem Arzt Dr. Sinan Aydin, verhaftet wurde. Ihre Kolleginnen und Kollegen bezeichnen sie als beliebt, kompetent und voll integriert. Sie ist Mitglied bei ver.di. Neben ihrer Tätigkeit als Ärztin hat sie sich in verschiedenen Initiativen zur Unterstützung von Migrantinnen engagiert und war Mitglied im Vorstand des bayrischen Landesmigrationsausschusses. Hier organisierte sie den ersten migrationspolitischen Fachkongress mit dem Thema: "Psychologische Aspekte zur Integration von Kulturen". Sie engagierte sich für Frauenrechte.

Herr Dr. Aydin kam mit 13 Jahren nach Deutschland und kehrte zur Fortsetzung seines Medizinstudiums in die Türkei zurück, wo er promovierte. Nach Arbeit in verschiedenen Krankenhäusern kam er 2011 nach Deutschland zurück und arbeitete bis zuletzt im Raum Nürnberg als Hausarzt.

---



Die Anklage im laufenden Prozess vor dem OLG München wirft ihnen und acht weiteren Angeklagten vor, die TKP/ML, eine politische Partei in der Türkei, durch Geld im Rahmen des in Deutschland legalen Arbeitervereins ATIK unterstützt zu haben. Der Vorwurf lautet: Unterstützung einer terroristischen Organisation im Ausland. Diese Organisation ist in Deutschland nur politisch aktiv, z. B. durch Geldsammlungen. Eine seit 2006 andauernde Überwachung durch das Bundeskriminalamt (BKA) ergab keine konkrete Gewalt- oder Straftat im Inland. Auch der Bundesverfassungsschutz geht davon aus, dass von dieser Organisation in Europa keine Gefahr ausgeht. Die TKP/ML ist in der Türkei, nicht aber in Deutschland, verboten und wird nur dort, neben immer zahlreicheren Organisationen, als terroristisch eingestuft. Vier der zehn Angeklagten waren jahrelang in der Türkei inhaftiert, einer für 22 Jahre, und wurden dort massiv gefoltert.

Der Einleitung dieses Strafverfahrens liegt eine außenpolitische Entscheidung, nämlich die Erteilung der sogenannten Verfolgungsermächtigung durch das Bundesjustizministerium (BMJV), zugrunde: Ob eine Strafverfolgung durchgeführt wird, hängt davon ab, ob diese den Interessen der Bundesrepublik Deutschland entspricht. Sie wurde vom Bundesjustizminister nach § 129 b StGB (Bildung einer kriminellen Vereinigung) ausgesprochen. Notwendige Voraussetzung ist, dass der beantragende Staat eine die Grundwerte und die Würde des Menschen achtende Ordnung ist, was bei der Türkei immer mehr in Zweifel gezogen werden muss.

Die Angeklagten sind seit April 2015 in Untersuchungshaft, sie sind in unterschiedlichen bayerischen Gefängnissen untergebracht, waren zumindest die ersten Monate in Isolationshaft und sind teilweise in schlechtem gesundheitlichem Zustand. Trotz aller möglichen ideologischen Differenzen benötigen diese Angeklagten die Solidarität der Ärzteschaft.



---

**TOP lb      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Dr. Sedar Küni

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, Dr. Joachim Suder, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Matthias Fabian, Dr. Ullrich Mohr, Dr. Klaus Baier und Dr. Ulrich M. Clever (Drucksache lb - 83) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 nimmt mit Sorge den Prozess gegen den Arzt und Vertreter der türkischen Menschenrechtsstiftung, Dr. Sedar Küni, Cizre (Türkei), zur Kenntnis und fordert die Bundesregierung auf, sich dafür einzusetzen, dass der Revisionsprozess in der Türkei nach rechtsstaatlichen Grundsätzen geführt wird und die Unabhängigkeit der medizinischen Versorgung ohne Ansehen der Person gewährt bleibt.

#### Begründung:

Dr. Sedar Küni, Arzt in Cizre und Vertreter der türkischen Menschenrechtsstiftung, ist am 24.04.2017 vom Strafgericht in Sirnak zu vier Jahren und zwei Monaten Gefängnis verurteilt worden. Der Arzt aus dem Südosten der Türkei ist angeklagt, im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit während der Ausgangssperre Anfang 2016 in Cizre Menschen behandelt zu haben, die als "Militante" verdächtigt wurden, und sie nicht dem Militär gemeldet zu haben. Im Oktober wurde er im Gefängnis von Ufra inhaftiert. In einem rechtsstaatlich höchst bedenklichen Verfahren in Anwesenheit von zahlreichen internationalen Beobachterinnen wurde er verurteilt. Die Begründung steht noch aus. Da dieses Urteil noch nicht rechtskräftig ist und die Verteidigung Revision beantragt hat, wurde Dr. Küni bis zur Entscheidung des Revisionsgerichtes vorläufig aus der Haft entlassen.

Die internationalen Prozessbeobachter sind sich einig, dass dieser Prozess rechtsstaatlichen Kriterien nicht genügt. Schon am ersten Prozesstag im März hatten alle von der Staatsanwaltschaft benannten vier Zeugen ihre Aussagen widerrufen und übereinstimmend ausgesagt, dass sie durch Drohungen und Gewalt erpresst worden seien.

Der Prozess gegen Dr. Küni hat grundsätzliche Bedeutung auch über die Türkei hinaus: Hier soll nicht nur ein in der Bevölkerung anerkannter Arzt und Menschenrechtler in einem unfairen Verfahren eingeschüchtert und mundtot gemacht werden. Die ärztliche Pflicht, unterschiedslos alle Personen, die ärztliche Hilfe brauchen, zu behandeln und die

---



ärztliche Schweigepflicht gegenüber Dritten zu bewahren, steht hier zur Disposition.  
(Pressemitteilung IPPNW 03.05.2017)



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Menschenrechte/Medizinische Versorgung in Haftanstalten/Suchtmedizin

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Katharina Thiede, Julian Veelken und Dr. Matthias Albrecht (Drucksache Ib - 41) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten,

- bei den Justiz- und Gesundheitsbehörden der Länder Informationen über Zugang zur Qualität und Lücken in der medizinischen Versorgung von Häftlingen in Strafanstalten einzuholen.
- insbesondere Daten bezüglich der Behandlungsquoten zu den Diagnosen HIV- und HCV-Infektion (antivirale Therapie) sowie Opiatabhängigkeit (Substitution) einzuholen.
- Informationen über Reaktionen auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 01.09.2016 (Az. 62303/13) in den Landesärztekammern einzuholen.

Die gesammelten Informationen sollen den Landesärztekammern (Beauftragte bzw. Ausschüsse für Menschenrechtsfragen) zur Verfügung gestellt werden.

Ziel ist es, durch Information und Dialog eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen.

**Begründung:**

Häftlinge im Strafvollzug sind nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) versichert; sie unterliegen der sogenannten freien Heilfürsorge der Bundesländer (wie auch verschiedene Beamtengruppen und Zeitsoldaten). Der Leistungsanspruch bemisst sich nach dem Äquivalenzprinzip, er ist identisch mit dem gesetzlich Versicherter. In etlichen Untersuchungen, Veröffentlichungen und Einzelberichten gibt es deutliche Hinweise darauf, dass die Vollzugsanstalten diesem Anspruch nicht ausreichend gerecht werden (können). Das Urteil des EGMR dokumentiert beispielhaft die Situation von Strafhäftlingen, denen oftmals nicht die notwendige medizinische Versorgung zugestanden wird. Einem langjährig opiatabhängigen, HIV- und HCV- positiven Häftling wurde die Weiterbehandlung mit Substitutionsmitteln verweigert. Der EGMR bewertete dies als VerstoÙ gegen die Menschenrechte, da die Justizvollzugsanstalt (JVA) nicht die bestmögliche Therapie für

---



den Mann ausreichend geprüft habe. Durch die Informationserhebung soll ermittelt werden, ob es regionale Besonderheiten gibt, welche Versorgungsbereiche besonders betroffen sind und ob auch strukturelle Probleme (z. B. unbesetzte Arztstellen, unzureichende Qualifikationen) verantwortlich sind. Es können dann bei den entsprechenden Justizbehörden und einzelnen Justizvollzugsanstalten Anfragen und Gespräche zur Verbesserung der Versorgung eingeleitet werden.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Öffentlicher Gesundheitsdienst/Arbeits- und Betriebsmedizin*

- Ib - 11      Öffentlicher Gesundheitsdienst - immer mehr Aufgaben mit immer weniger Personal
- Ib - 118     Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch tarifadäquate Vergütung
- Ib - 106     Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Öffentlicher Gesundheitsdienst - immer mehr Aufgaben mit immer weniger Personal

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 11) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Bund, Ländern und Kommunen auf, den ÖGD personell, finanziell und materiell so auszustatten, dass er seinen vielen Aufgaben auch umfassend nachkommen kann. Dazu zählt auch, dass Ärztinnen und Ärzte im ÖGD eine angemessene Vergütung erhalten.

Ferner fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017 die zuständigen Stellen auf, zur Sicherung der vielfältigen Aufgaben und der Nachwuchsförderung Gesundheitsämter unter ärztliche Leitung zu stellen.

**Begründung:**

Der ÖGD hat in der ärztlichen Versorgung der geflüchteten Menschen mit großem Engagement die Bedeutung dieses Bereichs der Gesundheitsversorgung erneut unterstrichen. Gleichzeitig wurde evident, dass dies aufgrund der personellen Unterbesetzungen zu enormen Belastungen geführt hat und andere Aufgaben des ÖGD (z. B. Meldewesen, infektionshygienische Überwachung) zurückgestellt werden mussten.

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD ist in den letzten 20 Jahren um 33 Prozent zurückgegangen. Allein in Berlin waren 2016 45 von 271 Stellen im ärztlichen Bereich nicht besetzt. Zusätzlich wird es im nächsten Jahrzehnt zu einem massiven Ausscheiden von Amtsleiterinnen und Amtsleitern und weiteren Führungskräften im ÖGD kommen. Dies wird die Arbeit der Gesundheitsämter im Bereich der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger weiter einschränken.

Die vielen unbesetzten Stellen im ÖGD erfordern endlich Maßnahmen, um die Attraktivität dieses wichtigen Bereichs der Gesundheitsversorgung zu stärken. Der ÖGD muss personell, finanziell und materiell so ausgestattet werden, dass er seinen vielen Aufgaben auch umfassend nachkommen kann.



Deutsche Ärztetage und die Gesundheitsministerkonferenzen (GKM) der Länder haben mehrfach gefordert, mit einer angemessenen Vergütung der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD die Grundvoraussetzung für einen zukunftsfähigen ÖGD zu schaffen. Die Arbeitgeber auf kommunaler und Landesebene müssen diesen Forderungen endlich Taten folgen lassen, wenn sie die Versorgung der Bevölkerung in diesem Bereich nicht gefährden wollen.

Ebenso essenziell ist die obligate Leitung der Gesundheitsämter durch Ärztinnen oder Ärzte. Die zunehmende Tendenz kommunaler Gebietskörperschaften, frühere Gesundheitsämter als "Fachbereiche Gesundheit" einzustufen, läuft den Anstrengungen zuwider, Fachärztinnen und Fachärzte unter ärztlicher Leitung in Gesundheitsämtern weiterzubilden. Hinzu kommt, dass viele Maßnahmen des ÖGD nur durch Amtsärzte erfolgen dürfen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch tarifadäquate Vergütung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Andreas Gibb, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Karl Schulze, Karsten Thiemann und Dr. Andreas Crusius (Drucksache Ib - 118) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Für die im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) tätigen Ärztinnen und Ärzte wird eine angemessene und der tariflichen Entlohnung der Krankenhausärzte gleichwertige Bezahlung gefordert. Bis zur Erreichung dieser Ziele sind Gehaltszulagen zu gewähren. Insoweit wird an alle Landräte und Oberbürgermeister appelliert, umgehend die Bezahlung der Fachärztinnen und Fachärzte in den örtlichen Gesundheitsämtern zu verbessern, damit diese gehalten und weitere neu gewonnen werden können. Ansonsten wird das breite Spektrum der Dienstleistungen des ÖGD für den einzelnen Bürger und die Gesellschaft nicht weiter aufrecht zu erhalten sein.

**Begründung:**

Die Tätigkeit der Ärzte im ÖGD ist ebenso wie die anderer Ärzte von hoher Verantwortung geprägt. Neben den klassischen Aufgaben des Gesundheitsschutzes, vor allem der Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes, der infektionshygienischen Überwachung von Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen oder Kindergärten und medizinischen Einrichtungen sowie des Verbraucherschutzes hat der ÖGD auch eine lange Tradition in der gesundheitlichen Fürsorge für Schwangere, Säuglinge, Kinder und psychisch kranke Menschen.

Allerdings wird es seit Jahren immer schwieriger, den ÖGD mit qualifizierten Fachärzten neu zu besetzen, weil tarifrechtlich zwischen Klinikärzten und Ärzten im öffentlichen Dienst unterschieden wird. Deshalb sind die kommunalen Arbeitgeber aufgefordert, nicht nur die kontinuierliche Qualifikation und Fortbildung der Beschäftigten sicherzustellen, sondern auch eine den Leistungen entsprechende adäquate Entlohnung zu gewährleisten.

Die Hansestadt Hamburg zeigt, dass dies möglich ist, indem sie damit begonnen hat, Gehälter wie in Kliniken zu zahlen, und damit gleichzeitig dokumentiert, dass die Wertschätzung für die wichtige Rolle der Ärzte im ÖGD für die Gesundheit der Bevölkerung

---



auch materiell in angemessener Honorierung Ausdruck findet.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker und Julian Veelken (Drucksache Ib - 106) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, sich politisch für die Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) einzusetzen, um die vielfältigen öffentlichen Gesundheitsaufgaben, auch im Hinblick auf die geringere Lebenserwartung sozial schwächerer Bevölkerungsschichten, adäquat gewährleisten zu können.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Patientenrechte*

Ib - 12      Kein Bedarf für weitreichende Änderungen des Arzthaftungsrechts



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Kein Bedarf für weitreichende Änderungen des Arzthaftungsrechts

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 12) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg lehnt weitreichende Änderungen des Arzthaftungsrechts zulasten der Ärzteschaft ab.

Begründung:

Die in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum Arzthaftungsrecht wurden mit dem Patientenrechtegesetz in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) integriert.

Aktuell werden in Politik und Medien wieder Stimmen laut, dass die Hürden im deutschen Arzthaftungsrecht für Patientinnen und Patienten zu hoch seien, um Ansprüche aus Behandlungsfehlern geltend machen zu können. Verbesserungen im Arzthaftungsrecht seien daher notwendig.

Dass diese Diskussion um eine Lockerung der Haftungsvoraussetzungen nun erneut geführt wird, überrascht vor allem angesichts der positiven Bilanz der IGES-Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes vom November 2016. Darin wird nur in wenigen Teilbereichen Bedarf zur Weiterentwicklung gesehen. Die Mehrheit der befragten Patientinnen und Patienten ist jedoch mit den geregelten Patientenrechten zufrieden.

Solche Forderungen sind nicht neu. Bereits in der Diskussion zum im Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz gab es unter anderem Überlegungen, den Nachweis der Kausalität zwischen angeblichem Behandlungsfehler und Schaden von weit überwiegender Wahrscheinlichkeit von etwa 95 Prozent auf eine überwiegende Wahrscheinlichkeit von etwa 51 Prozent abzusenken. Auch wurde vorgeschlagen, einen Entschädigungsfonds nach schwedischem oder österreichischem Vorbild gesetzlich zu verankern.

Solchen Forderungen ist der Gesetzgeber aus gutem Grund nicht gefolgt. Das Arzthaftungsrecht in Deutschland basiert auf einer in Jahrzehnten entwickelten Rechtsprechung, die die Interessen aller Beteiligten, insbesondere der Patienten und der Ärzte, in einen angemessenen Ausgleich bringt.

---



Mit der Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern leistet die Ärzteschaft einen wichtigen Beitrag, um Patienten bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche aus einem Behandlungsfehler zu unterstützen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Prävention/Gesundheitsförderung*

- Ib - 04      Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen
- Ib - 72      Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung
- Ib - 75      Gesundheitsunterricht in der Schule
- Ib - 114     Gesundheitsförderung durch mehr Sport in den Schulen
- Ib - 116     Ausrichtung des Schulsports auf die Gesundheitsförderung
- Ib - 117     Gesundheitsförderung durch flächendeckende komplementäre Sport-, Spiel- und Bewegungsangebote in der Schule
  
- Ib - 39      Ernährungsberatung schon vor manifestem Diabetes mellitus Typ 2
- Ib - 107     Umsetzung der Impfvereinbarung im Präventionsgesetz
- Ib - 46      Krebsrisiko bei der Anwendung von Glyphosat weiter erforschen



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

**Titel:** Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen

## **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 04) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 spricht sich für eine frühzeitige Förderung der Gesundheit und gesundheitlicher Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter aus.

Zur Erreichung dieses Ziels sollen gesundheitsrelevante Themen in die Lehrer- und Erzieherinnenausbildung sowie in die schulischen Lehrpläne aufgenommen und als Querschnittsthemen in den relevanten Schulfächern, in eigenen Unterrichtseinheiten oder einem Schulfach "Gesundheit" wie auch projektbezogen unterrichtet werden. Hierfür müssen die erforderlichen Zeitfenster bereitgestellt und über die Kultusministerkonferenz (KMK) die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Für die Umsetzung sollte themenbezogen die Sachkompetenz von Ärztinnen und Ärzten hinzugezogen werden. In einigen Bundesländern stehen hierfür bereits strukturierte Programme und Lernmaterialien zur Verfügung.

Damit gelerntes Wissen in einer entsprechenden Umwelt auch in gesundheitsförderliches Verhalten umgesetzt und verstetigt werden kann, sind die strukturellen Rahmenbedingungen in Kindertagesstätten und Schulen gesundheitsförderlich zu gestalten und Eltern in die Themenbearbeitung mit einzubeziehen.

**Begründung:**

Das Präventionsgesetz (PrävG) hat die ärztliche Primärprävention in den Kinderuntersuchungen nach § 26 Abs. 1 SGB V gestärkt und sieht die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte ärztliche Präventions- und Impfberatung vor. Viele der gesundheitlichen Probleme, die in der Arztpraxis vorgetragen und diagnostiziert werden, sind jedoch gesellschaftlich bedingt, weshalb für eine verbesserte Gesundheitsförderung und die Entwicklung von Gesundheitskompetenz auch die Rahmenbedingungen in den relevanten Sozialisationsinstanzen Kindertagesstätte, Schule und Familie verbessert werden müssen. Kinder und Jugendliche

---



sollen körperliche und seelische Prozesse besser verstehen und Kenntnisse sowie die Motivation zu einer gesundheitsförderlichen Lebensführung erlangen. Insbesondere soll ihnen altersgerechtes Wissen über die Bedeutung einer ausgewogenen und gesunden Ernährung, ausreichender Bewegung und psychischer Ausgeglichenheit, ein angemessener Umgang mit Liebe und Sexualität, mit Konflikten, Trennung und Trauer sowie ein verantwortlicher Umgang mit neuen Medien und schulischen Belastungen vermittelt werden. Zur Vermittlung dieses Wissens müssen geeignete Rahmenbedingungen in Kindertagesstätten und Schulen geschaffen werden.

Mehrere Ärztekammern unterstützen bereits in strukturierten Programmen Schulen bei der Durchführung gesundheitsbezogener Unterrichtseinheiten. Auf diese ärztliche Expertise soll weiterhin zurückgegriffen, und entsprechende Programme sollten weiter ausgebaut werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Heidemarie Lux und Dr. Wolfgang Rechl (Drucksache Ib - 72) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 empfiehlt den Ärztinnen und Ärzten sich über die "Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung", gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), zu informieren. Sie stellen eine wissenschaftliche Grundlage dar, wie mehr Bewegung in den Alltag kommen kann. Die Empfehlungen sollen für die Ärzte zum Anlass genommen werden, die Bewegungsberatung für die Patientinnen und Patienten in der ärztlichen Tätigkeit in Praxis, Klinik und Behörden umzusetzen. Die therapeutische Wirkung von Bewegung ist bei vielen Erkrankungen nachgewiesen und spart deutlich Medikamente ein.

**Begründung:**

Die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung wurden von einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern erarbeitet und haben das Ziel, eine wissenschaftliche Orientierung im Feld der Bewegungsförderung zu bieten. Sie gelten für Kinder und Jugendliche, für Erwachsene und ältere Menschen sowie Erwachsene mit chronischen Erkrankungen. Verordnung von Bewegung durch Ärztinnen und Ärzte kann das Risiko für das Auftreten von Erkrankungen mindern und bestehende Krankheitslast deutlich senken. Der gesundheitliche Nutzen entsteht bereits dann, wenn inaktive Personen in geringem Umfang aktiv werden. In epidemiologischen Studien wurde einheitlich von einem um ca. 30 Prozent niedrigeren Gesamtsterblichkeitsrisiko bei aktiven versus inaktiven Personen berichtet. Körperliche Aktivität hat positive Wirkungen auf das kardiovaskuläre und metabolische Risikoprofil, die motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die kognitive Leistungsfähigkeit, die muskuloskeletale Gesundheit sowie die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas. Körperliche Aktivität senkt das Risiko für das Auftreten verschiedener Tumorarten, wie z. B. Brust-, Darm- und Endometriumtumor. Die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung können unter [www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bewegungsempfehlungen.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bewegungsempfehlungen.html) heruntergeladen werden.

---



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Gesundheitsunterricht in der Schule

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Heidemarie Lux und Dr. Wolfgang Rechl (Drucksache Ib - 75) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 spricht sich für eine frühzeitige Förderung der Gesundheit und gesundheitlicher Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter aus und befürwortet, dass an allen Schulen im Lehrplan das Fach "Gesundheit und Prävention" ab der ersten Jahrgangsstufe bis zum Schulabschluss eingeführt werde. Das Schulfach "Gesundheit und Prävention" umfasst Themen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, die altersgerecht und den Entwicklungsschritten angepasst unterrichtet werden. Ärzte können bei Bedarf beraten und unterstützen.

Derzeit werden in den Schulen verschiedene Projekte zur Förderung der Gesundheit angeboten. Diese sind jedoch nicht regelhaft im Schulablauf integriert. Themen aus der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Erste Hilfe u. a.) und Sucht- und Gewaltprävention könnten im Unterricht kontinuierlich aufgebaut und auch praktisch angewendet werden. Die Schulzeit kann dazu genutzt werden, frühzeitig gesundheitsförderliches Verhalten zu verankern, denn in dieser Lebensphase ist Lernen am nachhaltigsten. Verhaltensmodifikation muss und kann hier frühzeitig einsetzen. Mit dem Schulfach "Gesundheit und Prävention" kann die Grundlage für eine Ausbildung oder ein Studium im Gesundheitsbereich geschaffen werden.

Begründung:

Auch bisher werden gesundheitsrelevante Themen im Unterricht angesprochen. Diese sind jedoch auf mehrere Fächer verteilt und erhalten somit nicht den Stellenwert, der einem separaten Fach "Gesundheit und Prävention" beigemessen wird, in dem dann alle Inhalte zusammengefasst sein sollten. Insbesondere die altersentsprechende Vermittlung der Themen, die auch z. B. den Umgang mit persönlichen Ressourcen, Stressverarbeitung oder den Umgang mit Mobbing beinhalten, sollte in jeder Jahrgangsstufe erneut durchgeführt werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Gesundheitsförderung durch mehr Sport in den Schulen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Gibb, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Karl Schulze, Karsten Thiemann und Dr. Andreas Crusius (Drucksache Ib - 114) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 spricht sich für eine Modifizierung des bestehenden Sportunterrichts zur Förderung von Bewegung im Schulalltag aus. Zur Erreichung dieser Präventionsmaßnahme kann die Einführung von bundesweit einheitlich fünf Sportstunden bei Grundschulern ab der ersten Klasse zielführend sein. Die erforderlichen Rahmenbedingungen sind von den Ländern und den Kommunen zu schaffen.

**Begründung:**

Gemäß der Gesetzesbegründung zum Präventionsgesetz (PrävG) können Risikofaktoren wie mangelnde Bewegung und Adipositas mit frühzeitiger Gesundheitsförderung beeinflusst werden. Dabei gilt es, das gesunde Aufwachsen von Kindern zu fördern, indem gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Lehrplänen Berücksichtigung finden und den Kindern genügend Anreiz und Gelegenheit zum Sporttreiben und Bewegen gegeben wird. Sportunterricht kann die motorischen Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen wieder stärker in den Blickpunkt rücken und ist als Präventionsmaßnahme daher unabdingbar.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Ausrichtung des Schulsports auf die Gesundheitsförderung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Andreas Gibb, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Karl Schulze, Karsten Thiemann und Dr. Andreas Crusius (Drucksache Ib - 116) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 spricht sich dafür aus, dass angesichts einer zunehmenden Zahl übergewichtiger Kinder neue Leistungsbewertungen im Schulsport als Alternativen zu Zensuren definiert werden. Es gilt, die Bewegungsfreude von Kindern und Jugendlichen wieder zu stärken. Statt des lehrerzentrierten Unterrichts mit Notengebung könnte es einen ausführlichen individualisierten Auswertungsbogen mit Tipps geben, wie sie sich z. B. in bestimmten Sportarten verbessern können. Die erforderlichen Rahmenbedingungen sind von den Ländern und den Kommunen zu schaffen.

**Begründung:**

Im Zeitalter von Spielkonsolen, Handys, Tablets und Fernsehen stellt der Schulsport für viele Kinder und Jugendliche die wichtigste körperliche Aktivität dar. Der Sport im Schulalltag leistet einen wichtigen präventivmedizinischen Beitrag, um Folgeerkrankungen des Bewegungsapparates zu verringern. Im Vordergrund sollte daher die Begeisterung für Schulsport und regelmäßige körperliche Bewegung sein - ohne Leistungsdruck.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:** Gesundheitsförderung durch flächendeckende komplementäre Sport-, Spiel- und Bewegungsangebote in der Schule

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Anke Müller, Dr. Andreas Gibb, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Karl Schulze, Karsten Thiemann und Dr. Andreas Crusius (Drucksache Ib - 117) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüÙt die Entwicklung und den Ausbau vielfältiger Sportangebote an Schulen, die auÙerhalb des Unterrichts von Sportvereinen mitgestaltet werden. Ziel muss es sein, den Zugang zu Bewegungsangeboten für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen zu verbessern. Dabei gilt es, die zumeist aus Landesmitteln geförderten Projekte flächendeckend zu implementieren, damit sie in allen Schulen nachhaltig als funktionale Ergänzung zum Schulsport wirken können. Dazu bedarf es der größtmöglichen Unterstützung des Staates, der in seiner öffentlichen Verantwortung für den Schulsport auch komplementäre Sport-, Spiel- und Bewegungsangebote fördern soll. Kooperative Angebote von Schulen und Sportvereinen können den schulischen und außerschulischen Raum im Bereich des Sports optimal vernetzen.

**Begründung:**

Die urbanen Lebensverhältnisse, die zunehmende Motorisierung und Technologisierung der Umwelt sowie soziale Rahmenbedingungen und familiäre Lebensstile bieten einer wachsenden Zahl von Kindern und Jugendlichen immer weniger Anregungen und Anlässe, ihrem natürlichen Bewegungsdrang nachzukommen. Bewegungsmangel im Lebensalltag der Heranwachsenden ist mitverantwortlich für eine Reihe von Entwicklungsstörungen und Defiziten in der motorischen und insgesamt in der psychosozialen und intellektuellen Entwicklung einer wachsenden Zahl von Kindern und Jugendlichen - das findet sich auch im ärztlichen Alltag wieder und bedarf einer verbesserten Gesundheitsförderung der Heranwachsenden. In der aktuellen Gesundheitsdiskussion muss dabei auch verstärkt auf den Zielgruppenbezug geachtet werden. Sozial Benachteiligte, wie beispielsweise einkommensschwache Familien und alleinerziehende Mütter, müssen besonders gefördert



werden. Je niedriger der sozioökonomische Status ist, desto schwieriger ist der Zugang zu Sportangeboten außerhalb der Schule.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Ernährungsberatung schon vor manifestem Diabetes mellitus Typ 2

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Katharina Thiede (Drucksache Ib - 39) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Eine qualifizierte Ernährungsberatung und eine entsprechende Schulung sind wirksame präventive Ansätze, um schwere Stoffwechselerkrankungen wie den Diabetes mellitus Typ 2, die nichtalkoholische Steatosis hepatis (NASH) sowie eine schwere Adipositas mit all ihren Folgeerkrankungen zu verhindern.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert daher den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf, die Kosten einer Ernährungsschulung für Patientinnen und Patienten mit Metabolischem Syndrom (z. B. IDF Kriterien; Alberti et al 2005) oder sonografisch diagnostizierter Fettleber mit gleichzeitig erhöhten Transaminasen zu übernehmen und so einen wichtigen präventiven Beitrag zu leisten.

**Begründung:**

Bislang wird eine medizinische Ernährungsberatung bzw. Schulung nur für Patienten mit manifester Erkrankung übernommen. Gerade vor dem Hintergrund der mehrfach belegten Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit und dem unstrittigen Nutzen präventiver Medizin, ist die finanzielle Eigenbeteiligung der Patienten mit Metabolischem Syndrom und/oder Fettleber nicht sinnvoll.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Umsetzung der Impfvereinbarung im Präventionsgesetz

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph (Drucksache Ib - 107) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die gesetzlichen Krankenkassen auf, ihre Blockadehaltung bei der Umsetzung des § 132e SGB V endlich aufzugeben. Mit den dort vorgesehenen Impfvereinbarungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und den Verbänden, unter anderem dem Verband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte, kann erreicht werden, dass weitere Impflücken geschlossen werden.

Begründung:

Mit Verabschiedung des Präventionsgesetzes (PrävG) wurde mit § 132e SGB V die GKV aufgefordert, Verträge über die Durchführung von Schutzimpfungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und weiteren geeigneten Ärzten einschließlich Betriebs- und Werksärzten sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zu schließen.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Krebsrisiko bei der Anwendung von Glyphosat weiter erforschen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Heidemarie Lux und Dr. Wolfgang Rechl (Drucksache Ib - 46) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) auf, die Risiken für Bevölkerung und Umwelt bei der Anwendung von Pestiziden, insbesondere von Glyphosat, weiter zu erforschen. Ein Krebsrisiko für die Bevölkerung muss vor weiterer Anwendung ausgeschlossen werden.

Begründung:

Die Datenlage, ob die Anwendung von Glyphosat schädlich für die Bevölkerung ist, ist derzeit unzureichend und widersprüchlich. Im März 2015 stufte die Internationale Agentur für Krebsforschung (IARC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Glyphosat in die Kategorie 2A (wahrscheinlich krebserzeugend für den Menschen) ein. Um das Risiko für die Bevölkerung besser einschätzen zu können, ist ein fundierter Wissensstand nötig. Notwendig sind hier langfristige industrieunabhängige Studien.

---



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Psychotherapie*

- Ib - 02      Ärztliche Expertise ist im Interesse der Versorgungsqualität für eine evidenzbasierte Psychotherapie unverzichtbar
- Ib - 63      Bundesärztekammer in die Beratungen zur Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten einbeziehen
- Ib - 121     Ärztliche Psychotherapie als Chefsache
- Ib - 130     Einfluss nichtärztlicher Berufsgruppen auf die ärztliche Weiterbildung



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Ärztliche Expertise ist im Interesse der Versorgungsqualität für eine  
evidenzbasierte Psychotherapie unverzichtbar

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 02) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg fordert den Gesetzgeber auf, den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 des Psychotherapeutengesetzes bei der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zuletzt Ende 2016 in einem Eckpunktepapier angekündigten Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten als bewährtes, von der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemeinsam getragenes Gremium zu erhalten.

**Begründung:**

Das PsychThG von 1998 sieht vor, dass Psychotherapie mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren vorzunehmen ist. Um Weiterentwicklungen in der Psychotherapie Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber den von Bundesärztekammer und BPtK gemeinsam getragenen Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) nach § 11 PsychThG errichtet. Zu seinen Aufgaben zählt die gutachterliche Beratung von Behörden zu Fragen der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren und daraus resultierend bei der staatlichen Anerkennung von Ausbildungsstätten.

Die Behandlung vieler psychischer Erkrankungen fuÙt auf einem multimodalen Behandlungskonzept aus pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Bausteinen und umfasst speziell ärztliche Kompetenzen. Ärztliche Psychotherapeuten haben schon aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung einen anderen Zugang zu psychischen Erkrankungen als Psychologische Psychotherapeuten. Ärztliche Expertise ist für die Bewertung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie demnach unverzichtbar. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Psychotherapie kann nur durch ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten gemeinsam erfolgen.

Der vom Gesetzgeber mit der Errichtung eines von Bundesärztekammer und BPtK gemeinsam gebildeten WBP beschrittene Weg mit seinem etablierten und breit akzeptierten Prozedere der wissenschaftlichen Beurteilung psychotherapeutischer



Verfahren durch ein von den Interessengruppen paritätisch besetztes Gremium ist unbedingt zu erhalten.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Bundesärztekammer in die Beratungen zur Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten einbeziehen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Heidrun Gitter, Dr. Ulrich M. Clever, Dr. Andreas Crusius und Erik Bodendieck (Drucksache Ib - 63) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) werden gebeten, dafür Sorge zu tragen, die Bundesärztekammer in die Beratungen zur Neuordnung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten regelmäßig einzubeziehen, weil es wesentliche Berührungspunkte zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung gibt.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Ärztliche Psychotherapie als Chefsache

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Heiner Heister, Dr. Christiane Groß, Christa Bartels, Dr. Christian Messer und Dr. Günther Jonitz (Drucksache Ib - 121) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 ersucht den Herrn Präsidenten Prof. Dr. Montgomery, die Verteidigung der ärztlichen Psychotherapie zur Chefsache zu machen.

Begründung:

Die Vorlage eines Referentenentwurfes zur Reform des Psychotherapiegesetzes (PsychThG) steht kurz bevor, ohne dass die Politik Bereitschaft erkennen lässt, auf die Forderungen des Deutschen Ärztetages, seit mindestens dem 109. Deutschen Ärztetag 2006, einzugehen.



---

**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Einfluss nichtärztlicher Berufsgruppen auf die ärztliche Weiterbildung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Dr. Ivo Grebe, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König, Michael Krakau, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Michael Lachmund, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Barbara Stein, Dr. Klaus Strömer, Dr. Herbert Sülz, PD Dr. Maria Vehreschild und Bernd Zimmer (Drucksache Ib - 130) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 lehnt jede direkte Einflussnahme nichtärztlicher Berufsgruppen auf die Regelungen der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ab.

**Begründung:**

Die aktuelle Fassung der Wünsche des von der Bundeskammer für Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten moderierten Projektes Transition zur Neugestaltung der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychologischen Psychotherapeuten und des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) fordert die Umgestaltung des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) unter anderem in der Weise, dass dieser Beschlüsse zur MWBO fassen können sollte, die dann bei der Gestaltung der MWBO berücksichtigt werden sollten. Unbeschadet ihrer bisherigen Beschlussfassung bei den vergangenen Deutschen Ärztetagen zu der beabsichtigten Reform der Ausbildung der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten lehnt die deutsche Ärzteschaft Eingriffe in die MWBO durch mit Angehörigen anderer Berufe besetzte Gremien ab.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Qualitätssicherung/Patientensicherheit*

- Ib - 03      Werteorientierte Qualitätssicherung
- Ib - 119     Werteorientierte Qualitätssicherung
- Ib - 35      Qualitätssicherung ist integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit
- Ib - 61      Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Beteiligung der (Landes-) Ärztekammern  
an den Landesarbeitsgemeinschaften
- Ib - 96      Sinnvolle Mindestmengenregelung



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Wertorientierte Qualitätssicherung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 03) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Qualitätssicherung ist kein Selbstzweck. Der Einsatz dezidierter Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten flankiert und ergänzt die primär durch Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Berufsordnung gewährleistete Qualität ärztlichen Handelns. Die sozialgesetzlich dominierte Qualitätssicherung verfolgt zunehmend Ziele, die weder das individuelle Behandlungsverhältnis zwischen Arzt und Patient betrachten noch als Förderung des organisationalen Lernens von Einrichtungen der Patientenversorgung begriffen werden können. Handlungsleitend sind eher andere Motive, etwa die permanente Korrektur von Fehlanreizen durch die Vergütungssysteme, die Bewältigungsversuche chronischen Personalmangels, die (bisher weitgehend erfolglose) Überwindung der Sektorengrenzen oder die Verlagerung krankenhauplanerischer Entscheidungsverantwortung auf die Bundesebene. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert eine stärkere Orientierung der Qualitätssicherung auf Werte, die für Patientinnen und Patienten und damit auch für Ärztinnen und Ärzte bedeutsam sind.

Begründung:

Die Steuerung der Versorgung über Qualität ist zu begrüßen und schützt Ärzte und Patienten vor den negativen Auswirkungen eines reinen Preiswettbewerbs. Die Maßnahmen zur Sicherung der Qualität sollen sich dazu auch an Kriterien orientieren, mit denen sich Bedarf und Bedürfnisse von Patienten abbilden lassen. Dies bedeutet nicht nur, dass Behandlungen in hochwertiger Qualität angeboten werden, sondern auch, dass diese Leistungen der individuellen Lebenssituation der Patienten angemessen sind.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Wertorientierte Qualitätssicherung

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Theodor Windhorst und Dr. Johannes Albert Gehle (Drucksache Ib - 119) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 stellt fest, dass bisher vorgegebene Kriterien für die Qualitätssicherung fremdbestimmt sind, und beauftragt daher den entsprechenden Arbeitskreis der Bundesärztekammer, arztseitig eigene Kriterien für die ambulante und stationäre Qualitätssicherung zu erarbeiten und diese möglichst auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 vorzustellen.

Begründung:

Ärztliche Qualität in der Versorgung wird bislang ausschließlich von arztfernen Institutionen (IQWiG, IQTIQ, G-BA) erarbeitet und den Ärztinnen und Ärzten aufoktroiert. Das ist nicht im Sinne von Patienten und Ärzten.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Qualitätssicherung ist integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Matthias Fabian, Dr. Susanne Johna, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Günther Jonitz, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Johannes Albert Gehle und Dr. Henrik Herrmann (Drucksache Ib - 35) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenversorgung wurden federführend durch die deutsche Ärzteschaft entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Dabei liegt in der ärztlichen Qualitätssicherung immer der Fokus auf dem Patientennutzen. Insofern ist es - entgegen der bisherigen Ausgestaltung - unabdingbar, dass bei der aktuell anstehenden Etablierung von Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) die Landesärztekammern als stimmberechtigte Mitglieder zu beteiligen sind.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, eine entsprechende Ergänzung in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) zu veranlassen.

Die Landesärztekammern werden gleichzeitig auf Landesebene bei den zuständigen Ministerien eine gleichberechtigte Beteiligung einfordern.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Beteiligung der (Landes-)  
                  Ärzttekammern an den Landesarbeitsgemeinschaften

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Erik Bodendieck (Drucksache Ib - 61) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Träger der (einzurichtenden) Landesarbeitsgemeinschaften, also die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausesellschaften und die Verbände der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen auf, die Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), nämlich u. a. die jeweiligen (Landes-)Ärzttekammern zu beteiligen, auch adäquat umzusetzen, um deren breite und umfangreiche Expertise und langjährige Erfahrung in der Qualitätssicherung nutzen zu können.



---

**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Sinnvolle Mindestmengenregelung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Thomas Langer, Dr. Petra Bubel und Dipl.-Med. Dörte Meisel (Drucksache Ib - 96) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Rahmen der Mindestmengenregelung müssen den Fachgesellschaften und der einzelnen Arztpersönlichkeit mit ihrer Expertise ein höherer Stellenwert zugesprochen werden. Auf negative Aspekte der Fallzahlsteigerungen muss geachtet und reagiert werden.

Begründung:

Mit den Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, zuletzt geändert am 07.12.2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.12.2016 B8), in Kraft getreten am 01.01.2017, werden Krankenhäuser von der Erbringung bestimmter Leistungen ausgeschlossen, wenn sie nicht eine Mindestzahl an Eingriffen vorweisen können. Dies betrifft gegenwärtig folgende medizinische Maßnahmen: Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende): 20, Nierentransplantation (inklusive Lebendspende): 25, komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus: 10, komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas: 10, Stammzellentransplantation: 25, Kniegelenk-Totalendoprothese: 50, (koronarchirurgische Eingriffe: nicht festgelegt), Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht <1.250 g: 14. Hierzu sind folgende Punkte hervorzuheben:

1. Bezüglich der Festlegungen in diesem Zusammenhang heißt es im Gesetzestext: "Betroffene Fachgesellschaften können zur Stellungnahme aufgefordert werden."
  2. Im Rahmen eines Vorlageverfahrens sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), die Bundesärztekammer, die Berufsorganisationen der Pflegeberufe und die nach der Patientenbeteiligungsverordnung anerkannten Organisationen vorlageberechtigt.
  3. Die Bedeutung der einzelnen Arztpersönlichkeit mit ihren Erfahrungen und hart erarbeiteten Fähigkeiten (z. B. chirurgische Expertise) für das qualitative Ergebnis wird aus medizinischer Sicht nur ungenügend berücksichtigt.
-



4. Man geht im Allgemeinen davon aus, dass eine höhere Fallzahl mit einem qualitativ besseren Ergebnis einhergeht. Dies ist zwar naheliegend, stimmt aber z. B. im Falle einer Stammzelltransplantation nicht. Die negativen Aspekte einer Fixierung auf hohe Fallzahlen (Stichwort: Fließbandmedizin) werden zu wenig gewürdigt und bleiben ohne Konsequenzen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Reproduktionsmedizin/Präimplantationsdiagnostik/ Pränataldiagnostik*

- Ib - 05      Für Rechtssicherheit bei unerfülltem Kinderwunsch
- Ib - 88      Für Rechtssicherheit bei unerfülltem Kinderwunsch
- Ib - 42      Umfassende Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen der Pränataldiagnostik



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Für Rechtssicherheit bei unerfülltem Kinderwunsch

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ib - 05) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, klare und konsistente rechtliche Regelungen für die Reproduktionsmedizin zu schaffen. Die offenen Fragen in der Reproduktionsmedizin sollen - nicht zuletzt wegen ihrer gesellschaftspolitischen Implikationen - breit diskutiert und einer Lösung zugeführt werden.

Begründung:

Ärztliches Handeln in der Reproduktionsmedizin hat wie in kaum einem anderen medizinischen Gebiet die Belange unterschiedlicher Beteiligter zu beachten. Die Überschneidung medizinisch-wissenschaftlicher, ethischer und rechtlicher Aspekte, letztere wiederum im Schnittpunkt u. a. von Verfassungsrecht, Embryonenschutzgesetz, Sozialrecht, Geweberecht, Familienrecht sowie ärztlichem Berufsrecht, führt zu einer besonderen Komplexität dieses Fachgebietes. Dabei ist insbesondere das Kindeswohl ebenso zu berücksichtigen wie das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen mit Kinderwunsch.

Eine systematische Regelung dieses sensiblen und komplexen Bereiches wurde in Deutschland bisher nicht vorgenommen.

Eine Antwort auf die offenen Fragen in der Reproduktionsmedizin kann nicht eine Richtlinie der Bundesärztekammer, sondern nur der Gesetzgeber geben. Denn nur der Gesetzgeber ist legitimiert, die das menschliche Leben elementar berührenden medizinethischen Fragen verbindlich zu regeln. Zu diesen offenen Fragen der Reproduktionsmedizin gehören insbesondere:

- Aktualisierung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG), insbesondere der sogenannten "Dreierregel" (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 und 5 ESchG) im Hinblick auf die Anzahl der für eine Präimplantationsdiagnostik (PID) notwendigen sowie der im Rahmen der assistierten Reproduktion entstehenden Embryonen;
  - Umgang mit menschlichen Embryonen im Rahmen von Maßnahmen der assistierten
-



- Reproduktion (Embryonen sind vom Anwendungsbereich des Transplantationsgesetzes [TPG] nicht erfasst);
- Embryonenspende als Sonderform der heterologen Verwendung von Keimzellen;
  - Regelung zu Art und Umfang der Beratung zu in Deutschland nicht erlaubten Verfahren der assistierten Reproduktion (z. B. Eizellspende, Leihmutterschaft) sowie in diesem Kontext Durchführung unterstützender bzw. vorbereitender Maßnahmen (z. B. Monitoring der Behandlung);
  - Begrenzung der Anzahl der durch heterolog verwendete Samenzellen eines Spenders gezeugten Kinder bzw. der daraus resultierenden Anzahl der Familien;
  - Behandlung lesbischer Paare und alleinstehender Frauen mit heterolog verwendeten Samenzellspenden;
  - Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung, u. a. bei heterolog Verwendung von aus dem Ausland importiertem, anonym gewonnenem Samen oder sogenannten gepoolten Spenden;
  - Auflösung von Inkongruenzen der Regelungen zu Meldungen bei schwerwiegenden Zwischenfällen und schwerwiegenden unerwünschten Reaktionen gemäß § 63i Abs. 6 und 7 AMG (u. a. ovarielles Überstimulationssyndrom) u. a. durch eindeutige und durchgängig verwendete Begriffsbestimmungen;
  - Regelung zur Finanzierung der Präimplantationsdiagnostik (PID), sodass dieses Verfahren allen Betroffenen, für die eine Indikation zur PID gemäß § 3a ESchG besteht, ungeachtet von ihrer wirtschaftlichen Situation offen steht;
  - Regelung der Keimzellentnahme bei Minderjährigen im Rahmen des Fertilitätserhalts, z. B. vor gonadotoxischer Therapie;
  - Einbeziehung einer kinder- und jugendärztlichen Beratung in die Entscheidungsfindung und Schwangerenberatung bei auffälligen Befunden im Rahmen der Pränataldiagnostik.

Im Sinne der Rechtssicherheit der betroffenen Frauen und Männer, der Kinder sowie der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind klare und konsistente rechtliche Regelungen nicht zuletzt angesichts der aufgrund von medizinischen wie auch gesellschaftspolitischen Entwicklungen zunehmend drängenden offenen Fragen der Reproduktionsmedizin dringend erforderlich.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Für Rechtssicherheit bei unerfülltem Kinderwunsch

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Dr. Ivo Grebe, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König, Michael Krakau, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Michael Lachmund, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Barbara Stein, Dr. Klaus Strömer, Dr. Herbert Sülz, PD Dr. Maria Vehreschild und Bernd Zimmer (Drucksache Ib - 88) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, umgehend alle gesetzlichen Regelungen zu schaffen, die für die Reproduktionsmedizin benötigt werden, um ärztlich verantwortbar rechtssicher fortpflanzungsmedizinische Maßnahmen durchführen zu können. Es kann den Ärztinnen und Ärzten nicht zugemutet werden, weiterhin in diesem weitgehend ungeregelten Bereich der Medizin tätig zu werden.

Gefordert werden Regelungen insbesondere:

- zur Definition der medizinisch unterstützten Fortpflanzung (Indikation, Arztvorbehalt, elterliche Voraussetzungen);
  - zur eindeutigen elterlichen Zuständigkeit und Verantwortung im Sinne des Kindeswohls;
  - zu Pflichten der Behandlungswilligen;
  - zur Anerkennung der Vaterschaft vor Zeugung;
  - zu Rechten des Spenders;
  - zur Klarstellung der "Dreierregelung" in Bezug auf die Entstehung von Embryonen und die Anwendung der Präimplantationsdiagnostik (PID);
  - zum Umgang mit Eizellen/Samen/menschlichen - auch kryokonserviert lagernden - Embryonen im Rahmen von Maßnahmen der assistierten Reproduktion;
  - zur Embryonenspende und Embryooption einschließlich deren Unentgeltlichkeit;
  - zur Regelung von Art und Umfang der Beratung zu in Deutschland nicht erlaubten Verfahren der assistierten Reproduktion (z. B. Eizellspende, Leihmutterchaft) sowie in diesem Kontext zur Durchführung unterstützender bzw. vorbereitender Maßnahmen (z. B. Monitoring der Behandlung);
  - zur Begrenzung der Anzahl der durch heterolog verwendete Samenzellen eines Spenders gezeugten Kinder und die Anzahl der Familien;
-



- zur Behandlung lesbischer Paare und alleinstehender Frauen mit heterolog verwendeten Samenzellspenden;
- zum Umgang mit dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung, u. a. bei heterologer Verwendung von aus dem Ausland importiertem, anonym gewonnenem Samen oder sogenannten gepoolten Spenden unter Klärung einer möglichen ärztlichen Nachhaftung;
- zur Auflösung von Inkongruenzen der Regelungen zu Meldungen bei schwerwiegenden Zwischenfällen und schwerwiegenden unerwünschten Reaktionen gemäß § 63i Abs. 6 und 7 AMG (u. a. ovarielles Überstimulationssyndrom) u. a. durch eindeutige und durchgängig verwendete Begriffsbestimmungen;
- zur Regelung der Keimzellentnahme bei Minderjährigen im Rahmen des Fertilitätserhalts, z. B. vor gonadotoxischer Therapie.

#### Begründung:

Ärztliches Handeln in der Reproduktionsmedizin hat wie in kaum einem anderen medizinischen Gebiet die Belange unterschiedlicher Beteiligter zu beachten. Dabei ist das Kindeswohl vorrangig zu berücksichtigen.

Die Überschneidung medizinisch-wissenschaftlicher, ethischer und rechtlicher Aspekte, letztere wiederum im Schnittpunkt u. a. von Verfassungsrecht, Embryonenschutzgesetz (ESchG), Sozialrecht, Geweberecht, Familienrecht sowie ärztlichem Berufsrecht, verdeutlicht die Komplexität des zu lösenden Problems. Eine ausreichende Regelung dieses sensiblen und komplexen Bereiches wurde in Deutschland bisher nicht annähernd vorgenommen. Gleichwohl ist es regelbar, wie das Fortpflanzungsgesetz in Österreich zeigt.

Im Sinne der Rechtssicherheit der betroffenen Frauen und Männer, der gewünschten Kinder, der Samenspender sowie der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind klare und konsistente rechtliche Regelungen nicht zuletzt angesichts der aufgrund von medizinischen wie auch gesellschaftspolitischen Entwicklungen zunehmend drängenden offenen Fragen der Reproduktionsmedizin dringend erforderlich.



---

**TOP lb      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Umfassende Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen der  
Pränataldiagnostik

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Julian Veelken und Katharina Thiede (Drucksache lb - 42) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesärztekammer auf, sich angesichts neuer molekularer Testverfahren für eine umfassende Debatte über die Möglichkeiten der Pränataldiagnostik und die Notwendigkeit ihrer Begrenzung einzusetzen.

**Begründung:**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) befasst sich seit August 2016 mit einem Methodenbewertungsverfahren für eine nichtinvasive Pränataldiagnostik (NIPD) zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bei Risikoschwangerschaften.

Es soll damit festgestellt werden, ob und inwieweit das betreffende molekulargenetische Testverfahren (z. B. PraenaTest®) zur Erkennung des Down-Syndroms als Kassenleistung anzuerkennen ist.

Der Test kann zu einer routinisierten Frühdiagnostik von ungeborenen Kindern, die nicht der genetischen Norm entsprechen, führen. Es besteht die Gefahr, dass ein sozialer Zwang zu seiner Nutzung entsteht und die selbstbestimmte Entscheidung für ein Kind z. B. mit Down-Syndrom durch gesellschaftlichen Druck immer mehr erschwert wird.

Die Dimension dieser neuen Testverfahren ist jedoch weiter.

So wird schon jetzt beim PraenaTest® das Geschlecht mitbestimmt, und theoretisch lassen sich weitere genetische Eigenschaften des Kindes mit diesen Testverfahren aus dem Blut der Mutter pränatal bestimmen, die weit über die Trisomieerkennung hinausgehen.

Es ist dringend erforderlich, eine breite Diskussion über diesen Bereich der Pränataldiagnostik in der Öffentlichkeit, der Ärzteschaft und der Politik unter Einbeziehung von forschenden Institutionen, Diagnostikherstellern und nicht zuletzt

---



Behindertenverbänden zu führen.

Weil fundamentale ethische Grundfragen unserer Gesellschaft berührt sind, wird nach sorgfältiger Abwägung abschließend der Parlamentsgesetzgeber gefordert sein, die Grenzen und Bedingungen der Pränataldiagnostik zu definieren.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Sucht und Drogen*

- Ib - 40      Substitutionstherapie Opiatabhängiger in Haftanstalten
- Ib - 69      Zeitnahe Anpassung der Rahmenbedingungen an die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Behandlung Opioidabhängiger



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Substitutionstherapie Opiatabhängiger in Haftanstalten

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Julian Veelken, Katharina Thiede und Dr. Matthias Albrecht (Drucksache Ib - 40) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, von den Justiz- und Gesundheitsbehörden der Bundesländer zu fordern, die medizinische Versorgung von Häftlingen, insbesondere die Substitutionstherapie Opiatabhängiger in Justizanstalten, zu verbessern, um das Äquivalenzprinzip der medizinischen Versorgung durchzusetzen.

**Begründung:**

Das Äquivalenzprinzip der medizinischen Versorgung ist eine gesetzlich verpflichtende Norm, die Strafgefangenen, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) versichert sind, eine gleichwertige Versorgung sichern soll.

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die Justizvollzugsanstalten (JVA) diesem Anspruch nicht ausreichend gerecht werden. Die in Haft ausgesetzte freie Arztwahl, die jedem GKV-Versicherten zusteht, schränkt strukturell ohnehin die Qualität der Versorgung ein.

Die Anzahl von Drogenabhängigen unter den Strafgefangenen beträgt bundesweit 10 bis 25 Prozent, auch wegen vieler konsumnaher Delikte, die mit Freiheitsstrafen geahndet werden.

Die Quote der opiatabhängigen Inhaftierten, die Zugang zur Substitutionstherapie haben, beträgt bundesweit ca. 10 Prozent, mit regionalen Unterschieden (z. B. Bayern 4 Prozent, Nordrhein-Westfalen 30 Prozent). Außerhalb von Haftanstalten werden in Deutschland ca. 40 Prozent der Opiatabhängigen mit Substitution versorgt.

Diese Unterschiede sind medizinisch nicht begründbar.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Zeitnahe Anpassung der Rahmenbedingungen an die neuen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Behandlung Opioidabhängiger

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Robin T. Maitra (Drucksache Ib - 69) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüÙt die Verabschiedung der neuen Richtlinie für die Substitution Opioidabhängiger durch den Vorstand der Bundesärztekammer. Um die Behandlung Opioidabhängiger sicherzustellen, ist es erforderlich, auch auf sozialrechtlicher Ebene die "Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung" (MvV-RL) und die Gebührenordnung anzupassen. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert daher den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, die Rahmenbedingungen zeitnah anzupassen, um die Substitution opioidabhängiger Patientinnen und Patienten zu verbessern.

**Begründung:**

Durch die neue Richtlinie ändern sich die Bedingungen der Behandlung der opioidabhängigen Patienten erheblich (Behandlungszeiträume, größere Anzahl der unter konsiliarischer Beratung behandelbarer Patienten). Eine zeitnahe Anpassung der MvV-RL und der Gebührenpositionen ist dringend erforderlich.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

*Versorgungswerk*

- Ib - 102b    Änderungsantrag zu Antrag Ib - 102
- Ib - 102a    Handlungsempfehlungen erarbeiten
- Ib - 102     Versorgungswerke und Investments



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Änderungsantrag zu Antrag Ib - 102

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Dr. Christian Köhne, Dr. Herbert Sülz, Dr. Lydia Berendes, Dr. Christiane Groß, Dr. Anne Bunte, Dr. Jürgen Krömer, Bernd Zimmer und Rudolf Henke (Drucksache Ib - 102b) zum Beschlussantrag von Dr. Detlef Niemann, Dr. Detlef Lorenzen, PD Dr. Birgit Wulff, Dr. Hans Ramm, Dr. habil. Thomas Schang, Dr. Pedram Emami, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Johannes Nießen, Klaus Schäfer, Günther Dyk und Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache Ib - 102) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Streichen des 2. Abschnitts (ab: "In diesem Sinne ...") und der Begründung.

Begründung:

Die vorgeschlagene Umsetzung ist in der Formulierung nicht ausgereift.

Das Thema ethische Kapitalanlagen ist breiter als es die vorgelegte Begründung ausführt.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Handlungsempfehlungen erarbeiten

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Dr. Angelika Koßmann, Dr. Josef Mischo, Rudolf Henke und Dr. Jürgen Tempel (Drucksache Ib - 102a) zum Beschlussantrag von Dr. Detlef Niemann, Dr. Detlef Lorenzen, PD Dr. Birgit Wulff, Dr. Hans Ramm, Dr. habil. Thomas Schang, Dr. Pedram Emami, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Johannes Nießen, Klaus Schäfer, Günther Dyk und Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache Ib - 102) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Am Ende des Antragstextes soll folgender Text eingefügt werden:

"Die Ständige Konferenz "Ärztliche Versorgungswerke" der Bundesärztekammer wird beauftragt, Handlungsempfehlungen zur Umsetzung zu erarbeiten, um der Komplexität der Kapitalanlagen im Rahmen des gesetzlichen Auftrags zur Sicherung der Altersversorgung gerecht zu werden."



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Versorgungswerke und Investments

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Detlef Niemann, Dr. Detlef Lorenzen, PD Dr. Birgit Wulff, Dr. Hans Ramm, Dr. habil. Thomas Schang, Dr. Pedram Emami, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Johannes Nießen, Klaus Schäfer, Günther Dyk und Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache Ib - 102) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Versorgungswerke der Landesärztekammern auf, Investitionen zur Absicherung des Deckungsstockes nach ethischen Kriterien und angesichts des hochkomplexen Finanzmarktes möglichst nachprüfbar und transparent vorzunehmen.

In diesem Sinne sollen die Investmentmanager mandatiert werden, Produzenten und Händler von

- geächteten Waffen (z. B. ABC-Waffen, Landminen) nach dem Römischen Statut des Internationalen Strafgerichtshofs,
- Kriegswaffen (nach Kriegswaffenkontrollgesetz des Bundes) und
- Klein- und Leichtwaffen (nach Definition der UN)

auszuschließen.

Begründung:

Angesichts weltweit steigender Waffenproduktion, Waffenhandel und Waffenexporten gerade auch in Konfliktgebiete, die mittlerweile Rekordniveau erreicht haben und die nationale Konflikte und Bürgerkriege anheizen könnten, sind Anlagen ärztlicher Versorgungswerke in dieses Investitionsfeld ethisch nicht vertretbar.

Unbestreitbar: Die Bewaffnung zur inneren und äußeren Sicherheit demokratischer Staaten ist sinnvoll und deshalb hinreichend durch Steuergelder zu finanzieren. Dagegen ist die Spekulation auf Anlagenrendite aus der Waffenindustrie unärztlich.

Da die Abgrenzung von Kriegs-, Klein- und Leichtwaffen durch teilweise überschneidende



Definitionen schwierig ist, der Verbleib nach Export oder Lizenzproduktion solcher Waffen nicht hinreichend kontrolliert werden kann oder Dual-Use-Möglichkeiten oft nicht auszuschließen sind, außerdem durch verschachtelte Finanzfonds etc. Transparenz erschwert wird, besteht die Gefahr, angesichts dieser Komplexität die Augen zu schließen und unsere ärztlichen Versorgungswerke, ohne es zu wollen und ohne es zu wissen, ethisch nicht zu verantwortende Investments tätigen.



**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik  
Allgemeine Aussprache**

*Weiteres*

- Ib - 44      Definition der Heilkunde verankern
- Ib - 89      Reform des Heilpraktikerwesens
- Ib - 66      Publication Bias - Ein unverändertes Problem
- Ib - 71      Reprofessionalisierung des Arztberufes als zentrale Herausforderung begreifen
- Ib - 76      Schutz der Schwachen - Transparenz in der Daseinsvorsorge fördern
- Ib - 92      Behebung des Fachkräftemangels nichtärztlicher Gesundheitsberufe
- Ib - 100      Unabhängigkeit und Qualität selbstständiger, freiberuflicher ärztlicher Berufsausübung durch angemessene Honorierung gewährleisten
- Ib - 105      Kostenübernahme bei der Versorgung von nichtversicherten ausländischen Patientinnen und Patienten
- Ib - 111      Keine Freigabe gering radioaktiven Atommülls



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Definition der Heilkunde verankern

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von San. Rat Dr. Eckart Rolshoven, Dr. Josef Mischo, Dr. Hella Marion Frobin-Klein, Cornelia Rupp-John und Markus Hardt (Drucksache Ib - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, eine Definition der Heilkunde an geeigneter Stelle gesetzlich zu verankern, die eine deutlichere Abgrenzung von Paramedizin und dem Heilpraktikerwesen erlaubt.

**Begründung:**

Die Abgrenzung zwischen seriöser Medizin und unseriösen Heilsversprechen wird in den letzten Jahren häufig durch Gerichtsentscheidungen erschwert, die vorwiegend dem Wettbewerbsrecht folgen. Hierdurch hat sich ein Markt entwickelt, der Patientinnen und Patienten verunsichert und zur Ausnutzung von Ängsten verführt. Berufsrechtlich sind diese Auswüchse wegen der fehlenden Definition seriöser Heilkunde bisher nicht oder nur schwer zu ahnden. Bisher findet sich nur eine eher undeutliche Definition der Heilkunde im Heilpraktikergesetz (HeilprG).



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:            Reform des Heilpraktikerwesens

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Christa Bartels, Prof. Dr. Bernd Bertram, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Dr. Ivo Grebe, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Michael Lachmund, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Barbara Stein, Dr. Klaus Strömer, Dr. Herbert Sülz, PD Dr. Maria Vehreschild und Bernd Zimmer (Drucksache Ib - 89) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 stellt fest, dass Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker keinen Gesundheitsfachberuf ausüben.

Die von Heilpraktikern zu absolvierende "Gefahrenabwehrüberprüfung" beinhaltet keine positive Feststellung einer theoretisch und oder praktisch erworbenen Qualifikation, sondern lediglich die negative Feststellung, dass von der betreffenden Person keine Gefahr für die Volksgesundheit ausgehen soll.

Das Heilpraktikerwesen steht somit auÙerhalb der sonst im Gesundheitswesen geltenden Anforderungen an klar definierte fachliche Qualifikationen auf der Basis fundierter Standards und an eine hohe Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung. Es lässt sich in diese Anforderungen auch nicht integrieren, denn es ist gerade das zentrale Merkmal des Heilpraktikerwesens, auÙerhalb geltender Standards und allgemein anerkannter Wirksamkeitsmechnismen tätig werden zu dürfen.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber deshalb auf, den Schutz von Patientinnen und Patienten bei der Ausübung von Heilkunde zu verbessern und die Rechte von Heilpraktikern so zu gestalten, dass deren Tätigkeit keine Gefährdung für Patienten darstellt.

Vom derzeit zulässigen Tätigkeitsumfang von Heilpraktikern sind alle invasiven Maßnahmen (wie chirurgische Eingriffe, Injektionen und Infusionen) sowie die Behandlung von Krebserkrankungen auszuschließen.

Bei Vorliegen einer Krankheit, die vermutlich über eine Befindlichkeitsstörung hinausgeht, ist der Patient vom Heilpraktiker darauf hinzuweisen, dass ein Arzt aufgesucht werden

---



sollte.

Begründung:

Die tödlich verlaufenen Versuche von Krebsbehandlungen in Bracht im vergangenen Jahr haben die Öffentlichkeit darüber in Kenntnis gesetzt, dass Heilpraktiker in Deutschland - bis auf wenige Ausnahmen, für die ein Arztvorbehalt besteht - umfassend zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Nicht bekannt ist der Bevölkerung in der Regel, unter welchen Voraussetzungen Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker zur Ausübung der gesamten Heilkunde befugt sind.

Sie geht davon aus, dass Heilpraktiker über eine geregelte Ausbildung (Kenntnisse und Fertigkeiten) verfügen, sie eine Zulassung erhalten und über sie eine staatliche Aufsicht wacht. Dies alles trifft nicht zu. Sie werden als "kleine Ärztinnen und Ärzte" wahrgenommen, die komplementärmedizinisch tätig werden und zumeist Naturheilverfahren, Homöopathie und andere alternative diagnostische und therapeutische Verfahren im Gegensatz zur Schulmedizin praktizieren.

Vorschläge, das Heilpraktikerwesen durch eine staatlich anerkannte Ausbildung oder gar durch akademische Qualifikationen zu reformieren, weisen in die falsche Richtung. Grundlage jeder staatlich anerkannten Ausbildung müssten klare, fachlich begründete Standards sein. Die "Freiheit" von solchen Standards ist aber gerade konstitutiv für das Heilpraktikerwesen.

Weil im Heilpraktikerwesen fachliche Standards fehlen, fehlt auch die Grundlage für Qualitätskontrollen durch die Gesundheitsbehörden. Qualitätskontrollen setzen einen allgemein anerkannten Qualitätsmaßstab voraus, der im Heilpraktikerwesen fehlt.

Im Interesse der Patientensicherheit muss eine Reform des Heilpraktikergesetzes (HeilprG) deswegen vor allem den Umfang der Tätigkeitserlaubnis in den Blick nehmen. Besondere Gefahren gehen von allen invasiven Maßnahmen aus.

Außerdem sind bestimmte Erkrankungskonstellationen von der Erlaubnis auszunehmen. Dies ist schon in der Vergangenheit z. B. für die Geburtshilfe und Geschlechtskrankheiten geschehen. Aus heutiger Sicht muss auch die Behandlung von Krebserkrankungen von der Erlaubnis ausgenommen werden.

Die moderne, evidenzbasierte Medizin stellt - anders als dies vor Jahrzehnten bei Erlass des Heilpraktikergesetzes der Fall war - für viele Krebserkrankungen wirksame Behandlungsmöglichkeiten bereit. Der Erfolg dieser Behandlungen hängt oft entscheidend von einem rechtzeitigen Behandlungsbeginn ab. Es kann deswegen nicht länger zugelassen werden, dass auf Basis einer Heilpraktikererlaubnis unseriöse Angebote zur



Krebsbehandlung an Menschen in einer gesundheitlich existenziellen Notlage herangetragen werden.

Solche Angebote fügen den von der Krebserkrankung betroffenen Menschen im günstigsten Fall teils erhebliche finanzielle Schäden zu, verzögern oder verhindern in vielen Fällen den rechtzeitigen Beginn einer erfolgreichen Behandlung und können darüber hinaus - wie in Bracht geschehen - erheblichen zusätzlichen gesundheitlichen Schaden anrichten. Deswegen darf die Heilpraktikererlaubnis die Behandlung von Krebserkrankungen nicht länger umfassen.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Publication Bias - Ein unverändertes Problem

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 66) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Nach wie vor werden nur etwa 50 Prozent der abgeschlossenen klinischen Studien von den Studienleitern in Form einer Vollpublikation veröffentlicht.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 betrachtet die Veröffentlichung von Ergebnissen klinischer Studien am Menschen als von der in der ärztlichen Berufsordnung niedergelegten Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung erfasst und fordert daher alle an solchen Studien beteiligten Kolleginnen und Kollegen auf, ihrer Berufspflicht angemessen und zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten nachzukommen und alle Ergebnisse ihrer Forschung zeitnah öffentlich zugänglich zu machen. Als Minimalstandard betrachtet der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in diesem Zusammenhang eine zeitnah nach Abschluss einer Studie erfolgende Präsentation der klinischen Daten in den Datenbanken der Zulassungsbehörden.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 appelliert an die Politik, die zeitgerechte Befüllung der Datenbanken nach Abschluss einer Studie zu gewährleisten.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Reprofessionalisierung des Arztberufes als zentrale Herausforderung  
                          begreifen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Günther Jonitz, Dr. Kai Johanning, Dr. Christoph Emminger, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Matthias Fabian und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 71) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Merkantilisierung des Gesundheitswesens und der resultierenden Verdrängung zentraler ärztlicher Werte und Ziele bittet der 120. Deutsche Ärztetag 2017 die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), die bereits bestehenden Bemühungen einzelner Fachgesellschaften<sup>1, 2</sup> sowie Richtlinien ärztlichen Handelns und ärztlicher Haltung im Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie zu formulieren, zu koordinieren und gemeinsam mit der Bundesärztekammer in einer gemeinsamen Handlungsempfehlung an die deutsche Ärzteschaft zusammenzuführen.

Die deutsche Ärzteschaft wird aufgerufen, sich ihre Professionsverpflichtung täglich bewusst zu machen und entsprechend zu handeln.

#### **Begründung:**

In Deutschland wird, wie in vielen anderen Industrienationen auch, seit Jahren versucht, einen weiteren Anstieg der Kosten für das Gesundheitswesen dadurch zu verlangsamen, dass Steuer- und Regelungsmethoden aus der Wirtschaft übernommen werden. Mittlerweile ist klar, dass damit eine schleichende, aber tiefgreifende Veränderung der therapeutischen Beziehung zwischen Patienten und Behandelnden einhergeht, die geeignet ist, den in der Daseinsvorsorge verorteten Zweck des Gesundheitswesens dauerhaft zu konterkarieren.

Die Ärzteschaft ist durch diese auf finanzielle Anreize setzende Politik unter der Überschrift "Gesundheitswirtschaft" in die Defensive geraten.

In Kenntnis dieser gefährlichen Entwicklung wurden und werden national<sup>3, 4, 5</sup> und international<sup>6, 7, 8, 9</sup> Stimmen lauter, die eine Rückbesinnung auf den Kern der



therapeutischen Professionen fordern. Die Versuche einzelner medizinischer Fachgesellschaften, die Zerstörung der ärztlichen Professionalität in Deutschland zu verhindern, sollten gebündelt werden, um besser hörbar zu werden.

Gleichzeitig gilt: Alle Appelle werden wirkungslos verhallen, wenn die Ärzteschaft sich der zentralen Bedeutung dieses Themas nicht bewusst wird.

<sup>1</sup>Schumm-Draeger PM, Mann K, Müller-Wieland D, Fölsch UR (2016) Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen. DMW 141: 1183-1185

<sup>2</sup>Grond M, Gold R, Oertel WH (2014) Handlungsrichtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie im Umgang mit wirtschaftlichen Interessen im Gesundheitswesen. Akt Neurol 41: 263–266

<sup>3</sup>Stellungnahme der Bundesärztekammer "Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung"  
[www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn\\_Medizinische\\_Indikationsstellung\\_und\\_Oekonomisierung.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn_Medizinische_Indikationsstellung_und_Oekonomisierung.pdf)  
(07.05.2017)

<sup>4</sup>Heubel, F (2015) Vom Berufsstand zur Profession. In: Heubel, F (Hg.) Professionslogik im Krankenhaus, Humanities Online, ISBN 978-3-941743-53-3

<sup>5</sup>Maio, Giovanni, Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell, Dtsch Ärztebl 2012, 109 (16) A804-7

<sup>6</sup>Freidson, Eliot, Professionalism. The Third Logic, University of Chicago Press, 2001

<sup>7</sup>DeAngelis C (2015) Medical Professionalism. JAMA 313: 1837-8

<sup>8</sup>ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine et al (2002) Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med 136:243–246



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:**            Schutz der Schwachen - Transparenz in der Daseinsvorsorge fördern

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Günther Jonitz, Dr. Christian Köhne, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Matthias Fabian und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ib - 76) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert im Rahmen der Diskussion um die Qualität deutscher Kliniken die Gesundheitsministerien der Länder auf, Ombudsstellen einzurichten, an die sich im Gesundheitswesen Beschäftigte wenden können, wenn sie Missstände in der Patientenversorgung nicht auf dem Dienstweg beseitigen können. Die Meldenden (Whistleblower) werden dabei grundsätzlich vor negativen juristischen Folgen einer Meldung geschützt. Meldungen, die sich nach einer Prüfung als zutreffend erweisen, werden unter Nennung der betroffenen Einrichtung veröffentlicht. Das gesamte Verfahren ist nach spätestens drei Monaten abgeschlossen.

**Begründung:**

Mängel im Gesundheitswesen sind häufig mit einer Patientengefährdung verbunden, werden unter ökonomischem Druck aber nicht immer mit dem erforderlichen Nachdruck beseitigt. Beschäftigte, denen solche Mängel auffallen, finden sich regelhaft in einer Konfliktsituation zwischen der arbeitsrechtlich geforderten Loyalität dem Arbeitgeber gegenüber und der Verpflichtung, Schaden vom Patienten abzuwenden, wieder. Wenn in der Organisationsstruktur vorgesehene Maßnahmen (z. B. Überlastungsanzeigen) nicht zu einer tragfähigen Lösung eines Problems führen, bleibt kaum eine Alternative, als unter Inkaufnahme arbeitsrechtlicher Konsequenzen an die Öffentlichkeit zu gehen oder zu schweigen.

Das muss und darf nicht so sein: "In diesem Zusammenhang sei auf die kalifornischen Rechtsvorschriften zum Whistleblower-Schutz im Health and Safety Code (§ 1278.5 HSC) hingewiesen. Aufgrund dieses Whistleblower-Schutzes ist es jeder Pflegekraft möglich, Gefahren für die unmittelbare Sicherheit der Patientinnen und Patienten und/oder eingetretene unerwünschte Ereignisse - auch aufgrund von zu niedrigen Verhältniszahlen - beim California Department of Health Services anzuzeigen, ohne mit negativen (z. B. arbeitsrechtlichen) Konsequenzen rechnen zu müssen."<sup>1</sup>

---



<sup>1</sup>Simon M, Mehmecke S (2017) Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG Nummer 027 der Hans-Boeckler-Stiftung, Februar 2017, ISSN 2509-2359; [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de)



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Behebung des Fachkräftemangels nichtärztlicher Gesundheitsberufe

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache Ib - 92) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, sich dafür einzusetzen, dass gegen den zunehmenden Fachkräftemangel in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen (z. B. Hebammen, Pflege/Altenpflege, Funktionsdienste im Operationssaal, medizinisch-technische Radiologieassistentin [MTRA]/medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin [MTLA], Therapeuten) geeignete Maßnahmen eingeleitet werden, z. B. Marketingkampagnen, ausreichend viele attraktive und schulgeldfreie Ausbildungsplätze sowie berufsqualifizierende Weiterentwicklungsmöglichkeiten.

Begründung:

Für eine suffiziente medizinische Versorgung braucht es neben gut ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten auch ausreichend viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Hier entwickelt sich ein zunehmend limitierender Engpass.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel: Unabhängigkeit und Qualität selbstständiger, freiberuflicher ärztlicher Berufsausübung durch angemessene Honorierung gewährleisten

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing, Wieland Dietrich, Dr. Axel Brunngraber und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache Ib - 100) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert, dass die ärztliche Tätigkeit selbstständiger, freiberuflicher Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich bei der Behandlung aller Patientinnen und Patienten, unabhängig von deren etwaigem Versicherungsstatus (GKV, PKV, Unfallversicherungsträger und andere mehr) existenzsichernd - und die ärztliche Unabhängigkeit während - möglich sein muss. Freiberuflich tätige, selbstständige Ärzte sind bei der Ausübung ihres Berufes darauf angewiesen, dass ihre Tätigkeit grundsätzlich bei allen Patienten angemessen honoriert wird, damit ärztliche Unabhängigkeit und Existenzsicherung gewährleistet werden. Darüber hinaus stellen die Abgeordneten des 120. Deutschen Ärztetages 2017 fest, dass die stets gebotene Qualität ärztlichen Handelns bei allen Patientengruppen ein wirtschaftlich solides Fundament für die selbstständige ärztliche Tätigkeit voraussetzt.



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

**Titel:** Kostenübernahme bei der Versorgung von nichtversicherten ausländischen Patientinnen und Patienten

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker und Julian Veelken (Drucksache Ib - 105) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, sich dafür einzusetzen, dass die entstandenen und nicht eintreibbaren Kosten in der Notfallbehandlung von ausländischen Patientinnen und Patienten aus Steuermitteln und nicht von den Leistungserbringern finanziert werden.



---

**TOP Ib      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Allgemeine Aussprache**

Titel:           Keine Freigabe gering radioaktiven Atommülls

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, Dr. Joachim Suder und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache Ib - 111) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 120. Deutschen Ärztetages 2017 warnen vor der Verharmlosung möglicher Strahlenschäden durch die geplante Verteilung von gering radioaktivem Restmüll aus dem Abriss von Atomkraftwerken (AKW).

Durch die sogenannte "Freigabe" gering radioaktiven Restmülls in die allgemeine Wiederverwertung und der Lagerung auf normalen Mülldeponien wird die Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten völlig unnötig und vermeidbar zusätzlichen Strahlenbelastungen ausgesetzt.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesregierung auf, sich zur Minimierung der gesundheitlichen Risiken für die Bevölkerung für eine Verwahrung auch des gering strahlenden Mülls auf den Kraftwerksgeländen einzusetzen.

#### **Begründung:**

Es ist geplant, dass "freigemessener" gering radioaktiver Restmüll aus dem Abriss von Atomkraftwerken sowohl in die allgemeine Wiederverwertung als auch auf Mülldeponien vermischt und "endgelagert" und so zudem aus der Atomaufsicht entlassen wird. Bei einer Freimessung im AKW wird nach mehrfachen Dekontaminationsschritten anhand willkürlich festgelegter Freimessgrenzen - dem sogenannten 10µSv-Konzept - überprüft, ob die radioaktiven Reststoffe je nach Strahlenaktivität wiederverwertet oder auf normalen Bauschuttdeponien ohne weitere Strahlenschutzkontrollen eingebracht werden können.

Als Ärzte weisen wir darauf hin, dass es keine Schwellenwerte für die Unbedenklichkeit von ionisierender Strahlung gibt und auch durch vermeintlich geringe Strahlenmengen gesundheitliche Schäden und Spätfolgen über Generationen entstehen können. In diesem Zusammenhang sind die gesundheitlichen Folgen einer Verteilung von AKW-Restmüll nicht ausreichend geklärt. Aus Strahlenschutzgründen muss die belastete Menge so klein wie möglich gehalten und mit dem bestmöglichen technischen Stand sicher verwahrt werden, am besten auf dem Kraftwerksgelände. Wie sich aus aktuellen Gutachten der

---



Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges (IPPNW) ergibt, ist dies durch die Lagerung in bunkerähnlichen Bauwerken auf den Kraftwerksgeländen oder in Gebäuden, die nach der Entkernung radioaktiv belasteter AKW-Teile am Standort stengelassen werden können, gewährleistet.



**TOP Ic      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Umsetzung des Beschlusses IV - 107 des 119. Deutschen**  
**Ärztetages 2016**

Ic - 01      Umsetzung des Beschlusses IV - 107 des 119. Deutschen  
Ärztetages 2016

Ic - 02      Änderung des § 5 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage



---

**TOP Ic      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Umsetzung des Beschlusses IV - 107 des 119. Deutschen Ärztetages 2016**

Titel:            Umsetzung des Beschlusses IV - 107 des 119. Deutschen Ärztetages 2016

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ic - 01) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 nimmt den aktuellen Sachstand zur Umsetzung des Beschlusses IV -107 des 119. Deutschen Ärztetages 2016 zur Kenntnis.

Begründung:

Mit dem Beschluss IV - 107 hat der 119. Deutsche Ärztetag 2016 den Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, "Satzung und Geschäftsordnung der Bundesärztekammer prozessoptimiert und in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern zu überarbeiten".

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat mit den Geschäftsführungen der Landesärztekammern den Beschluss IV - 107 des 119. Deutschen Ärztetages 2016 beraten. Der Vorstand hat beschlossen, eine Projektgruppe mit der Umsetzung dieses Beschlusses zu beauftragen. Die Projektgruppe wird aus Mitgliedern des Vorstands sowie Vertretern der Geschäftsführung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern gebildet. Gegenstand der Überarbeitung ist die Klarstellung, Konkretisierung und Ergänzung der bestehenden Vorschriften, nicht hingegen die Schaffung neuer Rechte und Pflichten. Die Projektgruppe soll Änderungs- und Ergänzungsvorschläge erarbeiten und konkretisieren. Hierbei berücksichtigt sie die Vorschläge und Prüfaufträge, die über die Landesärztekammern an sie übermittelt werden sollen. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Projektgruppe werden vom Vorstand der Bundesärztekammer ausgewertet und beraten. Anschließend werden die Landesärztekammern im Rahmen eines Konvergenzverfahrens Gelegenheit zur Beratung und Kommentierung der Vorschläge erhalten. Nach der Auswertung der Rückmeldungen und der abschließenden Beratung durch den Vorstand der Bundesärztekammer werden die Vorschläge zur Änderung der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärzteschaft dem Deutschen Ärztetag zur Beschlussfassung vorgelegt.

Weitere Ausführungen erfolgen mündlich.

---



---

**TOP Ic      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**  
**Umsetzung des Beschlusses IV - 107 des 119. Deutschen Ärztetages 2016**

Titel:            Änderung des § 5 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Messer, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Petra Babel (Drucksache Ic - 02) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen: Zur Sicherstellung demokratischer Grundprinzipien und Entscheidungen auf Grundlage der individuellen Überzeugungen eines jeden Abgeordneten ist bei den Abstimmungen und Wahlen zum Vorstand sowie bei sonstigen Abstimmungen der Modus einer geheimen Abstimmung in den § 5 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage aufzunehmen. Die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage ist zum nächstmöglichen Termin entsprechend nachfolgender Fassung zu ändern und um einen Absatz 3 zu ergänzen:

*(3) Wenn dem Antrag mindestens 50 anwesende Abgeordnete mündlich zustimmen, muss die Beschlussfassung in geheimer Abstimmung erfolgen.*



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

*Digitalisierung (allgemein)*  
*Ärztliche Schweigepflicht, Datenschutz, Datensicherheit*  
*Apps*  
*eGK und Telematikinfrastruktur*  
*Weiteres*  
*Fernbehandlung*



## TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen

### *Digitalisierung (allgemein)*

- II - 01      Digitalisierung im Gesundheitswesen - Ärzteschaft gestaltet mit
- II - 02      Digitalisierung des Gesundheitswesens aktiv mitgestalten! Potenziale erkennen, Arbeitsprozesse optimieren, Versorgung verbessern
- II - 08      Angemessene Vergütung von E-Health-Anwendungen
- II - 09      Forderung eines arztunterstützenden Einsatzes von E-Health ohne zusätzliche Belastungen und Aufwendungen
- II - 16      Digitalisierung im Gesundheitswesen - mehr Chancen als Risiken
- II - 17      Digitale Techniken brauchen gute und klare Rahmenbedingungen, um gute Medizin zu erbringen
- II - 18      Ärztinnen und Ärzte brauchen benutzerfreundliche und sichere IT-Arbeitsplätze
- II - 32      Digitalisierung soll mehr Zeit für den Patienten schaffen, nicht mehr Arbeitsverdichtung
- II - 38      Zugang und Nutzungsmöglichkeit digitaler Techniken für alle Patientengruppen
- II - 11      Notwendigkeit einer Dokumentation ärztlicher Aktivitäten in der patientenindividuellen Kartei auch in Zeiten von E-Health



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Digitalisierung im Gesundheitswesen - Ärzteschaft gestaltet mit

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Ute Taube, Prof. Dr. habil. Uwe Köhler und Dr. Thomas Lipp (Drucksache II - 01a) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

In der Medizin ist die Nutzung von Praxis- und Krankenhausinformationssystemen in der Verwaltung und Verarbeitung von Patienten- und Behandlungsdaten in Deutschland mittlerweile eine Selbstverständlichkeit. In Diagnostik und Therapie unterstützen digitale Verfahren ärztliches Handeln und sind nicht mehr wegzudenken.

Digitalisierung im Gesundheitswesen umfasst die Weiterentwicklung bestehender analoger Verfahren der Kommunikation zwischen Ärzten untereinander und mit ihren Patientinnen und Patienten, die elektronische Speicherung von Notfalldaten und Medikationsplänen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), den elektronischen Versand von Arztbriefen über die Telematikinfrastruktur (TI), Videokonsultationen zwischen Patient und Arzt sowie den gemeinsamen Zugriff auf elektronische Patientenakten (ePA).

Apps stellen auch bisher papiergebundene Informationen nun digital zur Verfügung, beispielsweise zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme oder zum Führen von elektronischen Diabetestagebüchern. Eine Verbesserung der Compliance durch derartige Apps ist im Sinne einer guten Versorgung.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüÙt grundsätzlich die Möglichkeiten dieser digitalen Anwendungen, da sie die Chance bieten, bessere Informationen als Grundlage für diagnostische und therapeutische Entscheidungen zur Verfügung zu stellen. Grundlegende Voraussetzungen sind:

- Ärztinnen und Ärzte wie Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass die ärztliche Schweigepflicht auch bei der Nutzung der digitalen Anwendungen gewährleistet ist. Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass ihre Gesundheitsdaten vor dem Zugriff unberechtigter Dritter geschützt sind.
  - Die Benutzerfreundlichkeit der Anwendungen muss für Ärzte und Patienten gegeben sein. Die Nutzung darf nicht zu mehr Bürokratie in Arztpraxen und Krankenhäusern führen.
  - Patientinnen und Patienten müssen das Recht behalten, sich freiwillig für oder gegen die Nutzung der Anwendungen entscheiden zu können.
  - Der Aufbau der Telematikinfrastruktur sowie der Anschluss der Arztpraxen,
-



Krankenhäuser und Apotheken ist eine Aufgabe, die allen Bürgerinnen und Bürgern zugutekommt. Eine Finanzierung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ohne Einbeziehung der privaten Krankenversicherung (PKV) und Beihilfe ist nicht sachgerecht; eine gesetzgeberisch initiierte Infrastruktur sollte aus Steuermitteln finanziert werden. Damit wäre sichergestellt, dass die für die Versorgung der Versicherten vorgesehenen Mittel für den Erwerb von Lesegeräten, Konnektoren etc. sowie mögliche und wünschenswerte Anschubanreize nicht zweckentfremdet werden. Ein staatliches Infrastrukturprogramm sollte zügig aufgesetzt werden.

Das zukünftige Feld der Digitalisierung im Gesundheitswesen wird durch neue diagnostische und therapeutische Verfahren mittels Sensoren, Big Data und künstlicher Intelligenz gekennzeichnet sein. Insbesondere multinationale Unternehmen der Informations- und Kommunikationsbranche (IKT) engagieren sich hier mit neuen Geschäftsmodellen. Noch sind die Anwendungsfelder und Möglichkeiten nur in Ansätzen erkennbar; so versprechen Fortschritte in Big Data und der künstlichen Intelligenz die Ausrichtung auf eine personalisierte Medizin.

Die entscheidende Frage wird sein, inwieweit sich die Versorgung zu einem - zunehmend vom individuellen Patient-Arzt-Verhältnis - entkoppelten Geschäftsmodell entwickelt.

In Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten und der nachfolgenden Ärztegeneration fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017 den Gesetzgeber und die Institutionen der Selbstverwaltung auf, eine Digitalisierungsstrategie zu schaffen, die folgende Aspekte klärt:

- die ethischen Grundsätze zum Umgang mit neuem Wissen und neuen Methoden,
- die Rolle digitaler Methoden und Verfahren in der Gesundheitsversorgung,
- den Umgang mit Grundsätzen des Datenschutzes (Erforderlichkeit, Zweckgebundenheit, Sparsamkeit der Datenerhebung) im Zusammenspiel mit den Anforderungen von Big Data,
- die Rahmenbedingungen der Finanzierung und
- rechtliche Rahmenbedingungen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Digitalisierung des Gesundheitswesens aktiv mitgestalten! Potenziale erkennen, Arbeitsprozesse optimieren, Versorgung verbessern

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp, Dr. Hanjo Pohle und Klaus-Peter Schaps (Drucksache II - 02) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bekennt sich zur Verantwortung und zur Bereitschaft der Ärzteschaft, den Einsatz und die Weiterentwicklung von E-Health aktiv mitzugestalten und deren Möglichkeiten unter dem Aspekt einer Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie mit Blick auf die Optimierung von Arbeitsprozessen von Ärztinnen und Ärzten bestmöglich zu nutzen und voranzutreiben. Voraussetzung für eine unter diesen Gesichtspunkten sinnvolle und notwendige Dynamisierung dieses Prozesses ist dabei neben der Sicherstellung des Datenschutzes zwingend, auch, dass sowohl Gesetzgeber als auch Kostenträger ihrerseits ihrer Verantwortung für die Übernahme der in diesem Prozess entstehenden Kosten gerecht werden. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bringt in diesem Zusammenhang seine Überzeugung zum Ausdruck, dass eine im Interesse aller Beteiligten erfolgreiche Entwicklung beim Ausbau und der Nutzung von E-Health nur möglich ist, wenn alle verantwortlichen Player des gesundheitlichen Versorgungsbereiches deren Nutzen erkennen und in einer konzertierten Aktion zusammenarbeiten. Dabei unterstreicht die ärztliche Selbstverwaltung ihren Organisations- und Befugnisanspruch beim Ausbau der Telematikinfrastruktur.

Der Gesetzgeber hat die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von E-Health erkannt und mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz - eHealthG) den Rahmen geschaffen, der einen geregelten und qualitätsgesicherten Zugang zu digitalisierbaren Prozessen im Rahmen der staatlichen Daseinsfürsorge ermöglicht. Dieser Rahmen ist nun so auszugestalten, dass E-Health einen Mehrwert für Patienten und Ärzte hat. Zurzeit fehlt es noch an der notwendigen Datengeschwindigkeit und einer stringenten Strategie, um intersektorale Kommunikation langfristig erfolgreich zu gewährleisten.

Bis heute sind noch nicht alle Akteure im Gesundheitswesen in ausreichendem Maße vernetzt, um eine integrierte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Unternehmen im Bereich E-Health sind äußerst innovativ und weisen eine hohe Dynamik auf. Es fehlt jedoch an Innovationsfreundlichkeit innerhalb des Gesundheitswesens, sodass neue Anwendungen - auch etablierte Verfahren wie Telemonitoring - noch nicht in die Regelversorgung Einzug gehalten haben. Ursächlich dafür ist vor allem auch die

---



Schwerfälligkeit der Kostenträger, wenn es - wie z. B. im Bereich der Videosprechstunde - gilt, entstehende Kosten zu übernehmen und nicht den Leistungserbringern zu überlassen. Ohne in ausreichendem Maße bereitgestellte Mittel für die zur Vernetzung notwendigen Investitionen wird der Prozess nicht in erforderlichem Maße voranschreiten.

Besondere Herausforderungen bei der Weiterentwicklung von E-Health sind unter anderem der Ausbau der Telematikinfrastruktur, die Implementierung entsprechender Hardware in Klinik und Praxis, die Schaffung höchstmöglicher Datensicherheit sowie die Zertifizierung sogenannter Gesundheits-Apps. Hier sind mit Blick auf den Ausbau leistungsfähiger Datennetze (vor allem in bisher unterversorgten Gebieten) vor allem Telekommunikationsunternehmen gefragt. Dies gilt für Startup-Unternehmen bei der Entwicklung von Gesundheits-Apps ebenso wie für die gematik bei der termingerechten Zertifizierung datensicherer Kommunikationstechnik.

Im Einzelnen sind zeitnah folgende Voraussetzungen zu erfüllen und deren Finanzierung im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe zu gewährleisten:

Schnelle Implementierung in die Regelversorgung: Der Weg für die Übernahme von weiteren digitalisierten Versorgungsangeboten in die Regelversorgung muss zügig geebnet werden. Hierbei bieten sich insbesondere telemedizinische Leistungen an, die sich bereits bewährt haben, wie im Fall von chronischer Herzinsuffizienz, Schlaganfällen oder Diabetes mellitus Typ II. Die Investitionskraft von Leistungserbringern muss dabei durch klarere Regelungen und Bereitstellen ausreichender, zweckgebundener Mittel verbessert werden, um flächendeckend die Digitalisierung voranzutreiben und Potenziale in der Versorgung zu heben.

Sicherstellung des Datenschutzes bei der Gesundheitsdatennutzung: Datenschutz, die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung sind im Umgang mit E-Health wesentliche Faktoren. Die größtmögliche Sicherheit im Umgang mit hochsensiblen persönlichen Daten ist Basis für das Vertrauen der Patienten im Umgang mit E-Health. Deshalb sind hier alle sinnvollen und leicht anwendbaren Möglichkeiten des Datenschutzes vorzusehen und hierfür einheitliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Neue Marktzugangsregeln für E-Health-Innovationen: Es müssen einheitliche und verbindliche Marktzugangsregeln für E-Health-Innovationen geschaffen werden, die die Dynamik in diesem Markt widerspiegeln und Deutschland als Standort für E-Health-Lösungen stärken. Hierfür sind auch verbindliche Verfahren zur Zertifizierung neuer technischer Möglichkeiten zu schaffen, nicht zuletzt mit Blick auf eine mögliche Übernahme in die Regelversorgung.

Schnelle Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA): Um die Patientinnen und Patienten an der Digitalisierung teilhaben und davon profitieren zu lassen, sollte möglichst schnell ein verbindlicher Zeitplan zur Umsetzung der elektronischen Patientenakte



aufgestellt werden.

Mobile Nutzung von Daten und Versorgungsnetzen vereinfachen: Die mobile Nutzung von Daten und Versorgungsnetzen sollte unter Wahrung der Datensicherheit und der Datensouveränität möglich gemacht werden, z. B. auch über Apps, die von Patienten und Leistungserbringern genutzt werden. Eine niederschwellige Anwendung des autorisierten Zugriffs und der sicheren mobilen Übermittlung schafft die notwendige Akzeptanz und Skalierbarkeit für die Effizienz des mobilen Systems.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Angemessene Vergütung von E-Health-Anwendungen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring, Dr. Christian Messer, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Petra Bubel, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Joachim Wichmann und Dr. Matthias Lohaus (Drucksache II - 08) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert, dass E-Health-Anwendungen als Unterstützung des Arztes bei Diagnose und Therapie angemessen und auÙerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

**Begründung:**

Die Ärzteschaft fordert eine moderne Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten, auch mit telemedizinischen Möglichkeiten. Das erfordert eine angemessene Vergütung durch die Kostenträger, die nicht durch Honorarabzüge der Ärztinnen und Ärzte an anderer Stelle finanziert werden kann, da bereits heute Fachärzte bis zu 30 Prozent ihrer Leistungen erbringen, ohne dafür bezahlt zu werden. Jüngste Einführungen von E-Health-Anwendungen haben bewiesen, dass ohne Kostendeckung eine nachhaltige und flächendeckende Anwendung nicht gewährleistet werden kann, wenn Ärzte die Kosten tragen müssen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Forderung eines arztunterstützenden Einsatzes von E-Health ohne  
zusätzliche Belastungen und Aufwendungen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring, Dr. Christian Messer, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Petra Bubel, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Joachim Wichmann und Dr. Matthias Lohaus (Drucksache II - 09) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 stellt fest, dass durch Telemedizin Kommunikations- und Austauschprozesse entstehen können, die den behandelnden Arzt unterstützen und qualitätssteigernd andere Spezialisten und Fachärzte in Klinik und Praxis effektiv und ressourcenschonend in die Versorgung einbinden. Die Digitalisierung stellt somit auch ein wertvolles Instrument der Steuerung dar. Sie entlastet Fachärzte einerseits und gibt den behandelnden Haus- und Fachärzten gleichzeitig die Möglichkeit zur Vernetzung mit Spezialisten. Telemedizin darf in der Gesamtbetrachtung nicht zu einem zusätzlichen Zeitaufwand für die Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis oder zu zusätzlichen Kosten führen. Die Mittel für ärztliche Tätigkeit dürfen insgesamt durch telemedizinische Anwendungen nicht eingeschränkt bzw. reduziert werden.

**Begründung:**

Die Ressourcen des Arztes in Klinik und Praxis sind begrenzt. E-Health-Anwendungen müssen zu einem schonenden Einsatz dieser Ressourcen beitragen. Dies kann nur gelingen, wenn Kosten reduziert, Zeit effizient eingesetzt sowie räumliche und zeitliche Distanzen überwunden werden. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten durch Hausärzte und Fachärzte in Klinik und Praxis wird mittels Digitalisierung an Effizienz gewinnen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Digitalisierung im Gesundheitswesen - mehr Chancen als Risiken

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Rudolf Henke, Kai Sostmann, Dr. Andreas Botzlar, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Christiane Groß (Drucksache II - 16) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Nutzung digitaler Geräte und Anwendungen findet in modernen Gesellschaften in allen Lebensbereichen statt. Seit Beginn des digitalen Umbruchs im auslaufenden 20. Jahrhundert hielt die Digitalisierung auch Einzug in das deutsche Gesundheitswesen. 2002 einigten sich die Spitzenverbände im Gesundheitswesen auf ein gemeinsames Vorgehen bei der Vernetzung des Gesundheitswesens. 2005 wurde die gematik gegründet, in der die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Interessen der Ärzteschaft vertreten. Seitdem befassen sich auch die Deutschen Ärztetage mit der Thematik. Dabei wurden die Risiken bislang stärker betont als die Chancen, was letztlich den Prozess der zukunftsgerichteten Strukturierung der Telematik (Telekommunikation und Informatik) eher behinderte.

Informationstechnologie ist heute dennoch ein fester Bestandteil des ärztlichen Berufsalltags. Die Nutzung von Krankenhaus- und Praxisinformationssystemen zur Verwaltung von Patientendaten sowie von digitalen Verfahren in Diagnostik und Therapie ist etabliert und steht nicht mehr in Frage.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 steht zur digitalen Entwicklung im Gesundheitssystem, um Chancen und Vorteile zu nutzen. Digitalisierung kann der Verbesserung der Gesundheitsversorgung dienen, wenn sie zum Wohle des Patienten und zum Wohle des Arztes im Sinne einer effektiveren und effizienteren Berufsausübung eingesetzt wird. Dabei ist es wichtig, bei der Digitalisierung zukünftig den ärztlichen Sachverstand früher, zielgerichteter und konstruktiver einzubringen mit dem Fokus auf medizinische Prozesse, auch um zu verdeutlichen, dass die digitale Entwicklung nicht nur der Ökonomisierung dienen darf.

Die nächsten Schritte der Digitalisierung im Gesundheitswesen stehen bevor. Die Verfügbarkeit wichtiger Informationen zu Vorerkrankungen, Medikation, stattgefundenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die Erhebung gesundheitsrelevanter Daten durch Sensoren in Alltagsgeräten sowie die Verarbeitung dieser großen Datenmengen können Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Arbeit unterstützen. Patientinnen und Patienten können durch ärztliches Telemonitoring sicherer und länger in ihrer häuslichen

---



---

Umgebung leben. Die Analyse einer Vielzahl von digital dokumentierten Krankheitsverläufen kann zukünftig die Versorgungsforschung voranbringen. Es bedarf der raschen Klärung, welche Anwendungen wo in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden können.

Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten brauchen Rechtssicherheit beim Einsatz digitaler Anwendungen. Die Einhaltung ethischer Grundsätze ärztlichen Handelns, die Beibehaltung des Datenschutzes und die persönliche ärztliche Zuwendung zu Patienten müssen auch bei den neuen digitalen Verfahren oberste Priorität haben, ohne die Digitalisierung prinzipiell zu verhindern.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber und die Gremien der Selbstverwaltung auf, standardisierte Verfahren zur Bewertung neuer digitaler Anwendungen unter Beachtung der oben genannten Kriterien und unter Einbeziehung ärztlichen Sachverständs zu etablieren. Für telemedizinische Anwendungen muss ein wissenschaftlich abgesicherter Nachweis sowohl der Wirksamkeit im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung als auch der Praktikabilität in der ärztlichen Tätigkeit erbracht werden. Zudem muss durch entsprechende Finanzierungsregelungen eine ausreichende Bereitstellung der notwendigen Zeitkontingente im ärztlichen Arbeitsalltag zur Ausführung dieser zusätzlichen Tätigkeiten gewährleistet werden. Die Ärztekammern werden aufgefordert, die berufsrechtlichen Regelungen den digitalen Möglichkeiten der Berufsausübung angemessen anzupassen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Digitale Techniken brauchen gute und klare Rahmenbedingungen, um gute Medizin zu erbringen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Lars Bodammer, Anne Kandler, BMedSci Frank Seibert-Alves, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle und Dr. Christiane Groß (Drucksache II - 17) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Gute Medizin befindet sich stets im Wandel, um immer weitere Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung zu bewirken. Dabei sind und werden digitale Techniken ihren Anteil in der Patientenversorgung haben. Die Spanne der Erwartungen, sowohl auf ärztlicher als auch auf Patientenseite, ist momentan geprägt von sehr großen Hoffnungen auf Lösung vieler Probleme und auf der anderen Seite von großer Skepsis wegen neuartiger Probleme in Datensicherheit und Autonomie bis hin zu fehlenden Rahmenbedingungen bei automatisierten Entscheidungen oder bei möglichen autonomen Techniken (z. B. autonomes Operieren).

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hält es daher für dringend notwendig, dass Rahmenbedingungen durch die Ärzteschaft verfasst werden, die durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen sowohl auf nationaler, aber auch transnationaler Ebene flankiert werden müssen. Hierbei müssen die Grundsätze aus der prädigitalen Zeit einfließen, um unter anderem Patientenrechte, ärztliche Schweigepflicht und berufsrechtliche Grundlagen zu erhalten, wodurch letztendlich die Interaktion zwischen Ärztinnen und Ärzten und dem Patienten geschützt wird.

Daher fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

- Transparenz von Datenflüssen und Speicherorten für Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten
- Recht auf Einsichtnahme in persönliche Daten in lesbarer Form ("human readable")
- Recht auf widerrufbare und nachvollziehbare Zustimmung zu personifizierbaren Datenerhebungen/-weitergaben
- Sicherstellung, dass Gesundheitsdaten einen Sonderstatus unter Daten haben (z. B. "Big Data"/Justiz)
- Nachvollziehbarkeit von Algorithmusentscheidungen auf der Ebene des Anwenders



- Recht auf begründete Individualdiagnostiken und -therapien und kein automatischer Zwang, standardisierten Algorithmen zu folgen
- Möglichkeit der humanen Interaktion ("Not-Aus")
- Direkte Interaktionsmöglichkeit mit dem Patienten soll das oberste Prinzip bleiben und darf nicht aus ökonomischen Effizienz- oder Mangelgründen verdrängt werden
- Dokumentation der Qualitätssicherung digitaler Anwendungen/Techniken vor deren öffentlichem Einsatz (analog Testung von Arzneimitteln)

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 setzt sich zudem dafür ein, dass auch arbeitsrechtliche Grundlagen zum Schutz der Ärztinnen und Ärzte in Leitlinien und gesetzlichen Regelungen Berücksichtigung finden.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Ärztinnen und Ärzte brauchen benutzerfreundliche und sichere IT-Arbeitsplätze

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Rudolf Henke, Kai Sostmann, Dr. Andreas Botzlar, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache II - 18) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Informationstechnologie ist heute fester Bestandteil des ärztlichen Berufsalltags. Elektronische Behandlungsdokumentation und die Erstellung von Arztbriefen, Bildgebung sowie viele andere klinische Daten liegen längst in digitaler Form vor und sind ebenso selbstverständlich wie die digitale Vernetzung innerhalb der Krankenhäuser. Die Vernetzung mit anderen Einrichtungen steht vor der Tür oder ist ebenfalls schon Realität, z. B. bei der Teleradiologie. Hinzu kommen vermehrt entscheidungsunterstützende Systeme, wie schon jetzt bei Arzneimittelinteraktionschecks oder der automatisierten EKG-Befundung. Die Digital Natives - aufgewachsen mit Computern seit Kindertagen - sind inzwischen Fach- und Oberärzte.

Die Frage lautet nicht mehr **ob**, sondern **wie** sich in den nächsten Jahren die rasant fortschreitende Veränderung der ärztlichen Arbeitswelt durch die Digitalisierung gestalten wird. Ärztinnen und Ärzte begrüÙen die Chancen des Einsatzes von Informationstechnologie in der Medizin - aber sie wollen und werden die Entwicklung mitgestalten und -prägen:

Klinischer Nutzen statt ausschließlich effizienter Verwaltung

Digitalisierung dient bisher zu oft nur der Verwaltung. Ärztinnen und Ärzte sollen vor allem zur Optimierung administrativer Prozesse beitragen. Zukünftig muss sich der Einsatz von IT im Krankenhaus jedoch vor allem an den Erfordernissen der klinischen Tätigkeit und der Patientenversorgung orientieren. Die dabei entstehenden Effizienz- und Zeitgewinne müssen der Verbesserung der Patientenversorgung zugutekommen und dürfen nicht weiterer Arbeitsverdichtung dienen.

Benutzerfreundliche IT am ärztlichen Arbeitsplatz

Viel zu oft arbeiten Ärztinnen und Ärzte heute mit veralteter, langsamer und oft wenig ergonomischer Hard- und Software. Dies ist nicht einfach nur lästig oder unkomfortabel. Schlechte Handhabbarkeit gefährdet die Patientensicherheit, weil sie Fehler provoziert. Sie kostet Zeit, die in der Patientenversorgung fehlt, und sie hat durch massive Demotivierung negative Auswirkungen auf die Attraktivität des Arztberufes. IT-Systeme in Krankenhäusern

---



müssen besser aufeinander abgestimmt sein und unmittelbar auch da zur Verfügung stehen, wo Ärzte arbeiten, nämlich am Krankenbett. In die Einführung und Gestaltung von IT-Systemen müssen Ärztinnen und Ärzte intensiver als bisher einbezogen werden. Es müssen ausreichend personelle und zeitliche Ressourcen für Testphasen sowie Fehlerkorrekturen zur Verfügung stehen.

Alle Anwender sind ausreichend zu schulen. Ärztinnen und Ärzte dürfen dabei nicht länger als "Beta-Tester" für neu eingeführte IT-Systeme missbraucht werden. Die aktuell oft vorherrschende Bringschuld der Ärzte bei der Optimierung der Systeme muss durch eine Holschuld der IT-Abteilungen ersetzt werden!

#### Technische und rechtliche Absicherung digitaler ärztlicher Arbeitsplätze

Ärztinnen und Ärzte müssen sich auf die ständige Verfügbarkeit von Informationen als zentrale Voraussetzung für eine funktionierende Patientenversorgung verlassen können. Die Einführung und Ausweitung digitaler Kommunikation schafft erhebliche neue Angriffspunkte und muss daher unbedingt höchsten Sicherheitsanforderungen genügen. Darüber hinaus sind und bleiben ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz unabdingbare Voraussetzungen für eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung und somit Grundlage für jede ärztliche Tätigkeit. Sie zu schützen und zu bewahren ist daher von zentraler Bedeutung, auch unter den Bedingungen der Digitalisierung der ärztlichen Arbeitswelt. Für Ärztinnen und Ärzten muss unverändert Rechtssicherheit auch dann bestehen, wenn zunehmend die Umstellung von Papier auf Elektronik erfolgt. Hierzu gehören die dringend notwendige Einführung von rechtssicheren digitalen Unterschriften, z. B. mit dem elektronischen Arztausweis, sowie die konsequente beweisichere Dokumentation und Archivierung der digitalen Behandlungsunterlagen.

#### Entscheidungsunterstützende IT-Systeme

In den nächsten Jahren werden entscheidungsunterstützende Systeme in den klinischen Alltag Einzug halten. Diese - oft als "intelligent" oder "lernend" titulierten - Systeme sollen zukünftig auf der Basis von Algorithmen und durch die Einbeziehung großer Mengen digitaler individueller Patientendaten Entscheidungen bei Diagnostik und Therapie unterstützen. Solche Technologien berühren den Kern ärztlicher Tätigkeit und haben das Potenzial, sie in Teilen zu ersetzen. Neben der Klärung grundsätzlicher Rechtsfragen (die denen beim autonomen Fahren durchaus vergleichbar sind) muss unbedingt vollständige Transparenz über die zugrundeliegenden Algorithmen bestehen. Die Algorithmen selbst müssen durch wissenschaftliche Forschung auf hohem Evidenzniveau abgesichert sein. Insbesondere muss verhindert werden, dass andere, z. B. kommerzielle, Aspekte verdeckt oder sogar offen die Entscheidungen beeinflussen. Ärztinnen und Ärzte müssen auch zukünftig das Recht haben, entgegen der Empfehlung von intelligenter Software abweichende Behandlungsentscheidungen im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten gemeinsam mit diesen zu treffen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Digitalisierung soll mehr Zeit für den Patienten schaffen, nicht mehr  
Arbeitsverdichtung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Lars Bodammer, Dr. Johannes Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Barbara Jäger (Drucksache II - 32) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Digitalisierung soll die ärztlichen Arbeitsprozesse vereinfachen und der Ärztin und dem Arzt mehr Zeit für die persönliche Betreuung der Patientinnen und Patienten geben.

Eine zunehmende Digitalisierung und damit eine mögliche Beschleunigung von Arbeitsprozessen im ambulanten sowie stationären Bereich darf nicht zu einer weiteren Arbeitsverdichtung zulasten der Zeit für unsere Patienten führen. Die zunehmende Digitalisierung darf nicht den Wert ärztlicher Tätigkeit schmälern und muss als Instrument für eine verbesserte Betreuung mit mehr Zeit für unsere Patientinnen und Patienten entwickelt werden - nicht als Instrument für eine effektivere Merkantilisierung der Medizin in Klinik und Praxis.

**Begründung:**

Die Arbeitsverdichtung und Merkantilisierung in der Medizin haben in den letzten Jahrzehnten enorm den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Kliniken verändert. Die Digitalisierung vereinfacht viele Prozesse und führt in vielen Bereichen zu einer Verbesserung der Qualität in der Dokumentation und bei Entscheidungen. Aus der betriebswirtschaftlichen Betrachtung schafft sie aber auch weitere Einflussmöglichkeiten und führt damit zu einer weiteren Verdichtung von Arbeit und zu mehr Kontrolle über Plausibilität und Arbeitsverhalten. Dies darf nicht zu einer Verschlechterung der persönlichen Patientenbetreuung führen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Zugang und Nutzungsmöglichkeit digitaler Techniken für alle  
Patientengruppen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Andreas Scholz, Anne Kandler, BMedSci Frank Seibert-Alves, Dr. Lars Bodammer, Dr. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph und Dr. Anne Bunte (Drucksache II - 38) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert von allen Anbietern digitaler Gesundheitsdienste, dass die Nutzung von digitalen Techniken von der gesamten Breite der potenziellen Patientengruppen nutzbar sein muss. Es muss sowohl von Leistungsanbietern wie auch von gesetzgeberischer Seite sichergestellt werden, dass nicht nur die Patientengruppen bevorzugt bedient werden, die besonders technikaffin sind oder diese Möglichkeit der Nutzung auf Basis ihres technischen und ökonomischen Hintergrund haben.

**Begründung:**

Viele Anbieter oder Leistungserbringer von digitalen Techniken oder Medien versuchen die Unterstützung von ärztlichen Tätigkeiten/Interaktionen dadurch zu etablieren, dass Nutzer einen ökonomischen Vorteil erhalten oder anderweitig potenziell bevorzugt werden (z. B. besonderer Versicherungstarif bei Datenweitergabe oder besonderer Compliance, zeitliche Bevorzugung bei Anwendungen etc.). Hierdurch besteht aber die Gefahr, dass Patientengruppen, die durch Erkrankungen oder anderweitig eingeschränkt sind, an medizinischer Versorgung immer weniger teilhaben können und sich somit bekannte Auswirkungen von sozioökonomischen Differenzen hinsichtlich Gesundheitsstatus und Lebenserwartung vertiefen können.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Notwendigkeit einer Dokumentation ärztlicher Aktivitäten in der patientenindividuellen Kartei auch in Zeiten von E-Health

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring, Dr. Christian Messer, Dr. Andreas Hellmann, Wieland Dietrich, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Petra Bubel, Dr. Matthias Lohaus und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache II - 11) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert, dass sämtliche Aktivitäten für jeden Patienten in der patientenindividuellen Kartei dokumentiert werden müssen. Dies gilt in gleichem Ausmaß sowohl für die direkte Kommunikation mit Patientinnen und Patienten als auch für die telemedizinische Patientenbetreuung.

**Begründung:**

Die Dokumentation der ärztlichen Versorgung von und für den Patienten wird auch zukünftig notwendig sein und an Bedeutung gewinnen. Dies gilt insbesondere für die direkte Patientenkommunikation, aber auch für die telemedizinische Patientenbetreuung. Die digitale Dokumentation muss dabei den gestiegenen Anforderungen der Versorgung, aber auch den Ansprüchen der Ärzteschaft an zeit- und ortsunabhängiger Tätigkeit gerecht werden. Sie muss die arzt- und sektorenübergreifende Kommunikation unterstützen, wann und wo immer dies in der Versorgung eines konkreten Patienten sinnvoll ist. Daher muss die Dokumentation interoperabel verwendbar sein. Erst dann trägt sie entscheidend zu einer innovativen und weiterentwickelten Versorgung bei.



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

*Ärztliche Schweigepflicht, Datenschutz, Datensicherheit*

- II - 03      Keine Schwächung der ärztlichen Schweigepflicht
- II - 04      Gefahr des Missbrauchs freiwillig übermittelter Patientendaten
- II - 10      Forderung der eindeutigen und zuverlässigen Gestaltung von  
Datenschutzanforderungen unter Einbeziehung der EU-Datenschutzverordnung
- II - 13      Datensicherheit in Praxis und Kliniken
- II - 14      Sicherheit von Medizingeräten
- II - 21      Staatliches Förderprogramm für eine moderne Krankenhaus-IT
- II - 22      Cyberangriffe fordern zu dezentraler Datenhaltung und strengem Datenschutz auf
- II - 27      Datensicherheit digitaler Medizinprodukte
- II - 28      Gesetzliche Regelung "digitales Medizinprodukt"



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Keine Schwächung der ärztlichen Schweigepflicht

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring, Dr. Christian Messer, Dr. Andreas Hellmann, Wieland Dietrich, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Joachim Wichmann, Dr. Petra Bubel, Dr. Matthias Lohaus und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache II - 03) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert, die ärztliche Schweigepflicht nicht zu schwächen. Wenn Ärztinnen und Ärzte bei der Anwendung und dem Betrieb digitaler Anwendungen zur Dokumentation und Kommunikation von sensiblen Daten durch IT-Dienstleister unterstützt werden, müssen die gesetzlichen Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht uneingeschränkt umgesetzt werden.

**Begründung:**

In Zeiten der IT-gestützten Medizin, in der der Arzt zwangsläufig auf Dienstleister zur Einrichtung und den Betrieb von Hardware und Software angewiesen ist, wird immer wieder über eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen der ärztlichen Schweigepflicht diskutiert. Der Aufweichung der ärztlichen Schweigepflicht aber muss vehement entgegengetreten werden. Sie bleibt auch in Zeiten der Digitalisierung Grundlage einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Entsprechende technische Anwendungen müssen diesem Grundsatz in jedem Fall gerecht werden.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Gefahr des Missbrauchs freiwillig übermittelter Patientendaten

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Johannes Grundmann, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Birgit Lorenz, Dr. Tadeusz Slotwinski und Bettina Rakowitz (Drucksache II - 04) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 sieht die Gefahr des Missbrauchs freiwillig übermittelter Patientendaten und setzt sich für eine erhöhte Sicherheit im Umgang mit diesen sensiblen Daten ein.

Begründung:

2017 soll der Umsatz für Smartwatches, Datenbrillen und sogenannte Aktivitätstracker (z. B. Armbänder mit Herzfrequenzmessung, Kalorienzähler) weltweit bei mehr als elf Milliarden Euro liegen. Allein in Deutschland wurden 2016 645.000 Smartwatches verkauft. Heute sollen 75 Prozent der Patientinnen und Patienten freiwillig (!) bereit sein, über Sensorarmbänder, Apps oder Handys ihre körperlichen Befunde, ihr Ernährungsverhalten und sonstige persönliche Daten zu messen und auswerten zu lassen. Eine aktuelle Studie der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen umfasste zwölf Wearables (tragbare Computersysteme) und die jeweiligen Fitness-Apps. Dabei wurden die Nutzer dieser Geräte häufig nicht ausreichend über die Verwendung ihrer Daten informiert. Neun Anbieter wurden sogar deswegen abgemahnt.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Forderung der eindeutigen und zuverlässigen Gestaltung von  
Datenschutzanforderungen unter Einbeziehung der EU-  
Datenschutzverordnung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring, Dr. Christian Messer, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Petra Bubel, Wieland Dietrich, Dr. Klaus König, Dr. Ivo Grebe, Dr. Joachim Wichmann und Dr. Matthias Lohaus (Drucksache II - 10) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert, zur Einführung neuer Technologien und digitaler Anwendungen die einwandfreie Umsetzung und die Beachtung aller notwendigen Datenschutzanforderungen unter Einbeziehung der EU-Datenschutzverordnung vorauszusetzen.

**Begründung:**

Zur nutzenstiftenden Anwendung von E-Health bedarf es klarer und eindeutiger Regelungen zum Datenschutz und in diesem Zusammenhang auch zur Datensicherheit. Das Interesse der Patientinnen und Patienten für eine moderne, vernetzte Medizin mit dem Arzt als Datensouverän muss im Vordergrund stehen. Es muss eine vernünftige Balance zwischen Datenschutz und dem sinnvollen Umgang mit und der Nutzung von Daten gefunden werden. Dafür gilt es in erster Linie, die EU-Datenschutzverordnung bis Mai 2018 zügig umzusetzen. Dies schafft nicht nur Rechtssicherheit im Umgang mit Daten in Deutschland, sondern führt zu einer Vereinheitlichung innerhalb der Europäischen Union (EU). Darüber hinaus muss in einer global agierenden Welt, in der grenzüberschreitende Datenströme stattfinden, eine internationale Harmonisierung forciert werden. Bislang gelten unterschiedliche Datenschutzregelungen in Deutschland und Europa. Dies bedeutet eine enorme Rechtsunsicherheit in erster Linie für die Patienten, da national geltende gesetzliche Vorgaben für den Schutz und die Sicherheit der Daten unter Umständen nicht gelten oder Fehlverhalten nicht zuverlässig sanktioniert werden kann.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Datensicherheit in Praxis und Kliniken

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache II - 13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, in einer Arbeitsgruppe die Sicherheit bzw. auch Anfälligkeit von Krankenhausinformationssystemen, Praxissoftware, zwischenärztlicher Kommunikation, telemedizinischen Anwendungen und sogenannten Gesundheits-Apps beurteilen zu lassen. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe sollen den ärztlichen Umgang mit IT-Technologie verbessern und gleichzeitig das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Sicherheit ihrer persönlichen Daten erhöhen.

**Begründung:**

Moderne Medizin ist auf Vernetzung, Speicherung großer Datenmengen und digitale Kommunikation angewiesen. Je umfassender die Vernetzung, desto größer ist die Komplexität von IT-Systemen. Je größer die Komplexität, desto höher auch die Anfälligkeit dieser Systeme. Störungen dieser Systeme, sei es aufgrund interner Fehler oder äußerer Manipulation, können weiterreichende unabsehbare Folgen nach sich ziehen.

Der Hackerangriff vom 19.05.2017 konnte mit einer Schadsoftware weltweit Computer sperren und IT-Systeme empfindlich stören. Auch etliche Kliniken waren von diesem Angriff betroffen. Es hat sich in den vergangenen Jahren immer wieder bestätigt, dass mit entsprechendem technischen Wissen und hoher krimineller Energie fast jede digitale Kommunikation ausgehört, ausgewertet und gestört werden kann. Der zunehmende Vernetzungsgrad in der Medizin führt daher zu einer verstärkten Anfälligkeit von IT-Systemen. Die Störung mancher dieser medizinischen IT-Systeme kann tödliche Folgen für die Patienten haben. Nicht alle Kliniken und Praxen sind heute auf dem höchstmöglichen IT-Sicherheitsstand. Veraltete Computersysteme mit nicht mehr unterstützten Betriebssystemen sind teilweise noch im Einsatz, nicht alle Patientendaten werden verschlüsselt, externe Wartungsfirmen können oft bei Wartungsarbeiten auf die Patientendaten zugreifen, die digitalen Systeme mancher medizinischen Geräte sind häufig veraltet und entsprechen nicht mehr den heutigen Sicherheitsanforderungen. Die Ärzteschaft muss besser im Umgang mit der IT-Welt geschult werden.

---



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Sicherheit von Medizingeräten

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache II - 14) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, auf die Hersteller von Medizingeräten einzuwirken, in ihren Geräten nur noch Systemsoftware zu verwenden, die vom Softwarehersteller unterstützt wird und dem Stand der IT-Technik entspricht. Netzwerkfähige Geräte sollen nur noch die Zertifizierung erhalten, wenn ihre Systemsoftware vom Hersteller gepflegt wird und ihre Schnittstellen sicher sind.

Begründung:

Viele medizinische Geräte laufen heute noch mit veralteten Betriebssystemen, die vom Hersteller nicht mehr unterstützt und gewartet werden. Solange diese Geräte nicht mit dem Hausnetz oder dem Web verbunden sind, stellt dies kein wesentliches Sicherheitsproblem dar. Leider sind heute viele Systeme mit Netzwerkfähigkeit versehen, auch wenn diese Fähigkeit oft keinen medizinischen Sinn macht oder genutzt wird. Mit zunehmend komplexer Vernetzung wächst die Gefahr, dass diese Geräte oder Systeme (Infusionspumpen, Beatmungsgeräte, Laborsysteme, PACS-Systeme, bildgebende Systeme, Monitore usw.) für Angriffe von außen oder auch von innen verletzlich werden. Dies kann zu einer erheblichen Gefährdung der Patientensicherheit führen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Staatliches Förderprogramm für eine moderne Krankenhaus-IT

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Kai Sostmann, Dr. Andreas Botzlar, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache II - 21) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Schaffung benutzerfreundlicher und sicherer ärztlicher IT-Arbeitsplätze zum Nutzen der Patientinnen und Patienten bedarf der Aufwendung erheblicher Finanzmittel. Diese Investitionsmittel stehen jedoch in der chronisch unterfinanzierten stationären Versorgung schon heute nicht zur Verfügung. Dies hat zur Folge, dass die Krankenhäuser über deutlich geringere IT-Budgets als andere Wirtschaftszweige verfügen und deshalb auch Mittel des knappen Budgets für Personal oder Investitionen für laufende IT-Betriebskosten nutzen müssen.

Wenn staatlicherseits angestrebt wird, das deutsche Gesundheitswesen in einem ähnlichen Umfang zu digitalisieren, wie es z. B. in einigen skandinavischen Ländern oder den USA bereits der Fall ist, wird dies vom 120. Deutschen Ärztetag 2017 grundsätzlich begrüÙt. Der Staat muss jedoch für eine solche, dringend notwendige Infrastrukturmaßnahme die entsprechenden Mittel bereitstellen. Darüber hinaus bedarf es einer gesetzlichen Flankierung, z. B. in der Fortschreibung der aktuellen E-Health-Gesetzgebung, die bislang den stationären Bereich kaum berücksichtigt. Durch entsprechende gesetzliche Regelungen muss sichergestellt werden, dass die inhaltlichen Belange des Gesundheitswesens Beachtung finden und es sich nicht nur um ein reines Förderprogramm für die IT-Industrie handelt. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert neben der längst überfälligen Aufstockung der Krankenhausinvestitionsmittel durch die Bundesländer ein staatliches Sonderprogramm für die Modernisierung der Krankenhaus-IT in Deutschland in Höhe von zehn Milliarden Euro über die nächsten sechs Jahre. Außerdem fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017 für den laufenden IT-Betrieb höhere Mittelzuweisungen als sie im DRG-System abgebildet werden, um den inzwischen hohen und schnelleren Erneuerungsbedarf sowie die Personalkosten zu decken.

---



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Cyberangriffe fordern zu dezentraler Datenhaltung und strengem Datenschutz auf

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Axel Brunngraber, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing, Dr. Heiner Heister und Dr. Hans Ramm (Drucksache II - 22) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Cyberangriffe auf Kliniken und Praxen gefähren die Patientensicherheit. In Kliniken konnten nach Hackerangriffen lebensnotwendige Operationen nicht durchgeführt werden. Auch in Deutschland sind Kliniken und Ärzte immer häufiger im Visier von kriminellen Hackern.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg fordert, dass alle Institutionen im Gesundheitswesen strukturell und finanziell in die Lage versetzt werden müssen, die Medizindaten zu schützen.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert eine moderne und dezentrale Punkt-zu-Punkt-Kommunikation im Gesundheitswesen unter höchsten Datenschutzkriterien.

**Begründung:**

Die kürzlich erfolgten internationalen Cyberangriffe zeigen erneut, dass es beim Datenschutz in der Medizin immer um den Schutz der Menschen und nicht um einen abstrakten Schutz von Daten geht.

Medizindaten werden von verschiedenen Seiten als das neue Gold bezeichnet. Medizindaten sind überwiegend ärztliche Arbeitsergebnisse. Diese stehen unter dem Schutz der ärztlichen Schweigepflicht. Ärztinnen und Ärzte werden sich auch weiterhin kritisch mit dem E-Health-Gesetz (eHealthG) auseinandersetzen, das mittels Sanktionen versucht, die Schweigepflicht zu gefährden und die Funktionalität des Gesundheitswesens zu behindern.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Datensicherheit digitaler Medizinprodukte

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Sebastian Roy (Drucksache II - 27) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert, dass bei einer Zulassung von digitalen Medizinprodukten (Software und Apps) der höchstmögliche Datenschutz für Patientendaten gilt.

Begründung:

In einer gesetzlichen Regelung über ein "digitales Medizinproduktegesetz" muss dies eine der Zulassungsvoraussetzungen sein. Software und Apps, die zunehmend im Gesundheitswesen eingesetzt werden, besitzen entweder keinen und nur ungenügenden Datenschutz. Auch gegenüber Angriffen von außen sind die Produkte nur ungenügend geschützt. Als Beispiel sei hier die Insulinpumpe eines amerikanischen Herstellers genannt. Hier war eine Warnung im Oktober 2016 an die Kunden in den USA und Kanada erfolgt, dass eine seiner Insulinpumpen gehackt werden könne. Bei Pumpen sei eine Sicherheitslücke entdeckt worden, teilte damals das Unternehmen mit. Der Chip in der Pumpe kann demnach von Dritten manipuliert werden. Daher sollte es der Gesetzgeber zur gesetzlichen Auflage bei der Zulassung machen, um die Daten vor dem Zugriff interner oder externer Interessenten zu schützen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Gesetzliche Regelung "digitales Medizinprodukt"

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Sebastian Roy (Drucksache II - 28) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesärztekammer auf, auf die zuständigen Gesetzgeber einzuwirken, gesetzliche Regelungen zu erstellen, die Software und Apps als "digitales Medizinprodukt" kennzeichnen, wenn sie bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

**Begründung:**

Durch die zunehmende Digitalisierung auch im Gesundheitswesen wird zunehmend Software eingesetzt. Software, die der Vorhersage oder Prognose von Krankheiten dient, zählt als Medizinprodukt. Software zählt als aktives Medizinprodukt. Software kann auch ein Zubehör sein. Es muss eindeutig festgelegt werden, dass Software als solche, wenn sie vom Hersteller speziell für einen oder mehrere der in der Definition von Medizinprodukten genannten medizinischen Zwecke bestimmt ist, als Medizinprodukt gilt, während Software für allgemeine Zwecke, auch wenn sie in Einrichtungen des Gesundheitswesens eingesetzt wird, sowie Software, die für Zwecke in den Bereichen Lebensstil und Wohlbefinden eingesetzt wird, kein Medizinprodukt ist. Die Einstufung der Software entweder als Produkt oder als Zubehör ist unabhängig vom Ort der Software und von der Art der Verbindung zwischen der Software und einem Produkt. Dieses fordert schon die neue Verordnung der EU über Medizinprodukte zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates. Gesundheits-Apps laufen diesbezüglich in einer Grauzone. Als Beispiel angeführt: Apps, die eine Beurteilung von Hautveränderungen vornehmen. Die neuen Regelungen machen aber deutlich, dass Gesundheits-Apps mit dem Anspruch der Vorhersage, Monitoring oder Prognose von Krankheiten jetzt klar unter die Medizinprodukteverordnung fallen und eine Klassifizierung benötigen. Daher ist eine gesetzliche Regelung notwendig, um Software und Gesundheits-Apps als "digitales Medizinprodukt" zu kennzeichnen.



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

*Apps*

- II - 20      Erstellung einer Positivliste für digitale Gesundheitsanwendungen
- II - 34      Gütesiegel für Gesundheits-Apps



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Erstellung einer Positivliste für digitale Gesundheitsanwendungen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Kai Sostmann, Dr. Andreas Botzlar, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache II - 20) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Gesetzgeber auf, ein Verfahren zur Erstellung und kontinuierlichen Fortschreibung einer Positivliste für digitale Gesundheitsanwendungen zu initiieren, in dem ärztlicher Sachverstand vertreten sein muss. Digitale Gesundheitsanwendungen sollen analysiert und im Hinblick auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und medizinische Qualität im Sinne von "Evidence based Medicine" (EbM) auf wissenschaftlicher Grundlage bewertet werden, um auf diesem Weg eine transparente und unabhängige Auflistung über tatsächlich für Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte sinnvolle digitale Anwendungen zu erstellen.



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Gütesiegel für Gesundheits-Apps

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Karsten Thiemann, Dr. Andreas Gibb, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Karl Schulze und Dr. Andreas Crusius (Drucksache II - 34) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Einführung eines bundeseinheitlichen Gütesiegels für sogenannte Gesundheits-Apps, das Datensicherheit und Datenzuverlässigkeit im Sinne des Patientenschutzes gewährleistet.

**Begründung:**

Bei den Mengen an medizinischen Apps auf dem Markt ist die Suche nach einer seriösen App bisher Mangelware. Es fehlen Basisangaben der Hersteller, Datenschutzkriterien und jegliche Hinweise auf die Quelle. Patientinnen und Patienten können schlecht einschätzen, wie fundiert und vertrauenswürdig eine Gesundheits-App ist. Es besteht Handlungsbedarf für qualitativ gute Apps, die valide Auskünfte geben und in ihrer Zweckbestimmung verlässlich sind. Start-up-Produkte, die einen echten medizinischen Nutzen haben, sollten daher mit entsprechenden Zertifizierungsanforderungen eingestuft werden.



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

*eGK und Telematikinfrastruktur*

- II - 36      Sicherheit und Anwenderfreundlichkeit von E-Health-Software durchsetzen
- II - 37      Die Einführung von E-Health-Anwendungen nach § 291a SGB V erfordert umfangreiche Begleitforschung
- II - 24      Für das Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" sind sichere digitale Identität und evaluierte Tests unabdingbar
- II - 12      Auslieferung von 150.000 Konnektoren bis zum 01.07.2018 unrealistisch - Honorarabsenkung aufheben
- II - 26      Elektronische Patientenakte zeitnah einführen
- II - 40      Obhut von elektronischen Patientenakten
- II - 39      Bundesmedikamentenplan nachbessern
- II - 42      Praktikabilität und Nutzen für die geforderten Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen
- II - 41      Finanzierung der geforderten Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Sicherheit und Anwenderfreundlichkeit von E-Health-Software durchsetzen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Thomas Werner und Kai Sostmann (Drucksache II - 36) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Auf Grundlage der E-Health-Gesetzgebung werden Ärztinnen und Ärzte zukünftig verpflichtet, mit den von ihnen genutzten Praxisverwaltungs- oder Krankenhausinformationssystemen (PVS, KIS) medizinische Informationen wie z. B. Diagnosen oder Medikationsdaten zu verarbeiten und diese im Rahmen der Patientenbehandlung zu nutzen. Beispiele hierfür sind die im § 291a SGB V festgelegten Anwendungen elektronischer Medikationsplan (eMP), Notfalldatensatz (NFD) und elektronische Patientenakte (ePA).

Die konkrete Umsetzung, also die Implementierung, der dafür notwendigen neuen Programmfunktionen erfolgt durch am Markt tätige Hersteller der entsprechenden Softwaresysteme. Hierbei besteht die große Gefahr, dass schlecht zu bedienende oder sogar fehlerhafte Implementierungen seitens der Hersteller vorgenommen werden, die im Ergebnis zu einer erheblichen Gefährdung der Patientensicherheit führen können.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert daher den Gesetzgeber auf, durch entsprechende Vorschriften sicherzustellen, dass die zukünftig von den Ärztinnen und Ärzten verpflichtend zu nutzende Software nicht nur Mindestanforderungen im Hinblick auf Funktionalität und Ergonomie, sondern vor allem die aktuellsten Entwicklungen im Bereich des anwenderorientierten Designs (Usability Design) erfüllt. Die Erfüllung der Anforderungen muss im Rahmen von Test- und Zertifizierungsverfahren überprüft und wirksam durchgesetzt werden.

**Begründung:**

Beispiele aus anderen Bereichen, wie z. B. der Luftfahrt, aber auch aus der Medizin zeigen, dass der konkreten Ausgestaltung von Software oder komplexen (Medizin-)Geräten eine erhebliche Rolle bei der Vermeidung von Bedienungsfehlern zukommt. Da der Gesetzgeber die Ärztinnen und Ärzte zukünftig verpflichtet, bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten Software mit bestimmten Funktionen einzusetzen, muss er auch sicherstellen, dass Risiken für die Patientensicherheit beim Einsatz dieser Software bestmöglich minimiert werden. Die fachgerechte und ergonomische Implementierung

---



zukünftiger E-Health-Anwendungen darf keinesfalls alleine den untereinander konkurrierenden Softwareherstellern überlassen werden.

Dies wird u. a. eindrucksvoll sichtbar am aktuellen Beispiel der Einführung des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP). Denn hier zeigen Erfahrungsberichte von Anwendern, dass offenbar erhebliche Unterschiede bei der konkreten Umsetzung durch die verschiedenen PVS-Hersteller bestehen und dass diese Umsetzung aus Sicht der nutzenden Ärzte und Medizinischen Fachangestellten (MFA) keineswegs immer zur Zufriedenheit der Anwender erfolgt ist. Darüber hinaus wird die Bedeutung dieser Forderung auch dadurch unterstrichen, dass sogar von Seiten der Politik selbst für den Bereich der sogenannten Gesundheits-Apps die Einhaltung entsprechender Qualitätsstandards gefordert wird.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:** Die Einführung von E-Health-Anwendungen nach § 291a SGB V erfordert umfangreiche Begleitforschung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Susanne Johna, Dr. Christiane Groß und Dr. Max Kaplan (Drucksache II - 37) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die Einführung von E-Health und entsprechenden Anwendungen, wie z. B. einer sektorenübergreifenden elektronischen Patientenakte (ePA), bietet nach Einschätzung vieler Ärztinnen und Ärzte Chancen zur Verbesserung der Patientenversorgung. Entsprechend der gesetzlichen Vorschriften des § 291a SGB V dienen die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und die mit ihr verknüpften Anwendungen u. a. der Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung.

Es darf allerdings nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich bei den geplanten Maßnahmen um komplexe Interventionen mit erheblichen Auswirkungen auf alle Sektoren im Gesundheitswesen handelt. Daher ist es unabdingbar, dass sowohl die gesamte Phase der Einführung der E-Health-Anwendungen nach § 291a SGB V als auch deren Nutzung in ihren Auswirkungen kontinuierlich wissenschaftlich untersucht und begleitet werden.

In diesem Feld bestehen derzeit jedoch erhebliche Defizite. Für den seit April 2017 verpflichtend eingeführten bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP) als Vorläufer des ab 2019 geplanten elektronischen Medikationsplans (eMP) existiert aktuell keinerlei wissenschaftliche Begleitforschung. Derzeit ist aufgrund der pauschaliert erfolgenden Vergütung nicht einmal die Zahl der bislang bundesweit für Patientinnen und Patienten angelegten BMP bekannt; darüber hinausgehende Erkenntnisse fehlen - abgesehen von anekdotischen Einzelberichten - völlig. Dieser Zustand ist insbesondere deshalb nicht akzeptabel, weil die Einführung des BMP mit dem erklärten Ziel der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) erfolgt ist. Ob dieses Ziel jedoch erreicht wird oder möglicherweise Risiken für Patienten bestehen, darüber sind keinerlei Aussagen möglich.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert daher das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, unverzüglich für die Bereitstellung aller notwendigen Finanzmittel zur sofortigen Initiierung der dringend notwendigen Begleitforschung für den BMP Sorge zu tragen. Darüber hinaus muss das BMG zukünftig mit Nachdruck sicherstellen, dass die Einführung der vom Gesetzgeber vorgesehenen weiteren E-Health-Anwendungen in ihren Auswirkungen und insbesondere auch im Hinblick auf mögliche Risiken für Patienten vollumfänglich wissenschaftlich untersucht wird und adäquate Finanzmittel zur Verfügung stehen. Als Untersuchungsverfahren sind sozialwissenschaftliche Befragungen der

---



Anwender und Betroffenen (Ärzte, medizinisches Personal, Patienten) zwar notwendig, jedoch keineswegs ausreichend. Vielmehr müssen ergänzende Untersuchungen mit den Methoden der medizinischen Forschung, insbesondere auch der Versorgungsforschung, unter intensiver Einbeziehung ärztlichen Sachverständs erfolgen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:** Für das Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" sind sichere digitale Identität und evaluierte Tests unabdingbar

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Axel Brunngraber, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing, Dr. Heiner Heister und Dr. Hans Ramm (Drucksache II - 24) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg fordert von der Bundesregierung, den Online-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) so lange auszusetzen, bis nachgewiesen ist, dass die Abläufe in Arztpraxen und Kliniken nicht gestört werden und dass der Datenschutz gewährleistet ist. Tests des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) sind noch nicht abgeschlossen. Eine Bewertung der Tests liegt nicht vor. Bei Rollout-Beginn zum 01.07.2017 drohen Störungen des Gesundheitswesens, die die behaupteten Vorteile des Projektes konterkarieren.

**Begründung:**

Ab 01.07.2017 soll die Anbindung aller Praxen und Kliniken an die Telematikinfrastruktur der Krankenkassen erfolgen. Die Realität des Projektes stellt sich so dar:

- Die geplante Testregion Südost hat keine Tests durchgeführt, da die beteiligte Industrie die technischen Komponenten nicht zur Verfügung gestellt hat.
  - Die angekündigte wissenschaftliche Evaluation durch die Universität Erlangen-Nürnberg hat nicht stattgefunden.
  - Die aus Datenschutzsicht notwendige Herstellung einer sicheren digitalen Identität bei der Ausgabe der eGK mit Prüfung der entsprechenden Versichertenfotos durch die Krankenkassen hat nicht stattgefunden.
  - Am 01.07.2018 nicht erfolgte Praxisanschlüsse werden mit Honorarabzug sanktioniert. Gesetzesgemäß haben Kassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Finanzierungsvereinbarung getroffen, die den vollen Finanzierungssatz nur den Praxen zubilligt, die sich im dritten Quartal 2017 schon angeschlossen haben. Unabhängig von den Bestellungen der Praxen wird die Industrie absehbar nicht in der Lage sein, die Installationen rechtzeitig vorzunehmen.
  - Bei den Konnektoren gibt es bislang nur die Monopolstellung eines Konsortiums.
-



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Auslieferung von 150.000 Konnektoren bis zum 01.07.2018 unrealistisch -  
Honorarabsenkung aufheben

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Lothar Rütz, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp, Dr. Klaus Thierse und Wieland Dietrich (Drucksache II - 12) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hält die Ausstattung von ca. 150.000 Arztpraxen und mehreren hundert Kliniken mit Konnektoren für die Telematikinfrastuktur und Inbetriebnahme bis zum 01.07.2018 für völlig unrealistisch.

Es ist derzeit unabsehbar, wann geeignete Konnektoren in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, und die bisher durchgeführten Tests zeigen zudem widersprüchliche Ergebnisse zur Praxistauglichkeit.

In dieser ungewissen Lage Praxen und Kliniken für einen Zustand mit Strafe zu bedrohen, den diese nicht zu vertreten haben, widerspricht dem vielbeschworenen partnerschaftlichen Umgang von Politik und Ärzteschaft.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert daher den Bundesgesundheitsminister auf, die Frist um ein Jahr bis zum 01.07.2019 zu verlängern und die Sanktion der Honorarabsenkung aufzuheben.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Elektronische Patientenakte zeitnah einführen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Kai Sostmann, Dr. Andreas Botzlar, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Peter Bobbert (Drucksache II - 26) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 unterstützt die zeitnahe Einführung einer einheitlichen, umfassenden sowie einrichtungs- und sektorübergreifenden elektronischen Patientenakte (ePA) für das Gesundheitswesen. Die Nutzung muss für Patientinnen und Patienten freiwillig sein, und die Speicherung der Daten - oder ggf. auch nur von Teilen davon - muss unter ihrer vollen Hoheit stehen. Um der drohenden Zersplitterung, der technischen Inkompatibilität und der Kommerzialisierung von Patientendaten durch die sich bereits vollziehende Entwicklung eines Marktes kommerzieller "Aktenanbieter" vorzubeugen, muss die Entwicklung der elektronischen Patientenakte nach § 291a Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V durch die gematik dringend beschleunigt werden.

Die ePA soll Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten einen fachgerechten Austausch und jederzeitigen Zugriff auf alle medizinischen Daten ermöglichen. Schnittstellen zu bestehenden Systemen müssen so konzipiert sein, dass bestehende Behandlungsabläufe in der stationären und ambulanten Versorgung durch den Einsatz der ePA unterstützt und verbessert werden.

Eine ausreichende Testung unter Realbedingungen vor Einführung und eine fachgerechte Schulung aller Beteiligten in der Anwendung dieses Systems sind vor und während der Einführung sicherzustellen. Die Einführung muss wissenschaftlich begleitet und in ihren Effekten mit Methoden der Versorgungsforschung untersucht werden.

Die gesamte Entwicklung muss sehr viel stärker als bisher unter Einbezug ärztlicher Kompetenz und auch unter stärkerer Beteiligung der heute bereits in diesem Bereich tätigen IT-Unternehmen erfolgen, um sowohl den Anforderungen an den ärztlichen Arbeitsalltag gerecht zu werden als auch im Sinne der zukünftigen ärztlichen Nutzer und ihrer Patientinnen und Patienten benutzerfreundliche, sichere und technisch kompatible Lösungen zu erzielen.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Obhut von elektronischen Patientenakten

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Max Kaplan, Dr. Theodor Windhorst, Dr. Josef Mischo, Dr. Gottfried Knoblauch zu Hatzbach, Dr. Günther Matheis, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Klaus König, Dr. Edgar Pinkowski, Dr. Joachim Calles und Dr. Andreas Botzlar (Drucksache II - 40) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

In Zeiten der Digitalisierung steigt die Bedeutung patientenbezogener, medizinischer Daten.

Absehbar bieten Krankenkassen, nationale und internationale Unternehmen und auch der Freistaat Bayern an, elektronische Patientenakten (ePA) unter ihrer Obhut zu halten.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesärztekammer auf, eigene Überlegungen anzustellen, bei denen ePA in der Obhut der Ärzteschaft verbleiben.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Bundesmedikamentenplan nachbessern

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra (Drucksache II - 39) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, die am 30.04.2016 zwischen Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Apothekerverband getroffene Vereinbarung zur Umsetzung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP) vertragsgemäß der dringend erforderlichen Nachbesserung zu unterziehen.

Es muss erreicht werden, dass eine Zertifizierung von Softwarelösungen zur Umsetzung des BMP auch nach Kriterien der Praktikabilität erfolgt, um die Zeit-, Arbeits- und Kostenbelastung der zur Erstellung des Plans verpflichteten Ärztinnen und Ärzte zu minimieren.

**Begründung:**

Die praktische Umsetzung des BMP ist in den meisten Fällen hoch problematisch und angesichts des erforderlichen Zeitaufwandes und technischer wie auch organisatorischer Mängel in den meisten Praxen kaum durchführbar. Die Umsetzung des Plans wurde von vielen Softwarehäusern und Herstellern von Arztinformationssystemen (AIS) unvollständig, fehlerhaft und umständlich vollzogen, was die praktische Arbeit in den Praxen enorm erschwert.

Obgleich bereits vor Inkrafttreten der Regelung die meisten Praxen Medikationspläne erstellt haben, erfolgte nun die für Ärztinnen und Ärzte oft kostenpflichtige Umstellung auf neue Softwaremodule für den gesetzlich verordneten BMP. Der enorme Zeit- und Arbeitsaufwand der Umsetzung verbleibt bei den zur Erstellung des BMP verpflichteten Ärztinnen und Ärzten und wird durch die von der KBV zugestandene Mehrhonorierung nur im Ansatz gedeckt.

In Erwartung der voraussichtlichen Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Vereinbarung ist im Vertragstext selbst die Anpassung erstmalig zum 30.04.2017 vorgesehen (§ 7 Abs. 1). Gegebenenfalls ist auch die Kündigung der Vereinbarung vorgesehen (§ 9 Abs. 1).

---



Der Vorstand der Bundesärztekammer muss deshalb seinem Auftrag als Vertragspartner der Vereinbarung nachkommen und die erforderlichen Nachbesserungen erreichen, um eine Umsetzbarkeit des BMP für die Kolleginnen und Kollegen möglich zu machen. Mit der notwendigen Zertifizierung der Softwarelösungen zur Umsetzung des BMP kann hier eine Lösung versucht werden.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Praktikabilität und Nutzen für die geforderten Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Marlene Lessel und Dr. Jan Döllein (Drucksache II - 42) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer setzt sich dafür ein, dass vom Gesetzgeber geforderte Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen nur dann eingeführt werden, wenn deren Praktikabilität und Nutzen erwiesen sind.

Die hierdurch entstehenden Mehrkosten für Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis sind von den Krankenkassen zu tragen.

Dies betrifft beispielsweise die Kosten des einheitlichen Medikationsplans, die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und den elektronischen Arztausweis (eArztausweis).

**Begründung:**

Die bisherigen Erfahrungen mit dem einheitlichen Medikationsplan, der eGk und dem eArztausweis zeigen mangelhafte Praktikabilität in der Anwendung. Es entstehen hohe Investitions- und Betriebskosten. Der Zeitaufwand für Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis und für Praxis- und Klinikpersonal ist unerwartet hoch.



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Finanzierung der geforderten Digitalisierungsmaßnahmen im  
Gesundheitswesen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Rechl und Dr. Andreas Hellmann (Drucksache II - 41) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer setzt sich dafür ein, dass der vom Gesetzgeber geforderte elektronische Arztausweis (eArztausweis) keine laufenden Kosten verursacht, weder in der Klinik noch in der Praxis.

Entstehende Betriebskosten, beispielsweise für Signatursicherheit und Datenschutz bei der Verwendung des eArztausweises, sind von den Krankenkassen zu tragen.



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

*Weiteres*

- II - 06      Regelung von Rechten und Pflichten für Bewertungsportale von Ärzten im Internet mit Blick auf den Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses und die Patientenversorgung
- II - 19      Schulungen auf dem Gebiet der digitalen Gesundheitsversorgung müssen Teil der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung werden



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Regelung von Rechten und Pflichten für Bewertungsportale von Ärzten im Internet mit Blick auf den Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses und die Patientenversorgung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Johannes Kruppenbacher (Drucksache II - 06) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Es ist eine rechtliche Neubewertung der Gesetzeslage hinsichtlich ärztlicher Bewertungsportale im Internet vorzunehmen. Aus unserer Sicht ist unabhängig vom potenziellen Missbrauch der Portale für persönlichkeitsrechtsverletzende ÄuÙerungen unter allen Umständen geboten, das Arzt-Patienten-Verhältnis a priori zu schützen. Das Minimalziel lautet, dass jeder Arzt der Nutzung der Portale aktiv zustimmen muss. Ob ein generelles Verbot der Portale auszusprechen ist, weil es auch den Tatbestand berufswidriger Werbung erfüllen könnte, sollte vor diesem Hintergrund rechtlich geprüft werden.

**Begründung:**

Der Bundesgerichtshof (BGH) begründete seine Urteile in Unterlassungsklagen gegen Internetbewertungsportale (z. B. Jameda, Sanego etc.) damit, dass das öffentliche Interesse höher zu bewerten ist als das Recht des Arztes auf informelle Selbstbestimmung (Urt. V. 23.09.2017, Az. VI ZR 358/13). Bislang wurden entsprechende Verfahren von einzelnen Ärztinnen und Ärzten mit negativen Bewertungen abgehandelt, die ungefragt dem elektronischen Ärztepranger ausgeliefert sind.

Es ist bislang keine Güterabwägung vorgenommen worden, die das Arzt-Patienten-Verhältnis würdigt. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein besonders wertvolles, aber auch zerbrechliches Gut, welches auch bereits schon vor seinem Zustandekommen geschützt werden muss. Es ist gekennzeichnet von Respekt und Wertschätzung. Derartige Kriterien finden für im Internet bewertbare Kaufartikel (z. B. Rezension bei Amazon) keine Anwendung. Des Weiteren führen positive anonyme Bewertungen, deren Inhalt und Qualität nicht ausreichend überprüft werden bzw. werden können, zu (ungewollter?) Reklame, die damit unsachlich und irreführend sein kann. Dieser Umstand ist - wenngleich nicht durch den Arzt selber - über einen Dritten (Betreiber des Internetprofils) verursacht. Zudem werden Vergleiche zu anderen Ärzten gezogen, was berufswidriger Werbung entspricht (vgl. die Hinweise der Bundesärztekammer zum Verbot berufswidriger Werbung).



Negative anonyme Bewertungen schaden unzweifelhaft dem Arzt in vielerlei Hinsicht (Rufschädigung, Zeitaufwand, Rechtsanwaltskosten etc.) und gefährden somit auch indirekt die Patientenversorgung (z. B. durch begrenzte Zeitressourcen, Verunsicherung bei weiteren Entscheidungen). Zudem steht dem Patienten mit der Androhung negativer Bewertungen in Internetportalen ein Druckmittel gegenüber dem Arzt zur Verfügung, um seine Interessen (z. B. Rezept über nicht indizierte Therapien, Krankschreibungen etc.) durchzusetzen. Dies kann nicht im Interesse einer kostenbewussten adäquaten Patientenversorgung sein. Eine ausführliche Diskussion dazu findet sich im Deutschen Ärzteblatt (Arztbewertungsportale: Die Kritik der Ärzte [Dtsch Ärztebl, Jg. 114, Heft 15, 14.04.2017]).

Eine Änderung der gegenwärtigen Rechtsprechung ist aus unserer Sicht somit dringend geboten. Auch wenn das öffentliche Interesse höher zu bewerten sein mag als das Recht des Arztes auf informelle Selbstbestimmung, so ist ersteres unzweifelhaft nicht höher zu bewerten als das Recht des Patienten auf eine ungetrübte Arzt-Patienten-Beziehung (vor und nach seinem Zustandekommen). Auf Unverständnis stößt in diesem Kontext im Übrigen der Umstand, dass Krankenhausärzte nicht bewertet werden dürfen. Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Tätigkeit erscheint somit artifiziell. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist jedoch völlig unabhängig von ambulanter oder stationärer Versorgung, so wie es auch keine Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Versicherung geben darf.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:** Schulungen auf dem Gebiet der digitalen Gesundheitsversorgung müssen Teil der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung werden

**Beschluss**

---

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Kai Sostmann, Dr. Andreas Botzlar, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Christiane Groß (Drucksache II - 19) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Einführung von Curricula zur Förderung der ärztlichen Kompetenzen auf dem Gebiet der digitalen Gesundheitsversorgung. Schulungen in diesem Kompetenzfeld sollten baldmöglichst sowohl fester Bestandteil der medizinischen Hochschulausbildung als auch eigener Baustein der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sein. Nur so wird sichergestellt, dass die spezifischen Inhalte von Gesundheitstelematik, E-Health und Telemedizin zukünftig ein fester Bestandteil ärztlichen Kompetenzerwerbs werden.

Dazu soll dieses Thema durch die Bundesärztekammer in den Gremien für Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Telematik thematisiert werden mit dem Ziel, entsprechende Maßnahmen zu konzipieren. Die Landesärztekammern sollen in die Lage versetzt werden, zukünftig regelhaft Schulungen als Teil der Weiter- und Fortbildung anzubieten.



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

*Fernbehandlung*

- II - 35      Telemedizin
- II - 23      Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist Goldstandard für die ärztliche Behandlung -  
Telekonsultation kann nur als Ergänzung dienen
- II - 29      Modellprojekte zur Fernbehandlung fördern
- II - 33      Telemedizinische Verfahren als Teil der ärztlichen Behandlung nutzen
- II - 07      Das persönliche Arzt-Patienten-Gespräch ist auch im digitalen Zeitalter unverzichtbar



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Telemedizin

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. habil. Thomas Schang, Dr. Svante Gehring, Dr. Thomas Lipp, Dr. Norbert Metke, Dr. Detlef Niemann, Dr. Wolfgang Bärtl und Dr. Henrik Herrmann (Drucksache II - 35) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Die Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer werden gebeten zu prüfen, ob § 7 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) ("Fernbehandlung") um folgenden Zusatz ergänzt werden soll: "Von den Sätzen 1 und 2 kann die Ärztekammer in besonderen Einzelfällen Ausnahmen für definierte Projekte mit wissenschaftlicher Evaluation zulassen, wenn sichergestellt ist, dass berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden. Andere gesetzliche Bestimmungen bleiben hiervon unberührt."

**Begründung:**

Ein zunehmender Bedarf für telemedizinische Behandlung ergibt sich aus dem demografischen Wandel und dem Phänomen der zunehmenden Binnenmigration in wenige Metropolen mit Entstehung dünn besiedelter und schwer zu versorgender Regionen. Die wachsenden Anforderungen an Versorgungsqualität wie Mindestfallzahlen und Mindestanforderungen führen zu einer zunehmenden Konzentration von Versorgungsangeboten in einer geringeren Anzahl klinischer Zentren.

Ein dringendes Versorgungsproblem besteht in der zunehmenden nichtbräuchlichen Inanspruchnahme der Notfallambulanzen. Eine bessere Patientensteuerung in die adäquate Versorgungsebene durch ein Telearztzentrum wäre ein möglicher Lösungsansatz. Dies wird auch in dem Eckpunktepapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung vom 28.03.2017 so gesehen.

Auch der Alltag in den Arztpraxen ist gekennzeichnet von einem gewissen Anteil an Patienten, die mithilfe telemedizinischer Versorgungsansätze und Patientensteuerung auf einen Praxisbesuch hätten verzichten können. Ein verstärkter Einsatz von Telemedizin könnte zu einer Entlastung der verfügbaren Ressourcen führen. Gerade auch für häufig auftretende infektiöse Erkrankungen wie grippale Infekte wäre eine Vermeidung von Praxisbesuchen mit entsprechendem Ansteckungsrisiko für Patientinnen und Patienten und

---



medizinisches Personal sinnvoll.

Die bisherige Fassung von § 7 Abs. 4 der Berufsordnung untersagt eine Fernbehandlung nicht generell, sondern regelt im Gegenteil die Zulässigkeit von Fernbehandlungen.

Die schnelle Entwicklung moderner Medien bedingt derzeit ein schwer zu bewertendes und kaum überschaubares Angebot insbesondere im Internet und über Apps. Daher ist das Ziel der vorgeschlagenen Ergänzung der MBO-Ä vor allem die Abwendung von Schaden von Patienten, aber auch der Schutz von Kammermitgliedern vor unlauterem Wettbewerb durch fachlich unzureichende und in die bestehende Versorgung nicht integrierte Behandlungen. Fernbehandlung unterliegt grundsätzlich der Gefahr eines Informationsverlustes, der zu Fehldiagnosen und in der Folge zu Fehlbehandlungen führen kann. Eine Vielzahl von Parametern lassen sich heute jedoch telemedizinisch gut erheben.

Es kommt darauf an, Risiken der Fernbehandlung in ärztlicher Verantwortung im Einzelfall richtig einzuschätzen, um die Chancen der Fernbehandlung sinnvoll nutzen zu können. Dazu bedarf es eines in Deutschland derzeit nur gering vorhandenen Erfahrungshintergrundes in der Nutzung telemedizinischer Ansätze. Daher erscheint es sinnvoll, Fernbehandlung auch ohne vorherigen Patientenkontakt in geeigneten kontrollierten Projekten zu erproben.

Der Genehmigungsvorbehalt ermöglicht eine Prüfung von Projekten durch die Ärztekammer auf eine mögliche Verletzung berufsrechtlicher Belange. Andere Rechtskreise wie die Berufshaftpflicht und das Vertragsarztrecht liegen außerhalb der Regelungskompetenz der Kammern. Die geforderte Evaluation wird Erkenntnisse zur Umsetzbarkeit und Verbesserung der Versorgung hinsichtlich eines erleichterten Zugangs zur Versorgung einerseits und einer effektiveren Steuerung der Patienten andererseits erzielen können.



**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist Goldstandard für die ärztliche  
Behandlung - Telekonsultation kann nur als Ergänzung dienen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Susanne Blessing, Christa Bartels, Dr. Heiner Heister und Dr. Hans Ramm (Drucksache II - 23) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 stellt fest, dass der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt den Goldstandard ärztlichen Handelns in Beziehung zu den Patientinnen und Patienten darstellt.

Telekonsultation kann nur als Ergänzung dienen. Sie darf nicht als Problemlösung für einen drohenden Ärztemangel dienen. Dies gilt insbesondere für den ländlichen Raum. Zielführend wäre, die Attraktivität der kurativen ärztlichen Tätigkeit in allen Bereichen der Medizin zu steigern.

Diese Position soll von der Bundesärztekammer in der Gesundheitspolitik vertreten werden.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Modellprojekte zur Fernbehandlung fördern

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Frank J. Reuther, Dr. Matthias Fabian, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Henrik Herrmann, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Andreas Botzlar und Prof. Dr. Dr. dent. Christof Hofele (Drucksache II - 29) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) sieht ein Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung vor. In der seit dem 01.11.2016 in Baden-Württemberg geltenden Berufsordnung wurde diese Regelung der MBO-Ä um folgenden Satz ergänzt: "Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Landesärztekammer und sind zu evaluieren."

Die Anregung zu dieser Novelle ist den Forderungen der Praxis entsprungen. Auch im Gesundheitswesen hält die Digitalisierung zunehmend Einzug. Digitale Lösungen überwinden räumliche Distanzen und können Effizienzreserven heben. Patientinnen und Patienten fragen vermehrt auch ausschließlich digitale Gesundheitsangebote nach.

Die verfasste Ärzteschaft muss sich deshalb mit dem Thema des Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung auseinandersetzen. Es gilt, zwischen Chancen und Risiken abzuwägen. Vorteile und Chancen einer digitalen Fernbehandlung können genutzt, drohende Risiken müssen minimiert werden. Um dies sicherzustellen, müssen die durch eine Aufhebung des Fernbehandlungsverbots einsetzenden Prozesse mit ärztlichem Sachverstand begleitet werden.

Dies sollte unter folgenden Prämissen stehen:

- Im Zentrum der Bemühungen steht das Patientenwohl. Patientinnen und Patienten dürfen nicht in vermeintlich einfache und kostengünstige Lösungen gedrängt werden, sondern müssen der Fernbehandlung zustimmen.
  - Die Möglichkeit des direkten Arzt-Patienten-Kontaktes muss flächendeckend weiter gewährleistet sein.
  - Fernbehandelnde Ärztinnen und Ärzte unterliegen dem in Deutschland geltenden ärztlichen Berufsrecht.
  - Projekte für Fernbehandlungen ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt müssen durch die jeweilige Landesärztekammer genehmigt, begleitet und evaluiert werden und den geltenden Qualitätsanforderungen entsprechen.
-



- Datenschutz und Datensicherheit müssen gewährleistet und die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Daher begrüßt der 120. Deutsche Ärztetag 2017 die Durchführung von Modellprojekten zur Fernbehandlung.



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

Titel:            Telemedizinische Verfahren als Teil der ärztlichen Behandlung nutzen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Lothar Rütz, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christiane Groß, Rudolf Henke, Dr. Lydia Berendes, Dr. Anne Bunte, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Oliver Funken, Dr. Ivo Grebe, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König, Michael Krakau, PD Dr. Johannes Kruppenbacher, Michael Lachmund, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Wilhelm Rehorn, Barbara Stein, Dr. Klaus Strömer, Dr. Herbert Sülz, PD Dr. Maria Vehreschild, Dr. Joachim Wichmann und Bernd Zimmer (Drucksache II - 33) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 spricht sich dafür aus, telemedizinische Verfahren zu fördern, die eine zeitliche und räumliche Verfügbarkeit des Facharztstandards in Zukunft sichern und eine Vernetzung der Ärzteschaft gewährleisten.

Insbesondere sollten telemedizinische Verfahren zum Einsatz kommen, um die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum sowie für immobile und chronisch kranke Patienten zu erleichtern und Expertenwissen im Rahmen von Konsilen verfügbar zu machen.

Das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten ist auch und insbesondere bei telemedizinischen Anwendungen zu beachten. Telemedizinische Anwendungen müssen für Patienten und Ärzte freiwillig sein, weil nur dann Akzeptanz gelingen kann.

Wegen der grundlegenden Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ist darüber hinaus bei der Speicherung telemedizinisch erhobener Daten das Prinzip der Datensparsamkeit zu gewährleisten.

Die deutsche Ärzteschaft benötigt für die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mittels telemedizinischer Verfahren Rechtssicherheit. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert deswegen den Gesetzgeber zur Klärung haftungs- und datenschutzrechtlicher Aspekte telemedizinischer Verfahren auf.

---



---

**TOP II      Digitalisierung im Gesundheitswesen**

**Titel:**            Das persönliche Arzt-Patienten-Gespräch ist auch im digitalen Zeitalter unverzichtbar

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Johannes Grundmann und Dr. Heidrun Gitter (Drucksache II - 07) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 stellt die Bedeutung des ärztlichen Gesprächs im Sinne einer guten Arzt-Patienten-Kommunikation auch im digitalen Zeitalter in den Vordergrund. Digitale Techniken können und sollen die ärztliche Tätigkeit unterstützen, sie dürfen aber die notwendige persönliche Zuwendung von Ärztinnen und Ärzten nicht ersetzen.

**Begründung:**

Die Digitalisierung in der Medizin ist nicht aufzuhalten, und wir Ärzte sollten uns am Aufbau dieser digitalen Gesundheitswelt an vorderster Front beteiligen, sonst tun es andere. Wir sind längst nicht mehr die alleinigen Ratgeber bezüglich Gesundheit. Patientinnen und Patienten informieren sich immer häufiger über das Internet. Das Spektrum reicht von medizinischen Fragen wie Diagnose, Therapie oder Symptomen bis hin zur Beurteilung nach Qualität von Kliniken oder Pflegediensten. Die Internetrecherche birgt natürlich auch Gefahren von selbst gestellten Diagnosen seitens der Patienten und dadurch von ihnen eingeforderter Diagnostik und Therapie. Zudem werden Ängste geweckt, da die Patienten die Informationen ungefiltert bekommen und nicht immer richtig einordnen können. Hier hilft das persönliche Arzt-Patienten-Gespräch, um die Patientinnen und Patienten mit einem Basiswissen zu versorgen und dadurch die angeeigneten Informationen in die richtige Richtung zu lenken.



**TOP III      Bericht über die Jahresrechnung der  
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2015/2016  
(01.07.2015 – 30.06.2016)**

III - 01      Genehmigung des Jahresabschlusses



**TOP III Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das  
Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)**

Titel: Genehmigung des Jahresabschlusses

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 - 30.06.2016) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Ebner Stolz GmbH & Co. KG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 - 30.06.2016) wird gebilligt.

Die nicht verbrauchten Mittel aus dem Geschäftsjahr 2015/2016 in Höhe von 1.639.000,00 EUR werden in das Geschäftsjahr 2017/2018 eingestellt.



**TOP IV      Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für  
das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)**

IV - 01      Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das  
Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 - 30.06.2016)



**TOP IV      Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das  
Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)**

Titel:            Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr  
2015/2016 (01.07.2015 - 30.06.2016)

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Franz Bernhard Ensink, Dr. Joachim Calles, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Thomas Lipp, Prof. Dr. Dr. dent. Christof Hofele, Dr. Matthias Fabian, Dr. Peter Czeschinski und Dr. Sebastian Roy (Drucksache IV - 01) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 - 30.06.2016) Entlastung erteilt.



**TOP V      Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2017/2018  
(01.07.2017 – 30.06.2018)**

V - 01      Genehmigung des Haushaltsvoranschlags



**TOP V      Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2017/2018 (01.07.2017 – 30.06.2018)**

Titel:            Genehmigung des Haushaltsvoranschlags

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V - 01) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2017/2018 (01.07.2017 - 30.06.2018) in Höhe von 21.256.000,00 EUR wird genehmigt.



**TOP VI**

**GOÄneu**

*GOÄneu*  
*Weiteres*



**TOP VI      GOÄneu**

*GOÄneu*

- VI - 01a      Monitoringphase
- VI - 01      GOÄ-Novelle fortsetzen nach Abstimmung des Leistungsverzeichnisses und der Bewertungen mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften
- VI - 02      Dynamisierung der GOÄ
- VI - 08      Keine Budgetierung bei einer Novellierung der GOÄ: Die Datenstelle zum Monitoring der Leistungsentwicklung im Falle der Implementierung auf drei Jahre befristen
- VI - 10      Keine neuen Bürokratiekosten für Ärzte bei einer Reform der GOÄ
- VI - 11      Wahlmöglichkeit zwischen Leistungsverzeichnis und reinem Zeithonorar



**TOP VI**      **GOÄneu**

Titel:            Monitoringphase

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Folker Franzen, Dr. Klaus Strömer, Dr. Anne Vitzthum von Eckstädt und Dr. Wolfgang Lensing (Drucksache VI - 01a) zum Beschlussantrag von Vorstand (Drucksache VI - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Absatz 3 Unterpunkt 10 soll Folgendes ergänzt werden:

"Das Organ der Datenstelle ist auf den Zeitraum der dreijährigen Monitoringphase zu befristen. Dadurch wird strukturell gewährleistet, dass es nach Ende der Monitoringphase nach der Übergangsvorschrift keine Grundlage für Budgetierungsmaßnahmen in einer künftigen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gibt. Diese Befristung ist auch wegen der hohen laufenden Kosten für die Datenstelle, die die Ärzteschaft anderenfalls unbefristet tragen müssten, erforderlich.

Wenn nach der dreijährigen Monitoringphase keine Kostenanpassungsmaßnahmen über die GOÄ mehr erfolgen sollen, sind diese laufenden Kosten den Landesärztekammern nicht weiter zumutbar."



---

**TOP VI      GOÄneu**

**Titel:**            GOÄ-Novelle fortsetzen nach Abstimmung des Leistungsverzeichnisses und der Bewertungen mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Christa Bartels, Wieland Dietrich, Dr. Folker Franzen, Dr. Klaus Strömer und Dr. Anne Vitzthum von Eckstädt (Drucksache VI - 01d) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017 mit überwältigender Mehrheit:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 begrüßt die unmittelbare Einbindung der ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften in den Novellierungsprozess der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beauftragt die Bundesärztekammer, die von den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften eingebrachten Änderungsvorschläge zum Leistungsverzeichnis unter deren Beteiligung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Beihilfe abzustimmen sowie die Verbände und Fachgesellschaften weiterhin in den noch laufenden Bewertungsprozess einzubinden. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 erteilt der Bundesärztekammer darüber hinaus den Auftrag, ausgehend von der bisherigen Einbindung der ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften in den Novellierungsprozess, ein geeignetes Verfahren zu deren dauerhaften Beteiligung auch über den Novellierungsprozess hinaus zu Fragen der Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ zu etablieren. Die Bundesärztekammer soll sich im Rahmen der Fassung der Geschäftsordnung der Gemeinsamen Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ (GeKo) für ein Gastrecht der entsprechenden Verbände einsetzen.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, die mit den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften überarbeiteten Entwürfe zum Leistungsverzeichnis und den finalen Bewertungen der GOÄ an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu übergeben und Änderungen der Bundesärzteordnung (BÄO) und des Paragrafenteils der GOÄ wie in den **Anlagen** zu akzeptieren, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Die Leistungslegendierungen und -bewertungen entsprechen den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind zwischen den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, der



Bundesärztekammer, dem PKV-Verband und der Beihilfe sowie dem BMG abgestimmt.

2. Die Leistungen werden mit einem Einzelsatz bewertet, der mit dem bisherigen durchschnittlichen Steigerungssatz vergleichbar ist. Erforderliche Zusatzaufwände, die sich aus der jeweiligen Leistung, den Umständen ihrer Erbringung oder aus patientenbezogenen Gründen ergeben, sind in entsprechenden leistungsbezogenen, den zeitlichen und qualitativen Aufwand berücksichtigenden Erschwerniszuschlägen abgebildet. Darüber hinausgehende besondere Erschwernisgründe, die zur Steigerung auf den zweifachen Gebührensatz berechtigen, werden in einer sogenannten Positivliste aufgenommen.
3. Die sogenannte Negativliste, nach der für spezielle Behandlungsumstände eine Steigerung ausgeschlossen werden sollte, wird gestrichen.
4. Die Leistungsbewertungen folgen einer betriebswirtschaftlichen Grundkalkulation. In nachvollziehbaren Simulationsrechnungen führen die Bewertungen zum erwarteten Preiseffekt der neuen GOÄ von mindestens 5,8 Prozent (+/- 0,6 Prozent) Ausgabensteigerung der PKV-Unternehmen und der Beihilfe je substitutiv Krankenversichertem in den ersten drei Jahren nach dem Inkrafttreten der neuen GOÄ. Die betriebswirtschaftliche Grundkalkulation ermöglicht die kontinuierliche Weiterentwicklung der GOÄ, insbesondere bei Aufnahme neuer innovativer Leistungen oder bei Anpassung der GOÄ in Bezug auf allgemeine und spezielle Kostenentwicklungen.
5. Leistungen der persönlichen ärztlichen Zuwendung sowie hausärztliche Leistungen werden durch die Aufnahme zeitgestaffelter Gesprächsleistungen besser abgebildet und angemessen vergütet.
6. Die Bildung von Analogziffern bei innovativen, nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommenen Leistungen ist weiterhin möglich. Darüber hinaus ist auch die analoge Berechnung von Verlangensleistungen möglich.
7. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind weiterhin nach der GOÄ - auch als analoge Leistungen - berechnungsfähig.
8. Mit der Einrichtung einer GeKo, die dem Ordnungsgeber fortlaufend die Aufnahme neuer Behandlungs- und Diagnoseverfahren empfehlen soll, ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung der GOÄ entsprechend des medizinischen Fortschritts gewährleistet.
9. Die Empfehlungen der GeKo haben einen rechtsprägenden Charakter. Sie können nur einstimmig und damit ausschließlich mit Zustimmung der von der Bundesärztekammer repräsentierten Ärzteseite zustande kommen.



10. In einer dreijährigen Monitoringphase nach Inkrafttreten der neuen GOÄ wird die Ausgabenentwicklung von PKV und Beihilfe durch die GeKo mit Hilfe einer von ihr beauftragten Datenstelle analysiert. Im Rahmen des Monitorings erfolgt die Analyse der GOÄ-basierten Ausgabensteigerung von PKV und Beihilfe je substitutiv Krankenversichertem ausschließlich bezogen auf den erwarteten Preiseffekt durch die neue GOÄ von mindestens 5,8 Prozent (+/- 0,6 Prozent). Die Analysen zum Preiseffekt der neuen GOÄ basieren auf Daten der sogenannten Kopfschadenstatistik, die aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen von den PKV-Unternehmen und der Beihilfe an die Bundesanstalt für die Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) gemeldet werden. Leistungen auf Verlangen (Wunschleistungen) - mit "V" zu kennzeichnen - und alle sonstigen Leistungen anderer Kostenträger sind kein Bestandteil der Datenerhebung der Datenstelle. Sie sind für Kostenentwicklungen grundsätzlich nicht zu berücksichtigen, auch nicht im Rahmen der Monitoringphase von drei Jahren.
11. Die Bundesärztekammer ist berechtigt, eigene Daten an die Datenstelle zu übersenden. Bei Überschreiten oder Unterschreiten der Grenzen des erwarteten Preiseffektes der neuen GOÄ nimmt die GeKo Beratungen zu den Ursachen des Überschreitens oder Unterschreitens auf. Automatische Anpassungselemente der GOÄ bei Verfehlen des Preiseffektes nach oben oder unten sind nicht vorgesehen. Ausgabenentwicklungen, die aufgrund von Morbidität, Alter, innovativer oder neuer Leistungen, Epidemien, Veränderung der Anzahl der Versicherten oder der Anzahl der Ärzte entstanden sind, sind mit Hilfe der von der GeKo beauftragten Datenstelle in geeigneten rechnerischen Verfahren vom Preiseffekt zu differenzieren und nicht Gegenstand möglicher Empfehlungen der GeKo zur Weiterentwicklung der GOÄ. Die Analyse der Kopfschadenstatistik von PKV und Beihilfe beschränkt sich ausschließlich auf den Zeitraum der dreijährigen Einführungsphase.
12. Die Bundesärztekammer wird die so beschriebene Neuordnung der GOÄ nur dann beim BMG als konsentiert einbringen, wenn von einer neuen Bundesregierung in der nächsten Legislaturperiode des Bundestages keine weiteren grundlegenden ordnungspolitischen Beeinträchtigungen in der privatärztlichen Versorgung vorgesehen sind. Das gilt insbesondere für den Fall, dass eine GOÄ-unabhängige Einheitsgebührenordnung geplant wird.

#### Begründung:

Auf dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 bestätigten die Abgeordneten den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zum Sachstand der GOÄneu und damit die Eckpunkte der Verhandlungen und die bereits erzielten Verhandlungsstände zur Anpassung des § 11 der BÄO sowie zum novellierten Paragrafenteil der GOÄ. Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 forderte die Bundesärztekammer auf, den bis dahin zwischen Bundesärztekammer, PKV-Verband und BMG verhandelten Arbeitsstand zum Leistungsverzeichnis sowie die



---

Bewertungen der GOÄneu mit den betroffenen ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften abzustimmen.

Die Bundesärztekammer gab dementsprechend von Mai bis November 2016 den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften im Rahmen von 34 Präsenzterminen die Möglichkeit, die jeweils für sie relevanten Teile des Leistungsverzeichnisses zu diskutieren und im Sinne einer Qualitätssicherung zu überprüfen.

Die Mehrzahl der von den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften eingebrachten Änderungsvorschläge wurde bereits in den seit November 2016 regelmäßig stattfindenden Arbeitstreffen zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband erörtert und vom PKV-Verband angenommen. Die Änderungswünsche, die vom PKV-Verband bisher nicht nachvollzogen werden konnten oder die im Rahmen der Kompromissfindung geändert wurden, sollen ab Sommer 2017 mit fachlicher Unterstützung der Verbände und Fachgesellschaften in sogenannten trilateralen Gesprächen mit Bundesärztekammer und PKV-Verband abgestimmt und das Leistungsverzeichnis endgültig konsentiert werden.

Parallel zu diesem Abstimmungsprozess werden seit Januar 2017 auch die Bewertungen der Leistungen in einem zweiten Beteiligungsverfahren mit den Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften abgestimmt.

In mehreren Workshop-Sitzungen wurden auch die Änderungsentwürfe zu § 11 BÄO sowie zum Paragrafenteil der GOÄ mit übergeordneten Verbänden erörtert und überarbeitet, sodass die anschließend zwischen Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe abgestimmten Änderungsentwürfe zeitnah an das BMG übergeben werden können.



**TOP VI      GOÄneu**

Titel:            Dynamisierung der GOÄ

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Jan Döllein (Drucksache VI - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Rahmen der Neufassung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) soll ein Inflationskoeffizient geschaffen werden, der in Zukunft eine Anpassung an die allgemeine Inflationsentwicklung ermöglicht. Alternativ ist auch eine verpflichtende Aktualisierung der GOÄ-Sätze durch die Gemeinsame Kommission (GeKo) alle drei Jahre möglich.

**Begründung:**

Eine der großen Schwächen der "alten" GOÄ war die fehlende Inflationsbereinigung, die im Laufe der Zeit eine latente Unterfinanzierung ärztlicher Leistungen zuließ; eine ursprünglich angedachte Dynamisierung im Rahmen der "neuen" GOÄ wurde fallen gelassen. Sie ist aber unverzichtbar.



---

**TOP VI      GOÄneu**

**Titel:**            Keine Budgetierung bei einer Novellierung der GOÄ: Die Datenstelle zum Monitoring der Leistungsentwicklung im Falle der Implementierung auf drei Jahre befristen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Klaus Strömer, Dr. Anne Vitzthum von Eckstädt und Dr. Wolfgang Lensing (Drucksache VI - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert, dass im Falle der Implementierung einer Datenstelle zum Monitoring einer novellierten Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) deren Tätigkeit auf drei Jahre zu befristen ist. Auf diese Weise soll strukturell gewährleistet werden, dass nach Ende der dreijährigen Monitoringphase keine Maßnahmen mithilfe der Datenstelle ergriffen werden, die einer Budgetierung entsprechen. Nur unter dieser Maßgabe wird dem Vorstand der Bundesärztekammer ein Mandat für die Fortführung von Verhandlungen erteilt.

Bereits der 119. Deutsche Ärztetag 2016 hat jegliche Elemente, die einer Budgetierung im Rahmen einer novellierten GOÄ entsprechen, abgelehnt.

**Begründung:**

- Das "Regelwerk für die Überprüfung von auffälligen Entwicklungen der Leistungsausgaben der GOÄneu" gilt nur für die Übergangszeit von drei Jahren. Auch beschränkt sich die Analyse der "Kopfschadenstatistik" von privater Krankenversicherung (PKV) und Beihilfe ausschließlich auf den Zeitraum der dreijährigen Einführungsphase. Es gibt deshalb keinen Grund, eine gemeinsame Datenstelle länger als für die Übergangsvorschrift/Monitoringphase von drei Jahren zu institutionalisieren.
- Die Datenstelle ist mit erheblichen Kosten für die Bundesärztekammer verbunden, bei hälftiger Kostenübernahme stehen Kosten von mehreren 100.000 Euro/Jahr im Raum, welche von den Landesärztekammern andernfalls unbefristet zu tragen sind.
- Die Daten, welche der Datenstelle zur Verfügung stehen, stammen grundsätzlich von der PKV, deren Interessen denen der Ärzte entgegenstehen. Die Ärzteseite soll lediglich "berechtigt" sein, eigene Daten an die Datenstelle zu übermitteln. Es wird



weiter als zielführend erachtet, dass sich die Ärzteseite um eigene Abrechnungsdaten bemüht. Dies gilt insbesondere auch für die Zeit nach der dreijährigen Monitoringphase.



---

**TOP VI      GOÄneu**

Titel:            Keine neuen Bürokratiekosten für Ärzte bei einer Reform der GOÄ

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Axel Brunngraber, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Folker Franzen, Dr. Anne Vitzthum von Eckstädt und Dr. Wolfgang Lensing (Drucksache VI - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Abgeordneten des 120. Deutschen Ärztetages 2017 fordern, dass inhaltliche und formale Anforderungen an Privatrechnungen bei einer Reform der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) keinen zusätzlichen bürokratischen Aufwand und keine zusätzlichen Kosten verursachen. Dies beinhaltet insbesondere, dass

- auf ein standardisiertes Rechnungsformular verzichtet wird, weil dies nicht erforderlich ist - auch frei gestellte Rechnungen sind heute grundsätzlich maschinenlesbar,
- auf die Pflicht zur Angabe des Geburtsdatums des Zahlungspflichtigen verzichtet wird,
- bei einer abweichenden Vereinbarung (Abdingung) nach § 2 der GOÄ keine Angabe einer Begründung erforderlich ist, so wie dies bisher aus guten Gründen der Fall ist.

Begründung:

Eine abweichende Vereinbarung (Abdingung) stellt eine vertragliche Honoraraushandlung zwischen Arzt und Patient dar. Zum einen ist dafür dem Wesen nach gerade keine Begründung erforderlich, zum anderen würde eine Begründungspflicht eine wesentliche Erschwernis für den Arzt bedeuten. Die Verpflichtung des Arztes nach der Berufsordnung, die persönlichen Vermögensverhältnisse der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen, bleibt davon unbenommen. Weiteres mündlich.



**TOP VI GOÄneu**

Titel: Wahlmöglichkeit zwischen Leistungsverzeichnis und reinem Zeithonorar

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Ellis E. Huber, Julian Veelken und Katharina Thiede (Drucksache VI - 11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die GOÄ-Novelle soll die Wahl zwischen der Abrechnung nach dem Leistungsverzeichnis und einer exklusiven Zeitabrechnung nach Stunden- und Minutenpauschalen ermöglichen.

Begründung:

Eine Abrechnungsmöglichkeit nach Zeitpauschalen ist für Ärztinnen und Ärzte, die eine intensive Gesprächs- und Beziehungsmedizin praktizieren, einfacher. Sie sollten frei das zu ihrer ärztlichen Arbeit passende Honorierungsverfahren wählen können.



**TOP VI      GOÄneu**

*Weiteres*

- VI - 04      Ausfallgebühr
- VI - 06      Kostenrahmen/Kostenstellung für den "hoheitlichen Akt" der Feststellung über das Lebensende
- VI - 16      Vergütung der Leichenschau



---

**TOP VI**      **GOÄneu**

Titel:            Ausfallgebühr

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Oliver Funken und Dr. Carsten König (Drucksache VI - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird eine Gebührenordnungsposition (GOP) "Ausfallgebühr" aufgenommen. Diese GOP wird angesetzt und fällig, wenn ein verbindlich vereinbarter Behandlungstermin ohne Absage durch den Patienten nicht wahrgenommen wird. Die Höhe der GOP in Euro soll sich an einer Beratungsgebühr orientieren. Die Geltendmachung zusätzlichen Aufwandes, z. B. technischer Leistungen bei Nachweis, bleibt davon unbenommen.

Begründung:

Statistiken seit Einführung der Terminvergabestellen (der KVen) belegen, dass bis zu 25 Prozent der fest vereinbarten Termine nicht wahrgenommen werden. Dabei werden u. a. auch Behandlungstermine für andere Patientinnen und Patienten blockiert. Bereits die Einplanung von Behandlungsterminen erfordert administrativen Aufwand in einer Praxis, vergleichbar einer Beratung. Darüber hinaus sind Fehlzeiten ein Störfaktor im Betriebsablauf. Ein Ausgleich von einem solchen Aufwand durch eine rechtssicher anzuwendende GOP der GOÄ ist daher geboten.



---

**TOP VI      GOÄneu**

Titel:            Kostenrahmen/Kostenstellung für den "hoheitlichen Akt" der Feststellung über das Lebensende

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Detlev Steininger (Drucksache VI - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das Präsidium und der Vorstand der Bundesärztekammer werden aufgefordert, schnellstmöglich mit den zuständigen Stellen im Bund und/oder in den Ländern eine Kostenerstattung für den durch eine Ärztin oder einen Arzt durchzuführenden "hoheitlichen Akt" der Feststellung über das Lebensende (Leichenschau) zu vereinbaren.

Anzusetzende Kostenpunkte könnten sein:

1. Gebühr für die ärztliche Leichenschau mit der Feststellung über das Lebensende
2. Gebühr für die Fahrt zur Durchführung der Leichenschau
3. Gegebenenfalls Gebühr für die Durchführung der Leichenschau in der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen
4. Gegebenenfalls Gebühr für die Durchführung der Leichenschau außerhalb eines Gebäudes

Eine Kostenerstattung durch den Staat oder staatliche Stellen, die auf die gutachterliche ärztliche Information aus der Feststellung des Lebensendes angewiesen sind, würde jegliche Diskussion über die Legitimation einer Rechnung für die Durchführung einer Leichenschau beenden und die anfallenden Kosten beim Auftraggeber für die Information aus der Feststellung des Lebensendes einfordern.



---

**TOP VI      GOÄneu**

Titel:            Vergütung der Leichenschau

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Gerald Qwitterer, Michael Andor, Klaus Schäfer, Monika Buchalik, Dr. Jürgen Laporte, Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling und Dr. Oliver Funken (Drucksache VI - 16) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Verordnungsgeber auf, umgehend die allgemeinen Bestimmungen unter Kapitel VII der derzeit gültigen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) um folgenden Text zu ergänzen: "Daneben können Zuschläge wie bei den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62 berechnet werden."

**Begründung:**

Da in nahezu allen Fällen einer Leichenschau dazu auch ein Besuch erforderlich ist, dieser jedoch in der gegenwärtigen Fassung der GOÄ als nicht berechnungsfähig angesehen wird, ist nicht nachvollziehbar, dass deshalb die bei Besuchsleistungen möglichen Zuschläge zur Unzeit (Besuch bei Nacht, an Samstagen, Sonn- und Feiertagen) nicht angesetzt werden können. Wenn dies bei der Leichenschau in Abrede gestellt wird, dürfte auch der Besuch zur Unzeit nicht mit Zuschlägen besser gestellt sein.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Abschnitt A – Paragrafenteil*

*Abschnitt B – Titel, Gebietsdefinitionen, Weiterbildungszeiten*

*Abschnitt B – Inhalte der Weiterbildung*

*Allgemeine Inhalte der WB/CanMEDs-Rollen*

*Abschnitt C*

*Dokumentation der Weiterbildung (Logbuch)*

*Novelle Übergreifendes*

*Zeitplan/Verfahren zur Novellierung der MWBO*

*Andere Themen (außerhalb Novelle MWBO, z. B. Evaluation der WB)*



**TOP VII    Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Abschnitt A – Paragrafenteil*

- VII - 04    Weiterbildung nur nach Approbation bzw. gleichwertigem Kenntnisstand - Änderung § 4 MWBO
- VII - 29a    Anrechenbarkeit von Forschungszeiten
- VII - 29    Anrechenbarkeit von Forschungszeiten
- VII - 41    Anerkennung von Fehlzeiten auf die Weiterbildung
- VII - 33    Weiterbildung in Teilzeit
- VII - 21    Keine Begrenzung der Wiederholbarkeit von Facharztprüfungen
- VII - 25    Kompetenzerwerb als Anrechnungsmöglichkeit in neuer MWBO
- VII - 36    Direkte Betreuer in der ärztlichen Weiterbildung



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Weiterbildung nur nach Approbation bzw. gleichwertigem Kenntnisstand -  
Änderung § 4 MWBO

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VII - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, § 4 Abs. 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) dahingehend zu ändern, dass mit der Weiterbildung erst ab dem Zeitpunkt begonnen werden kann, ab dem die Approbation vorliegt bzw. ein gleichwertiger Kenntnisstand in der ärztlichen Ausbildung nachgewiesen worden ist. Die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern sind, sofern noch nicht geschehen, entsprechend anzugleichen.

Die europäische Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (RL 2005/36/EG) wurde durch eine Änderungsrichtlinie (RL 2013/55/EU) novelliert, deren Neuerungen bis zum 18.01.2016 in allen EU-Mitgliedsstaaten umgesetzt werden mussten. Unter anderem setzt seither die Zulassung zur fachärztlichen Weiterbildung eine abgeschlossene ärztliche Ausbildung voraus, die mindestens fünf Jahre und 5.500 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung umfasst und als **gültig anerkannt** worden ist. Damit sind entweder die Approbation oder die Feststellung eines gleichwertigen Kenntnisstands zwingende Voraussetzung für den Beginn einer Weiterbildung. Das Vorliegen einer Berufserlaubnis ist nicht ausreichend.

---



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Anrechenbarkeit von Forschungszeiten

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Dr. Silke Engelbrecht und Yvonne Jäger (Drucksache VII - 29a) zum Beschlussantrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache VII - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Antrag soll wie folgt ergänzt werden: "... Forschungszeiten **für die Dauer von maximal sechs Monaten** nur dann auf die Weiterbildung angerechnet werden können, wenn ...".

Begründung:

Der Erwerb von Kompetenzen, die eine gute Patientenversorgung sichern, erscheint selbst in der klinischen Forschung nur eingeschränkt möglich, sodass eine Anrechenbarkeit von einem Fünftel der Weiterbildungszeit zu hoch angesetzt erscheint.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Anrechenbarkeit von Forschungszeiten

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache VII - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 möge beschließen, dass Forschungszeiten nur dann auf die Weiterbildung angerechnet werden können, wenn sie in Bezug zur Patientenversorgung bzw. zu spezifisch zu erlernenden Weiterbildungsinhalten stehen.

Begründung:

Die Formulierung "Bis zu 12 Monaten können Forschungszeiten im In- und Ausland [...] angerechnet werden" lässt auch Zeiten, die gänzlich ohne Bezug zur Patientenversorgung/zum jeweiligen Weiterbildungsgang sind, als anrechenbar zu. Dies ist nicht im Sinne einer umfassenden und gründlichen Facharztweiterbildung.



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Anerkennung von Fehlzeiten auf die Weiterbildung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Monika Buchalik, Dr. Lars Bodammer, Dr. Klaus König, Dr. Wolf Andreas Fach, Michael Andor, Dr. Gerald Quitterer, Marion Charlotte Renneberg, Uwe Lange, Dr. Oliver Funken, Bernd Zimmer, Dr. Jürgen Laporte, San. Rat Dr. Michael Fink, Dr. Manfred Schnellbacher, Dr. Hans-Dieter Grüninger, Dr. Birgit Lorenz und Rolf Granseyer (Drucksache VII - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

§ 4 Abs. 4 (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird wie folgt ergänzt (Ergänzung fett hervorgehoben):

"Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen dieser Weiterbildungsordnung. Die festgelegten Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sind Mindestzeiten und Mindestinhalte. Weiterbildungs- oder Tätigkeitsabschnitte unter sechs Monaten können nur dann als Weiterbildungszeit anerkannt werden, wenn dies in Abschnitt B und C vorgesehen ist. Eine Unterbrechung der Weiterbildung, insbesondere wegen Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst, wissenschaftlicher Aufträge - soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt - oder Krankheit kann nicht als Weiterbildungszeit angerechnet werden.

**Dies gilt nicht für Unterbrechungen von insgesamt nicht mehr als sechs Wochen pro Weiterbildungsjahr wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit, Betreuungszeit und Wehr-, Ersatz- und Katastrophendienst. Bei Weiterbildungsabschnitten unterhalb von zwölf Monaten innerhalb eines Weiterbildungsjahres gilt diese Regelung anteilig.**

Tariflicher Erholungsurlaub stellt keine Unterbrechung dar. Ärztliche Tätigkeiten in eigener Praxis sind nicht anrechnungsfähig, sofern nichts anderes in Abschnitt C geregelt ist."

Begründung:

In der MWBO ist im Abschnitt A die Anerkennung u. a. von Krankheitszeiten ausgeschlossen. Der § 4 wird in folgender Weise ergänzt, damit Fehlzeiten von bis zu sechs Wochen im Weiterbildungsjahr nicht zu einem Verlust der finanziellen Förderung oder der Notwendigkeit einer Nachholung der Fehlzeiten führt.

---



Die aktuelle Regelung im § 4 Abs. 4 führt dazu, dass die finanzielle Förderung durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Zeit u. a. von krankheitsbedingten Fehlzeiten unterbrochen wird. Da die Weiterbildungspraxen in ihren Anstellungsverträgen aber keine Unterbrechung der Gehaltszahlungen bei Krankheit vorsehen, führt dies zu einer unbegründeten Mehrbelastung der Weiterbildungseinrichtungen in Praxen und Kliniken. Für die Ärztinnen und Ärzte der Weiterbildung führt dies darüber hinaus dazu, dass Fehlzeiten in der Weiterbildung nachgeholt werden müssen, ggf. mit der zusätzlichen Erschwernis, dass Anstellungsverträge verlängert werden müssen.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Weiterbildung in Teilzeit

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache VII - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 möge beschließen, die Weiterbildung in Teilzeit für die gesamte Dauer der Weiterbildung zu ermöglichen und nicht nur auf einen Abschnitt der Weiterbildung zu beschränken.

Begründung:

Teilzeitweiterbildungsmöglichkeiten sind für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf unerlässlich. Dieser Notwendigkeit stehen die in der WIKI-BÄK-Datenbank nachzuvollziehenden Diskussionsbeiträge entgegen, bei denen eine Beschränkung der Teilzeitarbeit auf die Hälfte der Weiterbildungszeit vorgeschlagen wird. Sie sollten entsprechend abgelehnt werden.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Keine Begrenzung der Wiederholbarkeit von Facharztprüfungen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Julian Veelken und Dr. Andreas Botzlar (Drucksache VII - 21) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 wendet sich gegen eine Beschränkung der Anzahl der möglichen Wiederholungen einer Facharztprüfung.

Begründung:

Das mehrmalige Nichtbestehen einer Facharztprüfung stellt eine sehr seltene Konstellation dar, für die kein spezifischer Regelungsbedarf besteht.

Gegen eine solche explizite Sanktion in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) spricht auch die Tatsache, dass für die eventuell betroffenen Kolleginnen und Kollegen nach sechs Jahren Studium und vieljähriger Weiterbildung danach keine substantielle weitere berufliche Qualifizierungsperspektive mehr besteht.



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Kompetenzwerb als Anrechnungsmöglichkeit in neuer MWBO

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Hanjo Pohle und Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache VII - 25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der weiteren Erarbeitung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ist darauf zu achten, dass die Voraussetzung des Kompetenzerwerbs im "Kopfteil" der MWBO als Anrechnungsmöglichkeit für Weiterbildungszeiten rechtlich tragfähig konkretisiert wird, falls nicht Weiterbildungszeiten aus allen anderen Gebieten anrechnungsfähig sein sollen.

Begründung:

Im vorgelegten "Kopfteil" der neuen Weiterbildungsordnung ist bei den meisten Gebieten vorgesehen, dass "zum Kompetenzerwerb" bis zu sechs oder bei einigen Gebieten zwölf Monate Weiterbildung "in anderen Gebieten" anrechenbar auf die jeweilige Gesamtweiterbildungszeit sein sollen. Es ist aber von den Autoren der neuen Weiterbildungsordnung offenbar beabsichtigt, keineswegs Weiterbildungszeiten aus (allen) anderen Gebieten anzuerkennen. Falls dem tatsächlich so ist, wäre die derzeitige Formulierung ohne weitere Klarstellung aber rechtlich nicht ausreichend tragfähig und in der Praxis für die Landesärztekammern kein taugliches Mittel, die Anrechnung von Weiterbildungszeiten aus nicht einschlägigen Gebieten rechtssicher abzulehnen. Daraus ergibt sich, dass die Regelung entweder

- näher konkretisiert wird oder
- Weiterbildungszeiten aus allen anderen Gebieten angerechnet werden müssen.

Wird nicht näher konkretisiert und die Anrechnung von Weiterbildungszeiten aus nicht einschlägigen Gebieten trotzdem durch eine Landesärztekammer abgelehnt, drohen der handelnden Landesärztekammer Amtshaftungsansprüche, z. B. wegen verspäteter Verleihung des Facharztabschlusses.



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Direkte Betreuer in der ärztlichen Weiterbildung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Thierse, Carsten Mohrhardt, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Andreas Botzlar und Dr. Sebastian Roy (Drucksache VII - 36) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" und die Ständige Konferenz der Rechtsberater der Bundesärztekammer zu beauftragen, eine Regelung im Paragrafenteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) mit folgendem Inhalt zu entwerfen und diese Regelung in die MWBO aufzunehmen:

"Ab einer Anzahl von xx Weiterzubildenden sollen die zur Weiterbildung Befugten Mentoren für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung benennen, entweder als persönliche Mentoren oder als Mentoren für bestimmte Weiterbildungsabschnitte. Diese Mentoren sind in die Weiterbildung einzubinden. Sie sollen in das jährlich zu führende Gespräch zum Stand der Weiterbildung einbezogen werden und das Protokoll mit unterzeichnen."

Begründung:

Dieser Beschluss würde die Qualität der Weiterbildung in Großabteilungen und in Abteilungen mit mehreren Standorten deutlich verbessern. Stattdessen würde eine Verbundbefugnis zwischen Chef- und Oberärzten häufiger an hierarchischen Problemen scheitern.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Abschnitt B – Titel, Gebietsdefinitionen, Weiterbildungszeiten*

- VII - 24      Facharztkompetenz "Allgemeinchirurgie" erhalten, inhaltliche Kompetenz präzisieren und verbessern!
- VII - 15      Beibehaltung der Facharztbezeichnung "Hygiene und Umweltmedizin"
- VII - 17      Psychosomatik in der Gebietsbezeichnung "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie"



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Facharztkompetenz "Allgemeinchirurgie" erhalten, inhaltliche Kompetenz präzisieren und verbessern!

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Joachim Dehnst, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Theodor Windhorst, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Hans-Ulrich Schröder, Prof. Dr. Rüdiger Smektala, Dr. Bernhard Bedorf und Dr. Günther Matheis (Drucksache VII - 24) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Die Facharztkompetenz "Allgemeinchirurgie" soll erhalten bleiben, die inhaltliche Kompetenz soll präzisiert und verbessert werden.

Begründung:

Allgemeinchirurginnen und Allgemeinchirurgen arbeiten erfolgreich in Praxen, Notfallambulanzen, Intensivstationen und Krankenhäusern. Die Facharztkompetenz "Allgemeinchirurgie" ist auch keineswegs vom Aussterben bedroht. Mit bundesweit 279 Facharztanerkennungen 2015 und sogar 307 Anerkennungen 2016 wählen viele junge Kolleginnen und Kollegen diesen Weg. Sie entscheiden sich bewusst für eine breit angelegte fachärztliche Grundkompetenz, nicht für einen "Alleskönner", aber auch nicht für eine obligat zwingende frühe Spezialisierung. Der Allgemeinchirurg wird nach wie vor für die Grundversorgung in Praxen und Kliniken gebraucht. Damit der zukünftige Allgemeinchirurg für die Chirurgie des Häufigen umfassend weitergebildet ist, wurde eine inhaltliche Verbesserung und Präzisierung der allgemeinchirurgischen Kompetenz vorgeschlagen.

Der Präsident der gemeinsamen Weiterbildungskommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) hat sich an die Präsidentinnen und Präsidenten der Landesärztekammern gewandt und damit gedroht, einen Erhalt des Allgemeinchirurgen nicht zu akzeptieren und nicht umzusetzen. Dies steht einer Fachgesellschaft nicht zu, sondern ist ureigene Aufgabe der Ärztekammern. Begründet wird der Wunsch nach Abschaffung des Facharztes für Allgemeinchirurgie mit der Sorge um die Qualität: Bei der zunehmenden Spezialisierung könne niemand mehr die Gebiete Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie auf dem erforderlichen Niveau abdecken. Das trifft sicherlich für die High-End-Chirurgie zu, aber nicht für die Basisversorgung. Was spricht dagegen, dass ein niedergelassener Allgemeinchirurg einerseits Leistenhernien operiert und andererseits unkomplizierte



---

Frakturen behandelt? Wenn er gewisse proktologische Operationen durchführt, aber ebenso Bagatellverletzungen versorgt und so Krankenhausambulanzen entlastet? Und auch für das Krankenhaus gilt: Nicht jede Radiusfraktur oder Sprunggelenksfraktur muss in einem Zentrum behandelt werden.

Die DGCH führt an, dass ohnehin die meisten Krankenhausabteilungen schon heute geteilt seien. Was bedeutet "geteilt"? Wenn ein Chefarzt Viszeralchirurg ist und ein weiterer Chefarzt Unfallchirurg? Zwei einsame Chefarzte machen noch keine getrennten Abteilungen aus. Erst wenn auch ein fachärztlicher Hintergrunddienst sowohl für die Orthopädie/Unfallchirurgie als auch für die Viszeralchirurgie existiert, kann man wirklich von "geteilten Abteilungen" sprechen. Dann müssten an allen chirurgischen Abteilungen mindestens zwei Fachärzte JEDER Ausrichtung tätig sein (also: zwei Unfallchirurgen/zwei Viszeralchirurgen), um die Versorgung aufrechterhalten zu können. Es nützt nämlich nichts, wenn der Unfallchirurg im Nachtdienst plötzlich die akute Appendizitis operieren muss und der Viszeralchirurg die Primärversorgung einer Schenkelhalsfraktur. 31,5 Prozent aller Krankenhäuser in Westfalen-Lippe haben aktuell keine zwei Viszeralchirurgen UND zwei Unfallchirurgen. Wenn jeweils drei Fachärzte in den Abteilungen arbeiten sollen, dann gibt es sogar in 51,5 Prozent aller Krankenhäuser in Westfalen-Lippe nicht genügend Fachärzte! In ländlichen Regionen ist es deutlich schwieriger, so viele Fachärztinnen und Fachärzte vorzuhalten. Es ist daher keine Alternative, alle kleinen Abteilungen zu schließen. Patientinnen und Patienten mit komplizierten viszeralchirurgischen Erkrankungen oder komplizierten Frakturen gehören zweifellos in entsprechend spezialisierte Abteilungen - aber es gibt nicht nur komplizierte Fälle!



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Beibehaltung der Facharztbezeichnung "Hygiene und Umweltmedizin"

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Anne Bunte, Dr. Johannes Nießen, Dipl.-Med. Petra Albrecht, PD Dr. Maria Vehreschild, Dr. Ulrike Beiteke, Dr. Christian Köhne, Dr. Lydia Berendes und Bernd Zimmer (Drucksache VII - 15) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) soll die Facharztbezeichnung "Hygiene und Umweltmedizin" beibehalten werden.

Begründung:

Die Umweltmedizin befasst sich mit der Risikoanalyse und -bewertung sowie mit Präventionsstrategien im Hinblick auf die Einwirkungen von biologischen, chemischen und physikalischen Noxen auf Bevölkerungsgruppen und Einzelpersonen. Diese können unter anderem vorhanden sein in Wasser, Boden, Luft, Technologien oder bestimmten Lebenswelten, wie z. B. dem Innenraum.

Die Umweltmedizin war, ist und bleibt ein wesentlicher Bestandteil der Hygiene und auch der Krankenhaushygiene.

Die sicht- und erkennbare Erhaltung von ärztlicher Kompetenz in diesem Bereich ist essenziell für eine fach- und sachlich fundierte Risikoanalyse und Bewertung und einem fach- und sachlichen umweltbezogenen Gesundheitsschutz.

Für Betroffene, andere medizinische und nichtmedizinische Experten, das öffentliche Gesundheitswesen sowie Behörden und Ministerien muss erkennbar sein und bleiben, welche Fachärztinnen und Fachärzte Kompetenz im Bereich Umweltmedizin haben und sich mit dieser Thematik befassen. Dies ist gerade im Hinblick auf brandaktuelle Fragestellungen zu möglichen gesundheitlich negativen Einflüssen durch die Energiewende, durch Luftverschmutzung in Ballungsräumen, durch Klimawandel, durch neue Konzepte der Mobilität, durch Feuchte-/Schimmelschäden aufgrund von Gebäuden mit zu dichter Gebäudehülle essenziell.



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:**            Psychosomatik in der Gebietsbezeichnung "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie"

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Andreas Crusius, Dipl.-Med. Silke Felgentreff, Prof. Dr. habil. Antje Bergmann, Dr. Rolf Gerhard, Dr. Martina Hoeft, Dr. Stephan Alder, Dr. Joachim Suder und Dr. Matthias Fabian (Drucksache VII - 17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Rahmen der Abstimmung der Gebietsbezeichnungen ist die Gebietsbezeichnung "Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie" zu verändern in "Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie".

**Begründung:**

Mit der Aufnahme der "-psychosomatik" - mit Bindestrich und damit spezifischem Bezug auf Kinder und Jugendliche - wird zunächst nachvollzogen, dass das Fachgebiet, anders als die Erwachsenenengebiete, keine Aufteilung in "Psychiatrie" und "Psychosomatik" für den überwiegend psychotherapeutischen Behandlungszugang bei Störungen mit körperlicher Symptomatik, aber seelischen Ursprüngen vorgenommen hat. Dies wäre angesichts der Größe des Fachgebietes schlichtweg nicht sinnvoll gewesen, zumal es in den letzten Jahren und Jahrzehnten erhebliche Mühe erfordert hat, eine weitgehend flächendeckende Versorgung zu etablieren. Historisch ist versäumt worden, 1992 mit der Differenzierung des Fachgebietes "Psychiatrie" und der Definition des "Facharztes für Psychotherapeutische Medizin" gleich die Erweiterung der Facharztbezeichnung für Kinder zu vollziehen, um die Zuständigkeit der Spezialistinnen und Spezialisten für Kinder zu betonen.

Die oftmals als "psychosomatisch" definierten Störungen wie Anorexia und Bulimia nervosa oder Ausscheidungsstörungen gehören seit jeher zum genuinen Diagnosespektrum und zum Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Ärztinnen und Ärzte des Faches werden vielfach in der "Somatopsychik" beigezogen, nämlich immer dann, wenn bei chronischen somatischen Erkrankungen eine psychotherapeutische oder familientherapeutische Unterstützung erforderlich wird - bei pubertärer Diabetes-Entgleisung infolge von Verweigerungshaltungen des Jugendlichen etwa oder zur Begleitung einer Transplantationsvorbereitung bei Mukoviszidose, zur Behandlung von häufig auftretenden, eigenständig diagnoserelevanten Depressionen bei

---



chronischen somatischen Erkrankungen, wie in der Psychoonkologie von Kindern. An vielen Standorten in Deutschland haben sich in der Folge enge und gute Kooperationen zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Kinder- und Jugendmedizin sowie anderen somatischen Fächern ausgebildet und etabliert.

Innerhalb der Kinderheilkunde wird eine überschneidende Zuständigkeit für die Kinderpsychosomatik gesehen, die beiderseitig anerkannt ist, wie in einem Kooperationspapier zwischen den pädiatrischen Fachverbänden und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie niedergelegt ist. Somit stellt die Aufnahme des Begriffs "-psychosomatik" in die Facharztbezeichnung schlichtweg den späten Vollzug dessen dar, was schon immer in der Versorgungspraxis gelebt wird.



**TOP VII    Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Abschnitt B – Inhalte der Weiterbildung*

- VII - 42    Berufsgenossenschaftliche Versorgung
- VII - 43    Realistische Zahlen



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Berufsgenossenschaftliche Versorgung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka, Dr. Klaus Thierse und PD Dr. Hansjörg Heep (Drucksache VII - 42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Sämtliche Vorgaben zur berufsgenossenschaftlichen Versorgung werden aus der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) und den Richtlinien eliminiert.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Realistische Zahlen

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka, Dr. Klaus Thierse und PD Dr. Hansjörg Heep (Drucksache VII - 43) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Die Zahlen der Richtlinien der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) müssen realistisch vorgegeben werden, damit nicht Forderungen zu hoher Zahlen einen Engpass für das Erfüllen der Anforderungen oder gar das Absolvieren der Weiterbildung schaffen.



**TOP VII    Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Allgemeine Inhalte der WB/CanMEDs-Rollen*

- VII - 14    Änderung der Weiterbildungsordnung - Aufnahme von Querschnittsthemen
- VII - 48    Logbuch und fachlich empfohlener Weiterbildungsplan der Allgemeinen Inhalte
- VII - 45    CanMEDS für die Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Änderung der Weiterbildungsordnung - Aufnahme von Querschnittsthemen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Klaus Thierse, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Thomas Werner, Kai Sostmann, Dr. Steffen König und Dr. Jürgen Fischer (Drucksache VII - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Es sollen folgende Querschnittsthemen in den "Allgemeinen Teil" der Weiterbildung aufgenommen und somit für alle Gebiete gültig werden:

- Kommunikation und soziale Kompetenz inklusive "ärztliche Führung"
- Qualitätsmanagement und Patientensicherheit
- Evidenzbasierte Medizin

Zur Implementierung sollen Kurse für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung sowie für Befugte angeboten werden.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Logbuch und fachlich empfohlener Weiterbildungsplan der Allgemeinen Inhalte

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Johannes Albert Gehle (Drucksache VII - 48) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan (Modellbuch) und Logbuch "Allgemeine Inhalte" als Beispiel an alle Abgeordneten des Deutschen Ärztetages versenden.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            CanMEDS für die Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache VII - 45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die verschiedenen Rollen des Arztes - wie im CanMEDS-Framework hinterlegt - als da sind Medical Expert, Communicator, Collaborator, Health Advocate, Manager, Scholar and PROFESSIONAL - müssen mindestens die allgemeinen, besser auch die spezifischen Inhalte der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) nachvollziehbar prägen.



**TOP VII    Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Abschnitt C*

VII - 03    Erwerb der Zusatzbezeichnungen in nebenberuflicher Tätigkeit ermöglichen



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:**            Erwerb der Zusatzbezeichnungen in nebenberuflicher Tätigkeit ermöglichen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Klaus-Peter Schaps, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp und Dr. Hanjo Pohle (Drucksache VII - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern auf, den Erwerb von Zusatzbezeichnungen grundsätzlich auch nebenberuflich zu ermöglichen. Der Grundsatz der ganztägigen Durchführung in hauptberuflicher Stellung ist zu streichen, und die inhaltlichen Anforderungen sind so zu gestalten, dass eine hauptberufliche Tätigkeit dem Erwerb nicht im Wege steht.

Der in der aktuellen Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorgesehene zusätzliche Abschnitt D für nebenberuflich erwerbende Zusatzbezeichnungen stellt für diese Problematik keine adäquate Lösung dar.

**Begründung:**

Vertragsärztinnen und -ärzte mit vollem Versorgungsauftrag können nach § 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) eine Nebentätigkeit ausüben. Sie müssen dabei sicherstellen, dass sie den Versicherten entsprechend ihres Versorgungsauftrages persönlich zur Verfügung stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anbieten.

Da die MWBO jedoch auch für den Erwerb von Zusatzbezeichnungen grundsätzlich eine hauptberufliche Stellung vorsieht, ist Vertragsärzten der Erwerb von Zusatzbezeichnungen (ausgenommen sind jene Zusatzbezeichnungen, die im Rahmen von Kursen erworben werden können) weitgehend versagt. Dies stellt eine berufsrechtliche Schlechterstellung der betreffenden Ärztinnen und Ärzte dar, denn es verhindert eine angemessene fachliche Weiterentwicklung und schränkt die Freiheit der Berufsausübung in einem nicht vertretbaren Maße ein.

---



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Dokumentation der Weiterbildung (Logbuch)*

- VII - 20      eLogbuch anpassungsfähig an Landesrecht konzipieren
- VII - 35      eLogbuch
- VII - 39      Klärung zum eLogbuch in der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- VII - 30      Kosten des eLogbuchs



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            eLogbuch anpassungsfähig an Landesrecht konzipieren

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Bernd Müller (Drucksache VII - 20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das geplante eLogbuch muss technisch so konzipiert werden, dass es durch die Landesärztekammern in jeder Einzelheit an das Landesrecht angepasst werden kann.

In den einzelnen Kammerbereichen bestehen individuell stark unterschiedliche medizinische Versorgungsstrukturen und ein unterschiedlicher medizinischer Versorgungsbedarf. Es ist daher erforderlich, dass die Weiterbildung den lokalen medizinischen Versorgungssituationen angepasst werden kann.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            eLogbuch

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache VII - 35) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 möge beschließen, dass das Vorhaben der Konzeptentwicklung eines eLogbuchs von der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zeitlich zu entkoppeln ist, auch wenn eine Gleichzeitigkeit von beidem natürlich wünschenswert ist.

Bei Etablierung eines eLogbuchs muss außerdem sichergestellt werden, dass dort, wo nötig, die einzelnen Landesärztekammern die Weiterbildungen an die regionalen Notwendigkeiten anpassen können.

Begründung:

Diese zeitliche Entkopplung ist notwendig, um die vielfältigen einzubeziehenden Themen (Datenschutz, Länderregularien u. a.) adäquat prüfen und berücksichtigen zu können.



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Klärung zum eLogbuch in der (Muster-)Weiterbildungsordnung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Thierse, Carsten Mohrhardt, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Andreas Botzlar und Dr. Sebastian Roy (Drucksache VII - 39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert den Vorstand auf, zum 121. Deutschen Ärztetag 2018 die technischen Spezifikationen und eine Kostenkalkulation für die Entwicklung eines eLogbuchs sowie eine Darstellung der rechtlichen und finanziellen Folgen für die Landesärztekammern vorzulegen. Die Entwicklung eines eLogbuchs ist zeitlich von einer Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu entkoppeln.

Außerdem fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017 den Vorstand auf, über die Landesärztekammern mit den Aufsichtsbehörden der Länder zu klären, wieweit ein aus technischen Gründen zwingend bundeseinheitliches und verpflichtendes eLogbuch mit der Zuständigkeit der Länder für das Weiterbildungsrecht vereinbar ist, und darüber ebenfalls auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 zu berichten.

Begründung:

Die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" der Bundesärztekammer hat (abgesehen von einer Untergruppe) noch nicht über die Probleme eines eLogbuchs diskutiert.

Wenn - wie wohl angedacht - die Inhalte in die Satzung übernommen werden und in einem bundesgleichen eLogbuch abgebildet werden, haben wir damit zwar durch die Hintertür eine bundesgleiche Weiterbildungsordnung eingeführt. Aber da die Weiterbildungsgesetze Landesrecht sind, ist

1. fraglich, ob die Landesregierungen ein solches Vorgehen akzeptieren,
2. damit verbunden, dass eine Änderung/Anpassung von Inhalten nur mit gleichzeitiger Zustimmung aller 16 Landesregierungen möglich ist,
3. eine Anpassung an lokale Gegebenheiten nicht mehr möglich.

Außerdem sind die Kosten dieses Systems noch überhaupt nicht geklärt!

---



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Kosten des eLogbuchs

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache VII - 30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 möge beschließen, dass die aus der Einführung des prinzipiell sehr zu begrüßenden eLogbuchs resultierenden finanziellen Folgen für die Landesärztekammern und ggf. weitere Beteiligte wie Befugte sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung transparent dargestellt werden müssen.

Begründung:

Für die Akzeptanz und auch die differenzierte Ausgestaltung des eLogbuchs ist die Transparenz über seine Kosten unerlässlich.



**TOP VII    Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Novelle Übergreifendes*

- VII - 05    Weiterbildungsstrukturen stärken
- VII - 06    Ziele nicht verwässern - Mut zur Neugestaltung



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Weiterbildungsstrukturen stärken

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Johannes Albert Gehle, Rudolf Henke, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VII - 05) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 spricht sich für eine nachhaltige Stärkung der Weiterbildungsstrukturen aus. Die Facharztweiterbildung stellt den entscheidenden Abschnitt der ärztlichen Profession dar, der das weitere ärztliche Berufsleben prägt, die Qualität der ärztlichen Berufsausübung gewährleistet und die Patientenversorgung sichert.

Um auch zukünftig die Qualifikation in allen Bereichen fachärztlicher Tätigkeit zu gewährleisten, fordert der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

- Die Kompetenzen der Landesärztekammern als Organisatoren und Richtliniengeber der Weiterbildung müssen gestärkt werden. Die im Landesrecht festgeschriebenen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche der Landesärztekammern sind zu wahren. Die Ärztekammern sind im Rahmen ihrer hoheitlichen Aufgaben in der Selbstverwaltung die Garanten einer unabhängigen, der Qualität der ärztlichen Berufsausübung verpflichteten Weiterbildung. Eine zunehmende Reglementierung der Weiterbildung durch das Sozialrecht erschwert diese Aufgabe.
  - Weiterbildungsstätten müssen die Voraussetzungen dafür schaffen, dass ihre Weiterbildungsbefugten sowie ihre jungen Ärztinnen und Ärzte ausreichend Zeit für ihre Weiterbildung haben.
  - Die vorgeschriebenen individuellen Weiterbildungspläne müssen zwischen Weiterbildungsbefugten und sich weiterbildenden Ärztinnen und Ärzten schriftlich verabredet und jährlich evaluiert werden. Es ist Aufgabe der Ärztekammern, diese Vereinbarungen zu überprüfen und Standards festzulegen, die für alle Weiterbildungsstätten gelten.
  - Der Vereinbarkeit von Familie und Beruf muss auch in der Weiterbildung Rechnung getragen werden. Arbeitgeber müssen die Voraussetzungen dafür schaffen, die geforderten Weiterbildungsinhalte im Rahmen verschiedener Arbeitszeitmodelle zu ermöglichen. Dies erfordert ein Umdenken der Beteiligten und die Bereitschaft zu flexiblen Lösungen.
-



- Eine regelhafte Evaluation der Weiterbildung ist über die Ärztekammern durchzuführen, um die daraus gewonnenen Erkenntnisse für Verbesserungen zu nutzen. Die Ergebnisse werden zusammengeführt und veröffentlicht. Geeignete Audit- und Peer-Review-Verfahren unterstützen diesen Prozess. Seminare zur Optimierung der Weiterbildung sind den Weiterbildungsbefugten anzubieten.
- Die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten sind enger in das System der ärztlichen Selbstverwaltung einzubinden, damit sie Einfluss auf die Regelungen der Weiterbildung nehmen, diese gestalten und Rückmeldungen geben können. Dazu sind demokratisch Sprecherinnen und Sprecher der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte in den einzelnen Weiterbildungsbereichen zu wählen, die als Ansprechpartner auch den Ärztekammern zur Verfügung stehen.



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:**            Ziele nicht verwässern - Mut zur Neugestaltung

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VII - 06) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesärztekammer und die an der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beteiligten Landesärztekammern, Fachgesellschaften und Berufsverbände auf, an einer kompetenzorientierten Neugestaltung festzuhalten, um die mehrfach durch den Deutschen Ärztetag festgelegten Ziele einer neuen MWBO zu erreichen:

- grundlegende Neugestaltung
- Anpassung an Versorgungsrealität und Versorgungsbedarf
- Flexibilität und Durchlässigkeit
- Europa-Kompatibilität
- Weiterbildungsinhalte vorrangig über Inhalte und Kompetenzen statt über Zeitvorgaben definieren
- möglichst nur eine Gesamtweiterbildungszeit
- Kompatibilität mit dem Berufs- und Sozialrecht
- Entschlackung der MWBO: didaktisch adäquate und versorgungsgerechte Richtzahlen definieren
- berufsbegleitende Weiterbildungsmöglichkeiten schaffen
- Stärkung der ambulanten Weiterbildung
- Verbundweiterbildung ausbauen
- Erhalt der Struktur der MWBO: Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Zusatz-Weiterbildungen
- Modelle für Teilzeitweiterbildung
- Verstärkung der Allgemeinen Inhalte
- Strukturierung durch Weiterbildungspläne
- Dokumentation durch ein Logbuch (ggf. elektronisch)
- Tutorensystem für die Weiterbildung mit "Train-the-Trainer"-Schulungen
- optimierte klinik- und abteilungsinterne Weiterbildungsabläufe
- Gliederung der Weiterbildung durch Kompetenz-/Weiterbildungsblöcke und Kompetenzebenen

Ziel dieser echten Neuausrichtung muss eine inhaltliche Stärkung der Facharztkompetenz

---



durch nachzuweisende Inhalte sein. Für die Sicherheit in der Versorgung für Patienten und Ärzte ist das Erreichen von sicher beherrschter Kenntnis, Erfahrung und Fertigkeit in den für das Fachgebiet versorgungsrelevanten Inhalten entscheidend, und nicht einfach die Dauer der Weiterbildung.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert daher alle Beteiligten auf, diesen gemeinsamen Weg nicht im letzten Moment zu blockieren. Mit der Selbstverwaltung besitzt die Ärzteschaft ein hohes Gut, das sie schützen muss. Das geht nicht mit einem "weiter wie bisher", sondern mit dem festen Willen und der Bereitschaft zu Veränderung und Fortentwicklung.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Zeitplan/Verfahren zur Novellierung der MWBO*

- VII - 40      Grundsatzantrag zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung  
(Verabschiedung von Abschnitt B der MWBO auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017)
- VII - 44      Weiterbildungsordnung
- VII - 12      Zeitplan einhalten
- VII - 01      Abschnitt B der (Muster-)Weiterbildungsordnung



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:**            Grundsatzantrag zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung  
(Verabschiedung von Abschnitt B der MWBO auf dem 120. Deutschen  
Ärztetag 2017)

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Max Kaplan, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Ulrich M. Clever, PD Dr. Hansjörg Heep, Bernd Zimmer und Dr. Sven Christian Dreyer (Drucksache VII - 40) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hat den Sachstandsbericht über Abschnitt B der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ausführlich beraten. Das Beratungsergebnis einschließlich des angepassten "Kopfteils" der MWBO zu den Gebieten wird durch den 120. Deutschen Ärztetag 2017 als Grundsatzbeschluss zur Gesamtnovelle festgelegt. Damit werden die Rahmenbedingungen der Weiterbildungsinhalte umfassend fixiert.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 vertraut den Vorarbeiten durch die Fachgesellschaften, Berufsverbände und Ärztekammern und berät daher zu den Weiterbildungsinhalten möglichst nur systematische Grundsätze. Die Verabschiedung über die Weiterbildungsinhalte, die in den Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer erarbeitet werden, wird analog zu den Beschlüssen der Deutschen Ärztetage 1998, 2003 und 2010 dem Vorstand der Bundesärztekammer übertragen.

Ziel ist es, das Gesamtwerk der MBWO mit Zusatz-Weiterbildungen, Allgemeinen Inhalten und Paragrafenteil dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 zur Beschlussfassung vorzulegen.

**Begründung:**

Der umfangreiche, fachlich abgestimmte Prozess zur Novellierung der MWBO kann so zügig mittels stringenter Abläufe unter Einbeziehung der Expertise o. g. Akteure zu Ende geführt werden.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Weiterbildungsordnung

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Gerald Qitterer, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Klaus-Jürgen Fresenius, Dr. univ. Anneliese Lengl, Dr. Marlene Lessel, MD Dr. Karl Breu, Dr. Sven Goddon, Dr. Angelika Reindl-Postler, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Wolfgang Schaaf, Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka, Dr. Ulrich Schwiersch, Dr. Markus Beck und Dr. Hans Joachim Willerding (Drucksache VII - 44) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 beschließt die Annahme der "Kopfteile" des Abschnittes B der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO).



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Zeitplan einhalten

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VII - 12) fasst der 120. Deutsche Ärztetag 2017 folgende EntschlieÙung:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 appelliert dringend an die Einhaltung des Zeitplans zur Verabschiedung der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO).

Auf dem 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden wurde der Auftrag zur Novellierung der MWBO beschlossen. Auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg wurde zudem beschlossen, eine kompetenzbasierte MWBO zu entwickeln. Dieser Entwicklungsprozess ist nun weit fortgeschritten: Auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg soll die Novellierung des Abschnitts B vorgestellt werden; im Jahr 2018 soll die gesamte Novellierung der MWBO verabschiedet werden.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert dringend die Einhaltung dieses Zeitplans, damit die kompetenzbasierte Weiterbildung zeitnah in den Landesärztekammern umgesetzt und zu einer Verbesserung der Weiterbildungsqualität beitragen kann.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Abschnitt B der (Muster-)Weiterbildungsordnung

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 01) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 nimmt den Sachstandsbericht über Abschnitt B (**Anlage**) der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zur Kenntnis und unterstützt den Prozess der kompetenzorientierten MWBO. Er fordert alle Beteiligten auf, hinsichtlich der weiteren Abschnitte und Arbeiten diesen Prozess mit der gebotenen Sorgfalt zügig zum Abschluss zu bringen.



**TOP VII    Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Andere Themen (außerhalb Novelle MWBO, z. B. Evaluation der WB)*

- VII - 09    Sicherung der hohen Qualität der Weiterbildung ist Kernaufgabe der Ärztekammern
- VII - 10    Personelle Strukturen für Mentoring der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung  
              vorhalten
- VII - 11    Kontinuierliche Evaluation der Weiterbildung



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:**            Sicherung der hohen Qualität der Weiterbildung ist Kernaufgabe der  
                         Ärztekammern

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Klaus-Peter Schaps, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp und Dr. Hanjo Pohle (Drucksache VII - 09) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Bundesärztekammer auf, jeglichen politischen Bestrebungen, die ärztliche Weiterbildung unter dem Aspekt der Sicherstellung der Versorgung strukturieren oder gar limitieren zu wollen, entschieden entgegenzutreten. Die Hoheit über die ärztliche Weiterbildung muss bei den Ärztekammern liegen.

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Landesärztekammern in diesem Zusammenhang auf, die Qualität der Weiterbildung - zum Beispiel im Rahmen einer Evaluation - kontinuierlich und systematisch zu erfassen und konsequent auf eine Verbesserung hinzuwirken. Dabei sind alle zur Verfügung stehenden Mittel - zum Beispiel Visitationen - auszuschöpfen. Insbesondere bei der Erteilung und Verlängerung von Weiterbildungsbefugnissen müssen diese Evaluationsergebnisse berücksichtigt werden.

**Begründung:**

Die ärztliche Weiterbildung ist gesetzgeberischer Auftrag und Kernaufgabe der Ärztekammern. Zugleich korreliert das hohe Niveau der Facharztqualifikation mit der hohen Qualität und Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgung in Deutschland. Dirigistische Eingriffe, die die ärztliche Weiterbildung unter dem Diktum der Versorgungssteuerung strukturieren wollen, verstoßen nicht nur gegen die Freiheit der Berufsausübung, sondern stellen auch einen Angriff auf das ärztliche Leistungspotenzial und das ärztliche Berufsethos dar. Daher muss zum Schutz der Patientinnen und Patienten jeglichen gesetzgeberischen Bestrebungen, dies aushebeln zu wollen, frühzeitig Einhalt geboten werden.

Die ärztliche Weiterbildung findet in hauptberuflicher Stellung als sogenanntes Training-on-the-Job statt. Dabei ist das arbeitsrechtliche Verhältnis zwischen dem Arbeitgeber und dem Arzt in Weiterbildung maßgeblich, das die Facharztweiterbildung in der Regel nur unzureichend berücksichtigt. Arbeitgeber und Weiterbildungsbefugte sind selten identisch, und vor allem im stationären Sektor stehen Weiterbildungsbefugte selbst in einem eigenen arbeitsvertraglichen Abhängigkeitsverhältnis. Daher muss den Ärztekammern noch stärker



als bisher daran gelegen sein, ihren Einfluss auf die gute Qualität der Weiterbildung zu erhalten, durchzusetzen und zu stärken.



---

**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Personelle Strukturen für Mentoring der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung vorhalten

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Hanjo Pohle, Klaus-Peter Schaps und Dr. Klaus Thierse (Drucksache VII - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Klinikträger dazu auf, personelle Strukturen für ein umfassendes Mentoring für sich weiterbildende Ärztinnen und Ärzte zu realisieren. Als Teil dieses Mentorings sollten die Kliniken Konzepte unterstützen, die eine umfangreiche und strukturierte Einarbeitung von Berufseinsteigern vorsehen. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen strukturiert und supervidiert eingearbeitet werden. Im gesamten Verlauf der Weiterbildung müssen Weiterzubildende jederzeit die Möglichkeit haben, ihr ärztliches Handeln durch Fachärztinnen und Fachärzte beurteilen und gegebenenfalls korrigieren zu lassen.

Begründung:

Die Qualität der ärztlichen Weiterbildung hängt maßgeblich von einem regelmäßigen intensiven Kontakt zu den zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzten ab. Mentoring bedeutet in diesem Zusammenhang, die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gemäß der geltenden Weiterbildungsordnung fachlich zu begleiten und über die gesamte Weiterbildung zu betreuen.

Wesentlicher Bestandteil des Mentorings ist die Einarbeitungsphase in den ersten Arbeitswochen. Eine qualitativ hochwertige Einarbeitung steht zu oft hinter der täglichen ärztlichen Tätigkeit zurück. Eine Einarbeitung muss gleichermaßen auf den Stationen und in den Funktionsbereichen erfolgen. Hierfür ist ggf. für eine begrenzte Zeit eine doppelte Besetzung einzuplanen. Aufgrund personeller Engpässe ist eine enge fachärztliche Begleitung während der Einarbeitung und der darauffolgenden Weiterbildungszeit häufig nicht möglich. Dies gilt es endlich, auch im Sinne der Patientensicherheit, zu ändern.



**TOP VII      Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel:            Kontinuierliche Evaluation der Weiterbildung

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Klaus-Peter Schaps, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp und Dr. Hanjo Pohle (Drucksache VII - 11) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 fordert die Landesärztekammern auf, die Evaluation der Weiterbildung kontinuierlich durchzuführen.

Begründung:

Eine regelmäßige und kontinuierliche Evaluation der Weiterbildung ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der ärztlichen Weiterbildung. Seit dem Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer im November 2012, die Evaluation der Weiterbildung (aus aktuellen Kostengründen) nicht mehr bundesweit durchzuführen, sondern dies den Landesärztekammern zu überlassen, hat es jedoch nach den fünf Pilotbefragungen im Jahr 2014 nach aktuellem Kenntnisstand nur noch drei Evaluationen gegeben. Damit droht dieses wichtige Instrument zur Bekämpfung von Defiziten in der Weiterbildung und das damit bislang erworbene Know-how bis auf wenige Ausnahmen verloren zu gehen - mit Folgen für die Qualität der Weiterbildung. Die ersten beiden bundesweiten Befragungen in den Jahren 2009 und 2011 hatten in wesentlichen Bereichen dringenden Verbesserungsbedarf offenbart, wie etwa im Falle kaum strukturierter Weiterbildungspläne und unbefriedigender Arbeits- und damit Weiterbildungsbedingungen.



**TOP VIII      Wahl des Tagungsortes für den 122. Deutschen  
                  Ärztetag 2019**

VIII - 01      Austragungsort 122. Deutscher Ärztetag 2019



**TOP VIII Wahl des Tagungsortes für den 122. Deutschen Ärztetag 2019**

Titel: Austragungsort 122. Deutscher Ärztetag 2019

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 01) beschließt der 120. Deutsche Ärztetag 2017:

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 bestimmt Münster als Austragungsort für den 122. Deutschen Ärztetag vom 28. bis 31.05.2019.



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

---

**Physician Assistant –  
Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen**

---

**Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung**

Die in diesem Werk verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

© Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, Berlin, und  
Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 2017

# Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
Teil I	5
1. Charakterisierung des Berufsbilds und seiner Entwicklung	5
2. Chancen der Einführung	5
2.1 Unterstützung und Entlastung des Arztes	5
2.2 Verhinderung weiterer Zersplitterung der Berufe und Zuständigkeiten	6
2.3 Steigerung der ärztlichen Berufszufriedenheit	6
3. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation von Leistungen durch den Arzt an den PA	7
4. Physician Assistant als Berufsperspektive für Gesundheitsfachberufe	8
Teil II	9
Teil III	10
a) Verbindliche Studieninhalte	10
b) Kompetenzkatalog	14
Teil IV	21
Literatur	23

## Präambel

Die deutsche Ärzteschaft hat sich auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm im Jahre 2008 in einem Grundsatzpapier, dem sogenannten Ulmer Papier, zum Zusammenwirken mit Gesundheitsfachberufen nachdrücklich bekannt und sich für multiprofessionelle Teams und berufsübergreifende Versorgungskonzepte ausgesprochen. Aus Gründen der Patientensicherheit spielt hierbei der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie sowie der ärztlichen Weisungsbefugnis in der medizinischen Versorgung innewohnt, eine große Rolle. Die Einheitlichkeit der Heilkundenausübung und das Prinzip des Arztvorbehalts sind für die Ärzteschaft unverzichtbar. Demzufolge sprach sich der Deutsche Ärztetag für eine Aufgabenübertragung nach dem Prinzip der Delegation bei heilkundlichen Tätigkeiten aus.

In Weiterentwicklung dieser Gedanken haben der 118. und der 119. Deutsche Ärztetag in den Jahren 2015 und 2016 für ein bundeseinheitlich geregeltes, neu einzuführendes Berufsbild Physician Assistant votiert. Physician Assistant ist eine aus dem internationalen Sprachgebrauch entlehnte Bezeichnung für einen hochschulisch qualifizierten Gesundheitsberuf (Bachelorniveau), der vom Arzt delegierte Aufgaben übernimmt. Er soll Ärzte in enger Zusammenarbeit mit diesen unterstützen und entlasten, womit einer Zersplitterung der Versorgung, einer Potenzierung von Schnittstellenproblemen, Unwirtschaftlichkeit und fraglichen Auswirkungen auf Patientensicherheit und Versorgungsqualität entgegengewirkt werden soll. Die Idee der einheitlichen Heilkundenausübung des Arztes bleibt dadurch zentral und gewahrt.

Das hiermit vorgelegte Konzept versteht sich als konstruktiver Beitrag zur zukünftigen Gestaltung des Gesundheitswesens. Zielsetzung ist es, eine Vereinheitlichung der Studiengänge und ggf. eine Regelung auf Bundesebene hierfür zu bewirken. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich hinsichtlich der Konzeption eng mit Vertretern der Deutschen Hochschulkonferenz Physician Assistance abgestimmt. Darüber hinaus bietet das Konzept für Gesundheitsfachberufe, insbesondere Medizinische Fachangestellte, Perspektiven für die Berufsentwicklung und die Anschlussfähigkeit an den Hochschulbereich in Form eines Weiterbildungsstudiums. Ein grundständiges Studium erfüllt die Strukturvorgaben für eine einheitliche Qualifizierung nicht.

## **Teil I**

### **Begründung**

#### **1. Charakterisierung des Berufsbilds und seiner Entwicklung**

Beim Physician Assistant (PA) handelt es sich um einen medizinischen Assistenzberuf, der seit vielen Jahrzehnten vor allem in den USA und weiteren angloamerikanischen Ländern, seit etwa 15 Jahren auch in den Niederlanden etabliert ist. Der Arzt überträgt dem PA delegierbare Aufgaben und wird so für seine Kernaufgaben entlastet und unterstützt. Der PA ist dem ärztlichen Dienst unterstellt. Deutsche Bezeichnungen sind Medizinassistent oder Arztassistent, sie werden jedoch uneinheitlich verwendet.

PAs übernehmen aufgrund ihrer hochschulischen Ausbildung die Begleitung komplexer Dokumentations- und Managementprozesse und organisatorischer Verfahren, können solche aber auch im Auftrag der ärztlichen Leitung mit entwickeln. Sie sind in der Lage, Ärzte in verschiedenen Tätigkeitsbereichen flexibel immer dann zu entlasten, wenn es sich nicht um höchstpersönlich vom Arzt zu erbringende Leistungen handelt.

Seit dem Jahr 2005 haben 179 Absolventen von PA-Studiengängen in Deutschland eine unmittelbar anschließende Beschäftigung in der Patientenversorgung aufgenommen. Im Oktober/November 2015 befanden sich mindestens 225 Studierende der PA-Studiengänge in Ausbildung.<sup>1</sup> Der Einsatzbereich liegt derzeit in der stationären Versorgung, sowohl im ländlichen wie städtischen Raum und auch im Bereich von Maximalversorgern. Physician Assistants finden insbesondere breite Akzeptanz bei den ärztlichen Leitern medizinischer Abteilungen.

#### **2. Chancen der Einführung**

##### **2.1 Unterstützung und Entlastung des Arztes**

Angesichts der zunehmenden Komplexität der Versorgung auf Grund der medizinischen, medizinisch-technischen und demografischen Entwicklung, von Vernetzungserfordernissen und der hierfür notwendigen berufsübergreifenden Versorgungskonzepte müssen Ärzte stärker als bisher unterstützt und von Tätigkeiten entlastet werden. Hierbei geht es um folgende Aufgabenbereiche:

a) Allgemeines Prozessmanagement

Beim allgemeinen Prozessmanagement können PA komplexe Prozesse mit entwickeln, verbessern und aufrechterhalten. Hierfür sind Grundlagen aus Recht, Ökonomie, Informatik, Qualitätsmanagement, Medizintechnik usw. notwendig. PA können Ärzte bei den nichtmedizinischen Verpflichtungen und bei der prozessualen Sicherstellung der Versorgung entlasten.

---

<sup>1</sup> Vgl. Physician Assistant, 1. Jahrgang, Heft 1, Januar 2016, S. 15ff

- b) **Ärztliches Prozess- und Dokumentationsmanagement**  
Beim medizinischen Prozess- und Dokumentationsmanagement sind PA Patientenbegleiter und Compliance-Manager und übernehmen die Fallbegleitung. Sie sichern die Umsetzung der ärztlichen Behandlungspläne von der Aufnahme bis zur Entlassung oder Anschlussbehandlung. Sie führen die erforderliche Dokumentation, die durch den Arzt überprüft und freigegeben wird. Arztberichte können so effektiv und zeitnah erstellt werden. Die Kodierungsqualität steigt, denn sie erfolgt umfassend auf der Basis der Aktenlage und von Besprechungen und Visiten. Insgesamt bleibt dem Arzt mehr Zeit und Ruhe für die eigentliche Tätigkeit am Patienten.
- c) **Delegierbare patientenbezogene Tätigkeiten**  
Die PA können für allgemeine und spezifische Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen, wie z. B. in der Chirurgie, der Inneren Medizin, der zentralen interdisziplinären Notaufnahme, der Anästhesie und der Intensivmedizin, der Funktionsdiagnostik, im allgemeinmedizinischen Bereich sowie weiteren Bereichen eingesetzt werden.

Die Aufgabenzuweisung an den PA folgt dabei den Grundsätzen der Delegation.

## **2.2 Verhinderung weiterer Zersplitterung der Berufe und Zuständigkeiten**

Bedingt durch neue Anforderungen und zunehmende Arbeitsverdichtung wurde in den letzten Jahren eine große Zahl von „Subberufen“ und Funktionsbezeichnungen mit uneinheitlich oder in nicht ausreichender Weise geregelter Qualifikation, insbesondere im medizinischen Bereich, geschaffen. Diese wurden zudem vom ärztlichen Verantwortungsbereich abgekoppelt, die personellen wie strukturellen Gestaltungsmöglichkeiten des ärztlichen Dienstes wurden und werden immer weiter zurückgedrängt. Ein neuer einheitlich qualifizierter und vielseitig einsetzbarer Beruf, dessen Angehörige eng mit dem Arzt zusammen arbeiten und dessen Weisung unterliegen, würde hingegen die Qualität der Versorgung erhöhen.

## **2.3 Steigerung der ärztlichen Berufszufriedenheit**

Neben der administrativen Unterstützung fordert vor allem der ärztliche Nachwuchs eine verstärkte allgemeine Entlastung, einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und mehr Möglichkeiten von Teilzeittätigkeit. Insbesondere die Möglichkeit einer umfangreichen und zeitnahen Kompetenzbildung in weiterbildungsrelevanten Techniken und Fertigkeiten wird vorrangig gewünscht. All dies ist nur denkbar, wenn die Ärzte sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können und von Routinetätigkeiten entlastet werden. Tätigkeiten in OP und Funktionsbereichen werden oft erst durch eine qualifizierte Fachkraft auf Station möglich bzw. zeitlich flexibel gestaltbar. Dies könnten PA effizient leisten.

Der Einsatz von PA darf nicht dazu führen, dass Aufgaben für Ärzte in Weiterbildung eingeschränkt werden oder gar entfallen.

### **3. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation von Leistungen durch den Arzt an den PA**

Für die Ausübung des Arztberufs bedarf es der Approbation als Arzt oder einer ärztlichen Berufserlaubnis. Das Sozialrecht weist darüber hinaus primär dem Arzt die Zuständigkeit für die Durchführung von Behandlungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu (§ 15 Abs. 1 SGB V). Ergänzend ist der Arztvorbehalt in weiteren gesetzlichen Bestimmungen wie z. B. dem Transfusionsgesetz oder der Röntgenverordnung geregelt.

Die persönliche Leistungserbringung durch den Arzt ist eines der wesentlichen Merkmale seiner freiberuflichen Tätigkeit. Er muss jedoch nicht jede Leistung höchstpersönlich erbringen. Vielmehr gehört es zu den Grundprinzipien der gesundheitlichen Versorgung in allen Sektoren, dass Ärzte Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von einem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist.

Der Arzt darf Leistungen, die er aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur höchstpersönlich erbringen kann, nicht delegieren. Dies sind solche Leistungen oder Teilleistungen, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss. Dazu gehören die Anamnese, die Indikationsstellung, die Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, das Stellen der Diagnose, die Aufklärung und die Beratung des Patienten, die Entscheidung über die Therapie und die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe.<sup>2</sup>

Der Spielraum für die Delegation wird darüber hinaus wesentlich von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters bestimmt. Der Arzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert. Der Arzt hat sicherzustellen, dass der Mitarbeiter aufgrund seiner beruflichen Qualifikation oder allgemeinen Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erbringung der delegierten Leistung geeignet ist.<sup>3</sup>

Die mögliche Reichweite der ärztlichen Tätigkeiten, die an PA delegiert werden können, bestimmt sich demnach aus den Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die diesem im Rahmen seiner hochschulischen Ausbildung vermittelt werden. Eine konkrete und bundeseinheitliche Beschreibung von Kompetenzen der PA dient der

---

<sup>2</sup> Vgl. Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: 29.08.2008 [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Empfehlungen\\_Persoeliche\\_Leistungsbringung.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_Persoeliche_Leistungsbringung.pdf), Abruf am 14.10.2015

<sup>3</sup> Vgl. Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V, Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R./GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R., Berlin, 2013, [http://www.kbv.de/media/sp/24\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf), Abruf am 15.10.2015, § 4

Rechtssicherheit aller Beteiligten, dem Patientenschutz sowie der Qualitätssicherung und erleichtert es dem Arzt, den Ansprüchen und Pflichten an eine haftungsrechtlich abgesicherte Auswahl des Delegationsempfängers gerecht zu werden. Diesem Zweck dienen der Tätigkeitsrahmen für PA einerseits (Teil II) sowie die Festlegung der Studieninhalte der theoretischen und praktischen Ausbildung, gegliedert nach Studieninhalte und Kerncurriculum andererseits (Teil IIIa+b). Tätigkeitsrahmen und Studieninhalte sind zwischen Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem Deutschen Hochschulverband Physician Assistant abgestimmt.

#### **4. Physician Assistant als Berufsperspektive für Gesundheitsfachberufe**

Angesichts der demografischen Entwicklung und des daraus resultierenden Fachkräftemangels besteht in Deutschland bildungspolitischer Konsens, die Chancen und Optionen für Qualifizierung, berufliche Weiterentwicklung und für den Aufstieg von bereits Berufstätigen systematisch zu verbessern. Mit ihren Beschlüssen zum Hochschulzugang ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung hat die Kultusministerkonferenz im Jahr 2009 für beruflich Qualifizierte verbesserte Voraussetzungen dafür geschaffen, ein Hochschulstudium aufzunehmen<sup>4</sup>. Die Beschlüsse sind durch die Bundesländer flächendeckend umgesetzt<sup>5</sup>.

Für Gesundheitsfachberufe, die sich speziell im medizinischen Bereich weiterqualifizieren wollen, bietet der Physician Assistant eine geeignete, an den tertiären Sektor anschlussfähige Berufsperspektive durch ein Weiterbildungsstudium an einer Hochschule mit Abschluss Bachelor of Science (B.Sc.). Zu nennen sind insbesondere Medizinische Fachangestellte, Angehörige der Pflegeberufe, Notfallsanitäter und Operationstechnische Assistenten, aber auch Angehörige von Therapie- oder medizinisch-technischen Gesundheitsfachberufen. Gerade für Medizinische Fachangestellte ist der Bereich der medizinischen Assistenz durch zahlreiche Spezialisierungsqualifikationen gemäß der Mustercurricula der Bundesärztekammer, z. B. für Ambulantes Operieren, Onkologie, Gastroenterologische Endoskopie, für die Nichtärztliche Praxisassistentin nach § 87 (2b) SGB V und die Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung bereits eröffnet.

---

<sup>4</sup> Vgl. Hochschulzugang für beruflich qualifizierte Bewerber ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung, Beschluss der Kultusministerkonferenz, 2009

<sup>5</sup> Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung zur Förderung der Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung, Bundesanzeiger, BIBB-Pressemitteilung 47/2010, Zeitschrift „Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis“

## **Teil II**

### **Tätigkeitsrahmen**

Das Studium zum Physician Assistant soll im Rahmen des Berufsbilds zur Übernahme von Tätigkeiten im Rahmen der ärztlichen Delegation befähigen, soweit diese nicht im Einzelfall oder wegen ihres Schwierigkeitsgrades, einer besonderen Gefährdung des Patienten oder auf Grund besonderer Umstände, wie beispielsweise des konkreten Krankheitsverlaufs oder der Unvorhersehbarkeit möglicher Reaktionen, als höchstpersönliche Leistung einer Ärztin oder eines Arztes erbracht werden müssen.

Gemäß der in 2.1 genannten ärztlichen Aufgabengebiete stellt sich der Rahmen für die Tätigkeitsbereiche wie folgt dar:

1. Mitwirkung bei der Erstellung der Diagnose und des Behandlungsplans
2. Mitwirkung bei komplexen Untersuchungen sowie Durchführung von medizinisch-technischen Tätigkeiten, soweit diese nicht speziellen Berufsgruppen vorbehalten sind
3. Mitwirkung bei der Ausführung eines Behandlungsplans
4. Mitwirkung bei Eingriffen
5. Mitwirkung bei Notfallbehandlungen
6. Adressatengerechte Kommunikation und Informationsweitergabe
7. Prozessmanagement und Teamkoordination
8. Unterstützung bei der Dokumentation.

### Teil III Studieninhalte und zu vermittelnde Kompetenzen

#### a) Verbindliche Studieninhalte

Hochschulen, welche den akademischen Grad Physician Assistant (B. Sc.) verleihen, sollten wegen der Einheitlichkeit des Berufsbilds Lehrinhalte im unten aufgeführten verbindlichen Umfang vermitteln. Hierfür wird eine dreijährige erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf vorausgesetzt. Die Ärztekammern beurteilen im Rahmen der Begleitung der Studiengänge die Einhaltung dieser Studieninhalte.

Lehr- /Ausbildungsgebiete	Lehrinhalte	ECTS (mind.)	
Naturwissenschaftliche Grundlagen	Grundlagen Physik, Chemie, Biologie, Statistik, med. Terminologie	5	
Anatomie/ Physiologie	allgemeine Grundlagen und Organsysteme	5	
Pathologie/ Pathophysiologie	allgemeine Grundlagen und Organsysteme	5	
Pharmakologie/ Toxikologie	Hauptwirkstoffgruppen, Wirkmechanismen, Anwendung, Dosierung, Giftstoffe, Wirkungen, Symptome, Erstmaßnahmen bei Intoxikation	5	
Mikrobiologie/ Hygiene	Grundlagen der Mikrobiologie, Hygiene, Krankenhaushygiene	5	25
Klinische Medizin – Grundlagen, Prinzipien, Verfahren	Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Prävention, Begutachtung, Prinzipien medizinischer Arbeit, Methoden	5	
Anamnese, körperliche und einfache instrumentelle Untersuchung	strukturierte Erhebung und Dokumentation der Krankengeschichte, Fragetechniken, Prinzipien und Verfahren der körperlichen und einfachen Instrumentellen Untersuchung einschl. naturwissenschaftlicher Grundlagen	5	

Innere Medizin mit Teilgebieten	Ausgewählte und bedeutsame Erkrankungen, spez. Pathologie und -physiologie, Ätiologie, Epidemiologie, Diagnostik, Differentialdiagnosen, Therapie, Prävention	5	
Chirurgie mit Teilgebieten	Ausgewählte und bedeutsame Erkrankungen, spez. Pathologie und -physiologie, Ätiologie, Epidemiologie, Diagnostik, Differentialdiagnosen, Therapie, Prävention	5	
Orthopädie/ Unfallchirurgie	Ausgewählte und bedeutsame Erkrankungen, spez. Pathologie und -physiologie, Ätiologie, Epidemiologie, Diagnostik, Differentialdiagnosen, Therapie, Prävention	5	
"Kleine Fächer" (z. B. Gynäkologie, Urologie, Neurologie, HNO)	Ausgewählte und bedeutsame Erkrankungen, spez. Pathologie und -physiologie, Ätiologie, Epidemiologie, Diagnostik, Differentialdiagnosen, Therapie, Prävention	5	
Anaesthesie	Vorbereitung u. Aufklärung zur Narkose, Methoden und Techniken der Anästhesie/ Schmerzbehandlung, Notfallversorgung, Spezielle Pharmakologie von Narkose- und Schmerzmedikamenten, Narkosedokumentation, Spezielle Gerätekunde, Postoperative Nachsorge	5	
Notfallmedizin, Notfallmanagement	Spez. Pathophysiologie, Diagnostik, Erstmaßnahmen, Maßnahmen der Sofortbehandlung und der Intensivmedizin, Triage	5	
OP-Lehre, Labor, Funktionsdiagnostik	OP-Vorbereitung, -Planung und – Organisation, Operationsdurchführung, postop. Betreuung, Dokumentation, Laborparameter, Probengewinnung, Verfahren der Funktionsdiagnostik, Befunde, Dokumentation und Interpretation	5	45

Public Health	Prävention, Rehabilitation, betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeits- und Sozialmedizin, Epidemiologie	5	
Rechtliche Aspekte	Berufsrelevante Inhalte und Grundlagen des Medizin-, Sozial-, Haftungs- und Strafrechts; Patientenaufklärung incl. Juristische Aspekte; Datenschutz	5	
Medizintechnik, Medizinprodukte	Überblick über Materialien, Geräte, Anlagen, deren Funktionsweisen und Einsatzgebiete, einschl. rechtlicher Rahmenbedingungen, Strahlenschutz- und Gerätesicherheitsvorgaben	5	
Informationstechnik, Qualitätsmanagement, Dokumentation, Vergütungs- und Gesundheitssystem	Krankenhausinformationssysteme, Qualitätsmanagement-, Qualitätssicherungs- u. Risikomanagement-Systeme, Vergütungs- u. Abrechnungssysteme (DRG, GOÄ, EBM), Struktur des deutschen Gesundheitssystems, Dokumentation (Arztbrief, OP- u. Befundbericht)	5	20
Schlüsselkompetenzen	Grundlagen des Projektmanagements, Moderationstechniken, Dokumentation, Präsentation, Konfliktmanagement, Kommunikations- und Gesprächstechniken	5	
Wissenschaftliches Arbeiten	Grundlagen der Wissenschaftstheorie und des wissenschaftlichen Arbeitens	5	
Bachelor-Thesis		10	20
Praktische Ausbildung	Notfallversorgung, Triage, Reanimation	5	

konservative Patientenversorgung	5	
operativ/interventionelle Patientenversorgung	5	
Patientenaufnahme, Anamnese, körperliche Untersuchung,	5	
Dokumentation, Qualitätsmanagement, Abrechnung, Gesprächsführung, Information von Patienten	5	
Funktionsdiagnostik	5	30

140

## b) Kompetenzkatalog

Der Kompetenzkatalog ergibt sich aus dem in Teil II beschriebenen Tätigkeitsrahmen und dem in Teil IIIa niedergelegten verbindlichen Studieninhalten für das Studium Physician Assistant. Der Katalog ist nach zu vermittelnden Kompetenzen und Kompetenzebenen gegliedert.

Der Kompetenzkatalog stellt einerseits einen verbindlichen Katalog von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten dar, die schwerpunktmäßig im Rahmen der Praxisteile des Studiums erlernt werden. Den beschriebenen Kompetenzen werden zusätzlich Ebenen zugeordnet, die in Anlehnung an den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKL 2015)<sup>6</sup> definiert sind. Damit wird die auch im ärztlichen Bereich bekannte Nomenklatur verwendet, um die enge fachliche und disziplinarische Zuordnung des PA zum Arzt zu unterstreichen.

Der NKL beschreibt Wissen und Handlungskompetenzen auf drei Ebenen. Sie bauen in dem Sinne aufeinander auf, als die jeweils höhere Ebene die darunterliegenden Ebenen mit umfasst. Da es sich beim Kompetenzkatalog im Wesentlichen um eine Beschreibung der praktischen Handlungskompetenzen handelt, wurde die 1. Ebene im Katalog nicht verwendet. Eine sinnvolle Vermittlung der Kompetenzen setzt eine dreijährige erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf voraus.

Im NKL werden folgende Ebenen definiert:

- 1 Faktenwissen:** Die Absolventen verfügen über deskriptives Wissen und können Fakten und Tatsachen nennen und beschreiben. (*hier nicht angewendet*)
- 2 Handlungs- und Begründungswissen:** Die Absolventen können Sachverhalte und Zusammenhänge erklären, in den klinisch-wissenschaftlichen Kontext einordnen und datenbasiert bewerten.
- 3 Handlungskompetenz:**
  - 3a** Die Absolventen können die Tätigkeiten unter Anleitung und Überwachung selbst durchführen.
  - 3b** Die Absolventen können die Tätigkeiten selbständig und situationsadäquat in Kenntnis der Konsequenzen durchführen.

Es ist zwingend erforderlich, die Inhalte der praktischen Ausbildung in einem Logbuch detailliert aufzuführen und nachzuweisen. Insoweit ist der Kompetenzkatalog auch als Vorgabe für Logbücher zu verstehen.

---

<sup>6</sup> Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM), Herausgeber: MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V., [http://www.nklm.de/files/nklm\\_final\\_2015-07-03.pdf](http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf)

## Kompetenzen mit Kompetenzebenen

### 1. Mitwirkung bei der Erstellung der Diagnose und des Behandlungsplans

Vorbereitende Erhebung der allgemeinen und fachspezifischen Krankengeschichte und Dokumentation	3b
Vorbereitende allgemeine körperliche Untersuchung, auch mit einfachen Geräten	3b
Durchführung von Assessments mittels Fragebögen	3b
Orientierende sonografische Untersuchungen verschiedener Organsysteme	3a
Erkennen wichtiger Krankheitsbilder	2
Einordnung typischer Laborbefunde	3a
Ausrichtung des eigenen Vorgehens an grundlegenden Leitsymptomen	3a
Ausrichtung des eigenen Vorgehens an Behandlungspfaden, SOPs u. ä.	3a
Prinzipien und Nachvollziehen der Differenzialdiagnostik	2
Einordnung pathophysiologischer und mikrobiologischer Zusammenhänge	2
Ausrichtung des eigenen Vorgehens an rechtlichen Regelungen	3b

### 2. Mitwirkung bei komplexen Untersuchungen sowie Durchführung von medizinisch-technischen Tätigkeiten, soweit diese nicht speziellen Berufsgruppen vorbehalten sind

Vorbereitung und vorbereitende Auswertung von Laboruntersuchungen	3b
Vorbereitung und Weiterleitung histologischer und mikrobiologischer Proben einschl. Blutkulturen	3b
Vorbereitung zur Durchführung bildgebender Verfahren sowie Vorbereitung zur Auswertung der Bilder	3b

Mitarbeit bei Endoskopien	3a
Anlage und vorbereitende Auswertung von Langzeitblutdruckmessungen	3b
Ableitung und vorbereitende Auswertung von Ruhe-, Belastungs- und Langzeit-EKG	3a
Mitwirkung bei der Funktionsdiagnostik	3a
Mitarbeit bei Konsiluntersuchungen	3a

### 3. Mitwirkung bei der Ausführung eines Behandlungsplans

Überwachung von Patienten mit und ohne technische Hilfsmittel	3b
Vorbereitende Auswertung von Befunden	3a
Legen peripherer Gefäßzugänge	3b
Assistenz beim Legen zentraler Zugänge	3a
Durchführung von peripheren Injektionen (i.c., s.c., i.m., i.v.)	3b
Durchführung von zentralen Injektionen (intravenös)	3a
Anlegen von Infusionen, Applikation von Medikamenten	3b
Ausführung von Maßnahmen zur Schmerzlinderung	3a
Wundmanagement, Verbandwechsel einschl. Befunddokumentation	3b
Management von Drainagen und Stomata an verschiedenen Organsystemen	3a
Anlegen von immobilisierenden und funktionellen Verbänden	3a
Anlegen von Hilfsmitteln/Orthesen	3b

#### 4. Mitwirkung bei Eingriffen

Einschleusen des Personals	3b
Chirurgische Händedesinfektion	3b
Steriles Einkleiden	3b
Indikationsgerechte Auswahl von Instrumenten und Materialien	3a
Vor- und Nachbereiten des OP- und des Instrumententischs	3a
Auf- und Abbau sowie korrekte Positionierung von Röntgenbildverstärker, Endoskopieturm, Sauger, Elektrochirurgiegerät u. ä.	3b
Vor- und Nachbereitung von Instrumenten und Materialien	3b
Ein- und Ausschleusen des Patienten	3b
Lagern von Patienten	3b
Steriles Abdecken	3b
OP-Feld-Desinfektion	3b
Intubation ohne erhöhtes Komplikationsrisiko	3a
Einleiten von Narkosen	2
Überwachung von Narkosen ohne erhöhtes Komplikationsrisiko	3a
2. Chirurgische Assistenz bei Operationen	3b
Assistenz bei endoskopischen Operationen	3b
Assistenz bei endovaskulären Eingriffen	3b
Assistenz im Herzkatheter/bei Schrittmacherimplantation	3b

Präparationstechniken	2
Einlegen von Drainagen	3a
Blutstillung	3a
Methoden der operativen Knochenbruchbehandlung und des Einsatzes orthopädisch-unfallchirurgischer Implantate	2
Methoden beim Gelenkersatz	2
Methoden beim Gefäßersatz	2
Wundverschluss-Techniken	2
Durchführung einfacher Wundverschlüsse	3b

### 5. Mitwirkung bei Notfallbehandlungen

Erkennung lebensbedrohlicher Zustände	3b
Einleitung von Sofortmaßnahmen bei lebensbedrohlichen Zuständen	3b
Kardiopulmonale Reanimation	3b
Assistenz bei der erweiterten Reanimation	3b
Erkennung von Notfallsituationen unterschiedlicher Genese	3b
Einordnung von Notfall-Leitsymptomen	3a
Ersthilfemaßnahmen bei Notfallsituationen	3b
Assistenz bei Triage	3b
Assistenz bei der Notfallbehandlung	3b
Lagerung von Notfall- und verunfallten Patienten	3b

Applikation von Notfallmedikamenten (über zentrale und periphere Zugänge, endobronchial)	3a
Patientenmanagement bis zur Verlegung in den OP oder auf eine Station	3b

## 6. Adressatengerechte Kommunikation und Informationsweitergabe

Strukturierte Weitergabe von Informationen im Team sowie an Mit- und Weiterbehandler	3b
Vorstellung von Patienten, Befunden und Krankheitsverläufen	3b
Unterstützung bei Visiten und ärztlichen Besprechungen	3b
Intra- und interprofessionelle Kommunikation	3b
Fach- und situationsadäquate Kommunikation mit Patienten und Angehörigen	3b
Unterstützung bei der Erläuterung von Diagnose, Behandlungsplan und medizinischen Maßnahmen; Compliancemanagement	3b
Vorbereitung des ärztlichen Aufklärungsgesprächs	3b

## 7. Prozessmanagement und Teamkoordination

Strukturierung der Einweisungsunterlagen; Vervollständigung von Unterlagen/Befunden	3b
Sicherstellung der Umsetzung angeordneter Untersuchungen und medizinischer Maßnahmen	3b
Management von Konsilen	3b
Krankenhausinterne Fallbegleitung	3b
Bettenbelegungs-/OP-Plan-Management	3b

OP-Saal-Management	3a
Aufbereitung und Sterilisation	3b
Einkauf, Lagerung und Logistik	2
Mitarbeit in klinischen Studien	3b

### 8. Unterstützung bei der Dokumentation

Vorbereitende Dokumentation von Untersuchungen und Befunden	3b
Dokumentation von Anordnungen	3b
Dokumentation von klinischen Verläufen	3b
Vorbereitung von OP-Berichten	3b
Vorbereitung von Epikrisen, Arztbriefen, Verlegungsberichten u. ä.	3b
Vorbereitung von MDK-Antworten, Attesten, Reha-Anträgen u. ä.	3b
DRG-Kodierung von Diagnosen und Prozeduren	3b
Kodierung mit Klassifikationssystemen	3b
Kodierung in der Qualitätssicherung	3b
Qualitäts- und Risikomanagement	3b

## **Teil IV**

### **Qualitätskriterien für die Einführung von Studiengängen**

Hochschulen, die den akademischen Grad und Abschluss Physician Assistant (B. Sc.) verleihen, verpflichten sich freiwillig zur Einhaltung der Vorgaben, die gemeinsam und einheitlich mit den Ärztekammern abgestimmt wurden. Auch die Beachtung und Abstimmung der weiteren Vorgaben mit den Ärztekammern dient der Einheitlichkeit des Ausbildungsinhaltes des Studienganges. Die freiwillige Einhaltung von Standards und Abstimmung dient der Sicherung der Qualität des arztunterstützenden Berufs.

1. Praxisbezug:
  - Durchführung des Studiums in Form von Präsenzstudiengängen .
  - Praxis- und Transferzeiten machen mindestens 20 % des Gesamtumfangs am Studium aus (siehe Teil III).
  - Pflichtmodule der praktischen Ausbildung müssen in den Themenbereichen konservative, operative und Notfallmedizin erfolgen.
  - Für die praktische Ausbildung sind operationalisierte Lern- und Kompetenzziele von der jeweiligen Hochschule vorzugeben.
  - Die Dokumentation und Erfolgskontrolle der in der Praxis erlernten Tätigkeiten hat mittels eines Logbuchs unter fachärztlicher Aufsicht zu erfolgen.
  - Als Praxisausbilder für die Studierenden sind Fachärzte vorzusehen.
  
2. Strukturvorgaben
  - Die Hochschule verfügt über ein Studierendensekretariat und ein Prüfungsamt bzw. vergleichbare Einrichtungen
  - Die jeweilige Hochschule ist verantwortlich für Akkreditierung und Qualitätssicherung des Studiengangs.
  - Die jeweilige Hochschule hat den Theorie-Praxis-Transfer sicherzustellen.
  - Lehrveranstaltungen sind von ärztlichen Dozenten durchzuführen; Ausnahmen sind bei Vorlesungen zu Fremdgebieten (z. B. Medizinrecht) möglich. Für spezielle Themen ist auch der Einsatz von Physician Assistants denkbar.
  
3. Zulassungsvoraussetzung:
  - Eine Zulassung zum Studium Physician Assistant nach diesen Rahmenvorgaben setzt eine 3-jährige erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf voraus.<sup>7</sup>
  
4. Delegation:
  - Aus Gründen der Rechtssicherheit ist die Vermittlung der Inhalte nach Teil IIIa sowie der Kompetenzen nach Teil IIIb ausschließlich auf die Delegation durch einen Arzt auszurichten; dies ist in den jeweiligen Studien- und Prüfungsordnungen festzulegen.

---

<sup>7</sup> Einige Hochschulen erfüllen derzeit die Voraussetzung nach Nr. 3 (Zugangsvoraussetzung) nicht. Sobald diese die Vorgabe nach Nr. 3 erfüllen, erfolgt durch die Bundesärztekammer eine entsprechende Information an die Landesärztekammern.

5. Studienabschluss:
  - Das Studium schließt mit dem akademischen Grad eines Bachelor of Science (B. Sc.) Physician Assistant ab.

## Literatur

- Ulmer Papier, Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008  
<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-ab-2006/111-deutscher-aerztetag-2008/ulmer-papier/>, Abruf am 15.10.2015
- Hochschulzugang für beruflich qualifizierte Bewerber ohne schulische Hochschulzugangsberechtigung, Beschluss der Kultusministerkonferenz, 2009  
[http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2009/2009\\_03\\_06-Hochschulzugang-erful-qualifizierte-Bewerber.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2009/2009_03_06-Hochschulzugang-erful-qualifizierte-Bewerber.pdf), Abruf am 15.10.2015
- Empfehlung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung zur Förderung der Durchlässigkeit zwischen beruflicher und hochschulischer Bildung, Bundesanzeiger, [http://www.bibb.de/dokumente/pdf/HA-Empfehlung\\_zur\\_Durchlaessigkeit.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/HA-Empfehlung_zur_Durchlaessigkeit.pdf), Abruf am 15.10.2015
- Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V, Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R./GKV-Spitzenverband, K. d. ö. R., Berlin, 2013, [http://www.kbv.de/media/sp/24\\_Delegation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf), Abruf am 15.10.2015
- Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Stand: 29.08.2008  
[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Empfehlungen\\_Persoenliche\\_Leistungserbringung.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlungen_Persoenliche_Leistungserbringung.pdf), Abruf am 14.10.2015
- Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM), Herausgeber: MFT Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V., [http://www.nkml.de/files/nkml\\_final\\_2015-07-03.pdf](http://www.nkml.de/files/nkml_final_2015-07-03.pdf)
- Zeitschrift Physician Assistant, 1. Jahrgang, Heft 1, Januar 2016

## Gremientätigkeit

### **Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery**

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Präsident der Ärztekammer Hamburg

- **Tätigkeitsbereich:**
  - Krankenhaus
  
- **Dienst- oder Praxisort**
  - Oberarzt im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE); Radiologie
  
- **Fachgebiet**
  - Radiologie
  
- **Interessenwahrnehmung**
  - Vertreter der Bundesärztekammer - DSO Stiftungsrat
  - Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes - The World Medical Association (WMA)
  - Schatzmeister - Comité Permanent des Médecins Européens (CPME)
  - Vorstandsmitglied - Bundesverband der Freien Berufe e. V. (BFB)
  - Ehrenvorsitzender - Marburger Bund
  - Vorstandsmitglied - Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“
  - Mitglied - Stiftungskuratorium der Universität zu Lübeck
  - Mitglied - Kuratorium des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt
  - Vertreter der Bundesärztekammer in der Gesellschafterversammlung des Deutschen Ärzteverlags GmbH
  - Mitherausgeber - Zeitschrift Ethik in der Medizin
  - Mitherausgeber - medstra Zeitschrift für Medizinrecht
  - Mitherausgeber - Zeitschrift Gesundheit und Pflege
  - Herausgeberbeirat - Welt der Krankenversicherung
  - Vorsitzender - Beirat der Deutschen Ärzteversicherung
  - Mitglied - Aufsichtsrat der Deutschen Ärzteversicherung
  - Mitglied - Aufsichtsrat der apoBank

# Gremientätigkeit

## **Dr. med. Martina Wenker**

Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen

- **Tätigkeitsbereich:**
  - Krankenhaus
  
- **Dienst- oder Praxisort**
  - Helios Lungenklinik Diekholzen GmbH
  
- **Fachgebiet**
  - Innere Medizin/Pneumologie
  
- **Interessenwahrnehmung**
  - Mitglied - Marburger Bund, stellvertretende Vorsitzende der Bezirksvereinigung Hildesheim, kooptiertes Mitglied im Landesvorstand Niedersachsen
  - Stellvertretende Vorsitzende - Hochschulrat MHH
  - Vizepräsidentin - Verband der Freien Berufe Niedersachsen
  - Mitglied - Kuratorium der Landesstiftung Kinder von Tschernobyl des Landes Niedersachsen
  - Mitglied - Wissenschaftlicher Beirat des Zentrums für Medizinrecht der Universität Göttingen
  - Mitglied - Kuratorium der Hospizstiftung Niedersachsen
  - Mitglied - Berufsverband der Pneumologen (BdP) und Berufsverband der Internisten (BDI)
  - Mitglied - Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
  - Mitglied - 15. Vertreterversammlung der apoBank für die Wahlperiode 2016 - 2019
  - Vertreterin der Bundesärztekammer im ehrenamtlichen Projektbeirat der apobank Stiftung

# Gremientätigkeit

## **Dr. med. Max Kaplan**

Vizepräsident der Bundesärztekammer

Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

- **Tätigkeitsbereich:**
  - Ambulanter Versorgungsbereich
  
- **Dienst- oder Praxisort**
  - -
  
- **Fachgebiet**
  - Allgemeinmedizin
  
- **Interessenwahrnehmung**
  - Mitglied - NAV-Virchow-Bund
  - Mitglied - Bayerischer Hausärzteverband
  - Mitglied - Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
  - Mitglied - Deutsche Gesellschaft für Manuelle Therapie
  - Vorsitzender - Landesausschuss der Bayerischen Ärzteversorgung
  - Mitglied - Verwaltungsrat der Kreiskliniken Unterallgäu
  - Vertreter der Bundesärztekammer im Strategiebeirat Ambulantes Gesundheitswesen (ECCLESIA Holding GmbH)
  - Mitglied - 15. Vertreterversammlung der apoBank für die Wahlperiode 2016 – 2019
  - Mitglied – Beirat der apoBank
  - Mitglied - Beirat der Deutschen Ärzteversicherung

Entwurf - Stand: 18.04.2017 - Lesefassung

1 **Artikel 1:**

2 **Änderung der Bundesärzteordnung (BÄO)**

3

4 1. § 11 BÄO wird wie folgt neu gefasst:

5

6 **§ 11**

7

8 <sup>1</sup>Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des  
9 Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln.

10 <sup>2</sup>In dieser Gebührenordnung (Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ) sind nicht unter-  
11 schreitbare Gebührensätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. <sup>3</sup>Bei besonderer,  
12 objektiver Schwere im Einzelfall kann für abschließend bestimmte Behandlungsumstän-  
13 de eine Steigerung des Gebührensatzes in der Gebührenordnung auf das Zweifache  
14 vorgesehen werden. <sup>4</sup>Abweichende Honorarvereinbarungen sind zulässig; Näheres auch  
15 zum Anwendungsbereich bestimmt die Verordnung nach Satz 1. <sup>5</sup>Die Vergütungen für  
16 ärztliche Leistungen haben den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung  
17 der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen. <sup>6</sup>Die Empfehlungen der Gemeinsamen  
18 Kommission nach §11 a sind zu berücksichtigen.

19

20 2. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

21

22

23 **§ 11a**

24 **Gemeinsame Kommission**

25

26 (1) <sup>1</sup>Die Bundesärztekammer und der der Verband der Privaten Krankenversicherung  
27 e.V. errichten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum [Datum] ei-  
28 ne Gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ. <sup>2</sup>Sie besteht aus vier  
29 von der Bundesärztekammer, zwei vom Verband der Privaten Krankenversicherung  
30 sowie zwei von den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landes-  
31 behörden benannten Vertretern. <sup>3</sup>Die Rechtsaufsicht über die Gemeinsame Kommis-  
32 sion führt das Bundesministerium für Gesundheit. <sup>4</sup>Das Bundesministerium für Ge-  
33 sundheit und die für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbe-  
34 hörden erhalten die Beratungsunterlagen und Niederschriften der Gemeinsamen  
35 Kommission und können zu deren Sitzungen nicht stimmberechtigte Vertreter ent-  
36 senden. <sup>5</sup>Die Beratungen der Gemeinsamen Kommission einschließlich der Bera-  
37 tungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich.

38

39 (2) <sup>1</sup>Die Gemeinsame Kommission beschließt Empfehlungen, insbesondere

40

41 a) zur Anpassung der Gebührenordnung an den medizinischen Fortschritt und an die  
42 Erfordernisse zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung;

Entwurf - Stand: 18.04.2017 - Lesefassung

- 43
- 44 b) zur Beseitigung von Über- und Unterbewertungen, insbesondere wenn der Gebüh-
- 45 rensatz nicht mehr der Summe der Bewertung der ärztlichen Leistung und des
- 46 durchschnittlichen Aufwands der nichtärztlichen Leistungskomponenten bei hoher
- 47 Leistungsqualität und wirtschaftlicher Leistungserbringung entspricht;
- 48
- 49 c) zu den zulässigen Behandlungsumständen und dem Umfang der Anwendung des
- 50 Steigerungssatzes sowie zur Notwendigkeit und Inhalt der Begründung bei Gel-
- 51 tendmachung des Steigerungssatzes;
- 52
- 53 d) zur analogen Anwendung der Gebührenordnung im Hinblick auf neue Behandlungs-
- 54 und Diagnoseverfahren;
- 55
- 56 e) zur Interpretation der Abrechnungsbestimmungen der Gebührenordnung, zur Ent-
- 57 wicklung von Vorschlägen zu deren Anpassung und zur Klarstellung von Begrifflich-
- 58 keiten mittels eines Glossars;
- 59
- 60
- 61 (3) <sup>1</sup>Die Empfehlungen sind so auszugestalten, dass sie den Anforderungen des § 11
- 62 Satz 5 genügen. <sup>2</sup>Die Gemeinsame Kommission beschließt einstimmig die Empfeh-
- 63 lungen auf Vorschlag mindestens einer der in Absatz 1 Satz 2 genannten Organisati-
- 64 onen und obersten Bundes- und Landesbehörden und veröffentlicht die angenom-
- 65 menen Empfehlungen. <sup>3</sup>Stimmberechtigt sind die Vertreter nach Absatz 1 Satz 2.
- 66 <sup>4</sup>Findet ein Vorschlag für eine Empfehlung keine Einstimmigkeit, legt die Gemeinsa-
- 67 me Kommission den Vorschlag unter Darlegung der unterschiedlichen Standpunkte
- 68 dem Bundesministerium für Gesundheit vor.
- 69
- 70 (4) <sup>1</sup>Zur Durchführung ihrer Aufgaben bedient sich die Gemeinsame Kommission einer
- 71 Datenstelle. <sup>2</sup>Die Gemeinsame Kommission kann einstimmig einen Dritten mit den
- 72 Aufgaben der Datenstelle beauftragen <sup>3</sup>Die Datenstelle führt zu den Aufgaben nach
- 73 Absatz 2 nach den Vorgaben der Gemeinsamen Kommission regelmäßige, mindes-
- 74 tens halbjährliche Analysen durch und erhebt hierzu die erforderlichen Daten. <sup>4</sup>Die
- 75 Gemeinsame Kommission kann die Datenstelle mit weiteren Erhebungen und Analy-
- 76 sen beauftragen. <sup>5</sup>Aufträge und Weisungen werden der Datenstelle ausschließlich
- 77 durch die Gemeinsame Kommission erteilt. <sup>6</sup>Die Gemeinsame Kommission hat die im
- 78 Zusammenhang mit Absatz 2 durchgeführten Analysen der Datenstelle dem Bun-
- 79 desministerium für Gesundheit unverzüglich zu übermitteln.
- 80
- 81 (5) <sup>1</sup>Nach Maßgabe der von der Gemeinsamen Kommission zu bestimmenden inhaltli-
- 82 chen und verfahrensmäßigen Vorgaben erfassen die Unternehmen der Privaten
- 83 Krankenversicherung die für die Aufgaben der Gemeinsamen Kommission nach die-
- 84 sem Gesetz erforderlichen Daten einheitlich und übermitteln sie nicht personenbezo-

Entwurf - Stand: 18.04.2017 - Lesefassung

85 gen der Datenstelle. <sup>2</sup>Soweit die Bundesärztekammer und die für das Beihilferecht  
86 zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden gemäß den Vorgaben nach  
87 Satz 1 erhobene nicht personenbezogene Abrechnungsdaten an die Datenstelle  
88 übermitteln, sind diese ebenso zu verwenden. <sup>3</sup>Sollten Daten einzelner Quellen zu  
89 einzelnen Analysezeitpunkten nicht vollständig zur Verfügung stehen, arbeitet die Da-  
90 tenstelle behelfsmäßig auf Teildaten, solange die Signifikanz, Übertragbarkeit und  
91 methodische Validität der Aussagen gewahrt bleibt. <sup>4</sup>Ausschließlich die Datenstelle  
92 hat zur Erfüllung ihrer Aufgaben Zugriff auf die nicht personenbezogenen Daten.  
93

94 (6) <sup>1</sup>Die Gemeinsame Kommission beschließt einstimmig eine Geschäftsordnung, in der  
95 sie Regelungen trifft zur Arbeitsweise der Gemeinsamen Kommission, zur Beteiligung  
96 und Anhörung Dritter sowie zu deren Aufwandsentschädigungen, zur Durchführung  
97 des regelmäßigen nach den Vorgaben der Gemeinsamen Kommission vorzunehmenden  
98 Monitorings entsprechend der Aufgaben nach Abs. 2 und zur Datenerhebung  
99 und Verarbeitung von Daten durch die Datenstelle nach den Absätzen 5 und 6  
100 sowie zu deren Finanzierung. <sup>2</sup>Die Geschäftsordnung und deren Änderungen sind  
101 dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen.  
102

103 (7) <sup>1</sup>Die nach Absatz 1 beteiligten Organisationen und Obersten Bundes- und Landesbe-  
104 hörden tragen die ihnen im Zusammenhang mit deren Mitwirkung in der Gemeinsa-  
105 men Kommission entstehenden Kosten. <sup>2</sup>Die Kosten der Gemeinsamen Kommission  
106 und der Datenstelle nach Absatz 4 tragen zu gleichen Anteilen die Bundesärztekam-  
107 mer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., die Näheres durch  
108 Vereinbarung regeln.  
109  
110  
111

112 3. Nach § 11a wird folgender § 11b eingefügt:  
113  
114

#### 115 § 11b

#### 116 Innovative Elemente zur Verbesserung der Versorgung

117

118 <sup>1</sup> Die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. können  
119 im Einvernehmen Lösungen zur modellhaften und befristeten Erprobung und Evaluation von  
120 Elementen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität im Rahmen  
121 von Modellvorhaben entwickeln. <sup>2</sup>Hierbei können sie auch von der Verordnung nach § 11  
122 Satz 1 abweichende Regelungen treffen. <sup>3</sup>Eine Unterschreitung der Gebührensätze nach §  
123 11 Satz 2 ist nicht zulässig. <sup>4</sup>Die Teilnahme an den Modellvorhaben ist freiwillig. <sup>5</sup>Die Teil-  
124 nehmer erklären sich schriftlich gegenüber ihrem behandelnden Arzt mit der Teilnahme an  
125 den Modellvorhaben einverstanden. <sup>6</sup>Die sich im Ergebnis der gemeinsamen Evaluation be-

Entwurf - Stand: 18.04.2017 - Lesefassung

126 währenden Elemente sollen dem Bundesministerium für Gesundheit mit der Empfehlung der  
127 Übernahme in die Gebührenordnung Ärzte vorgelegt werden.

128

129

130

131 **Artikel 2:**

132 **Übergangsvorschrift**

133

134 (1) <sup>1</sup> Um den Vorgaben des § 11 Satz 5 der Bundesärzteordnung in der Fassung vom  
135 [...] bis zum Datum [Ende des Übergangszeitraums] zu entsprechen, wird die Bun-  
136 desregierung die Neustrukturierung und Bewertung der Leistungen der Gebühren-  
137 ordnung für Ärzte in der Fassung vom [reformierte GOÄ] überprüfen, wenn aufgrund  
138 der von der Datenstelle gemäß § 11a der Bundesärzteordnung zu übermittelnden Da-  
139 ten feststeht, dass die Summe der Gebühren für die nach der Gebührenordnung ab-  
140 gerechneten Leistungen je substitutiv privat Versicherten in Höhe von XXXX Euro  
141 [Vergleichswert] ab dem [Datum des Inkrafttretens] in einem Jahr des Übergangszeit-  
142 raums um mehr als 0,6 Prozent abweicht. <sup>2</sup>Nicht durch den Preiseffekt der reformier-  
143 ten GOÄ bedingte Abweichungen bleiben unberücksichtigt. <sup>3</sup>Die Empfehlungen der  
144 Gemeinsamen Kommission zur Anpassung der Gebührenordnung sind zu berück-  
145 sichtigen.

146

147 (2) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft bis zum [Datum ist noch zu konsentie-  
148 ren] und erneut bis zum [Datum ist noch einzusetzen: Vorbezeichnetes Datum plus  
149 weitere zwei Jahre] die Regelungen über die Steigerung des Gebührensatzes im  
150 Hinblick auf den Umfang und die Umsetzbarkeit.

151

152 (3) Für Versicherte, die am xx.xx.xxxx in einem Tarif der substitutiven Krankenversiche-  
153 rung versichert sind, der eine Erstattung von nach der Gebührenordnung für Ärzte in  
154 der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt ge-  
155 ändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), in  
156 Rechnung gestellten Vergütungen ausschließlich zu einem niedrigeren als dem  
157 2,3fachen des Gebührensatzes vorsieht, dürfen abweichend von Artikel 1 Nummer 1  
158 Entgelte für ärztliche Leistungen auch unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebüh-  
159 rensatzes berechnet werden.

160

161 (4) Für Mitglieder und mitversicherte Angehörige der Einrichtung gemäß § 26 Abs. 2  
162 BAPostG vom 14. September 1994 (BGBl. I S. 2325), das zuletzt durch Art. 3 und 4  
163 des Gesetzes vom 28. Mai 2015 (BGBl. I S. 813) geändert worden ist, sowie für Mit-  
164 glieder und mitversicherte Angehörige der Einrichtung gemäß § 14 Abs. 1 BEZNG  
165 vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378; 1994 I S. 2449), das zuletzt durch Art. 16  
166 Abs. 14 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 2439) sowie durch Art. 513  
167 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, dürfen

Entwurf - Stand: 18.04.2017 - Lesefassung

168 abweichend von Art. 1 Nummer 1 Entgelte für ärztliche Leistungen unterhalb des  
169 nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden, soweit durch oder auf-  
170 grund der Satzungen der genannten Einrichtungen am 31. Dezember 2015 regelmä-  
171 ßig eine Erstattung für ärztliche Leistungen vorgesehen ist, die unterhalb der Regel-  
172 höchsätze gemäß § 5 Abs. 2 bis 4 der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung  
173 der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch  
174 Art. 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), liegt.

175

176 (5) Für die Zahlung durch öffentliche Leistungsträger können in der Verordnung nach  
177 § 11 Satz 1 abweichende Regelungen von § 11 Satz 2 getroffen werden.

178

179

### 180 **Artikel 3:**

### 181 **Änderung des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch**

182

183 § 75 Abs. 3a wird wie folgt geändert:

184

185 Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben  
186 auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257  
187 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 sowie dem  
188 brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes und  
189 dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in  
190 diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Solange und soweit nach  
191 Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genann-  
192 ten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebüh-  
193 renordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergü-  
194 ten, dass Gebühren für die im Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenord-  
195 nung für Ärzte genannten Leistungen sowie für die Leistung nach Nummer (XXXX Labor-  
196 pauschale Intensivstation) des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur  
197 bis zum 0,9-fachen Satz, Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses  
198 der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 0,5-fachen des Gebührensatzes der Gebüh-  
199 renordnung für Ärzte und Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebüh-  
200 renordnung für Zahnärzte nur bis zum 2fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung  
201 für Zahnärzte berechnet werden dürfen. Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis  
202 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten  
203 Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

204

205

206 [Anpassung § 95b Abs. 3 Satz 2 SGB V]

1 Stand: 18.04.2017 - Lesefassung

2

### 3 **Paragrophenteil der GOÄ**

4

5

#### 6 **§ 1 GOÄ – Anwendungsbereich**

7

8 (1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser  
9 Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

10

11 (2) <sup>1</sup>Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der  
12 ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind,  
13 und die gemäß Berufsordnung für Ärzte erbracht werden. <sup>2</sup>Leistungen, die über das Maß  
14 einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf der Arzt nur  
15 berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind  
16 (Verlangensleistungen). <sup>3</sup>Rechtzeitig vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten  
17 erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger  
18 erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten schriftlich über die Höhe des nach der  
19 GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein  
20 Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen  
21 anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist; Empfehlungen der  
22 Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu berücksichtigen.

23

24

#### 25 **§ 2 GOÄ – Abweichende Vereinbarung**

26

27 (1) <sup>1</sup>Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe  
28 ausschließlich durch Steigerung des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes festgelegt  
29 werden. <sup>2</sup>Für Leistungen nach § 5a, für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M, N und  
30 O ist eine Vereinbarung nach Satz 1 unzulässig. <sup>3</sup>Im Übrigen ist bei vollstationären,  
31 teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine  
32 Vereinbarung nach Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen  
33 zulässig. <sup>4</sup>Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung  
34 nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

35

36 (2) <sup>1</sup>Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Information und  
37 Aufklärung über die Abweichung der Gebührenhöhe im Einzelfall zwischen Arzt und  
38 Zahlungspflichtigem rechtzeitig vor Erbringung der Leistung des Arztes schriftlich zu  
39 treffen. <sup>2</sup>Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung,  
40 dem Steigerungssatz, dem Steigerungsgrund und dem vereinbarten Betrag auch die  
41 Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen  
42 möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. <sup>4</sup>Weitere  
43 Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. <sup>5</sup>Der Arzt hat dem  
44 Zahlungspflichtigen eine Kopie der Vereinbarung auszuhändigen.

45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89

(3) Die berufsrechtlichen Regelungen bleiben hiervon unberührt.

### § 3 GOÄ – Vergütungen

Als Vergütungen stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und der Ersatz von Auslagen zu.

### § 4 GOÄ – Gebühren

(1) <sup>1</sup>Gebühren sind Entgelte für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen. <sup>2</sup>Die Gebühr für eine Leistung kann nur berechnet werden, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist. <sup>3</sup>Eine Berechnung kann auch dann erfolgen, wenn eine Leistung überwiegend erbracht worden ist, allerdings einzelne Leistungsbestandteile einer Gebühr wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden konnten. <sup>4</sup>Zuschläge können nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Gebühr berechnet werden. <sup>5</sup>Die Rufbereitschaft und das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht gesondert berechnungsfähig soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist.

(2) <sup>1</sup>Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er persönlich erbracht hat (eigene Leistungen). <sup>2</sup>Als eigene Leistungen gelten auch Leistungen, die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden, sofern der Arzt erreichbar ist und unverzüglich persönlich einwirken kann. <sup>3</sup>Als eigene Leistungen gelten ferner von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnittes M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. <sup>4</sup>Laboratorien, in denen Leistungen des Abschnittes M II (Basislabor) oder M III (Speziallabor) des Gebührenverzeichnisses erbracht werden, haben die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. <sup>5</sup>Eine veranlasste oder selbst erbrachte Laborleistung muss in einem medizinisch plausiblen Kausalzusammenhang mit der zu Grunde liegenden Diagnose oder Fragestellung stehen.

(2a) <sup>1</sup>Wird im Rahmen einer stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung eine Vereinbarung über die Erbringung wahlärztlicher Leistungen gemäß den §§ 17 KHEntG und § 16 Satz 2 BPfIV getroffen, so kann für den Fall, dass der Wahlarzt aus nicht vorhersehbaren, schwerwiegenden Gründen an der

90 Leistungserbringung gehindert ist, die wahlärztliche Leistung auch durch einen einzigen  
91 in der Wahlleistungsvereinbarung benannten Arzt desselben Fachgebietes erbracht  
92 werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt. <sup>2</sup>In der  
93 Wahlleistungsvereinbarung kann darüber hinaus für die Erbringung von in der  
94 Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen des jeweiligen Fachgebietes je ein  
95 weiterer Vertretungsarzt benannt werden, der durch seine fachliche Qualifikation und  
96 Erfahrung die bestimmten Leistungen über die Voraussetzungen nach Satz 1  
97 hinausgehend in besonderer Qualität erbringen kann. <sup>3</sup>§ 1 Absatz 2 gilt entsprechend.

98

99 (2b) Für den Fall der absehbaren Verhinderung des Wahlarztes kann die wahlärztliche  
100 Leistung auch durch einen anderen bestimmten Arzt desselben Fachgebietes erbracht  
101 werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt, wenn dies in  
102 einer zusätzlichen Individualvereinbarung nach Aufklärung des Patienten über folgende  
103 Wahlmöglichkeiten vereinbart wurde:

104

- 105 1. Erbringung der wahlärztlichen Leistung durch einen, individuell zu benennenden Arzt  
106 desselben Fachgebietes zu den Bedingungen der Wahlleistungsvereinbarung;
- 107 2. Verzicht auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen und Behandlung gemäß  
108 der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 KHEntgG;
- 109 3. soweit medizinisch vertretbar, terminliche Verschiebung der Wahlleistungen, die die  
110 Leistungserbringung durch den Wahlarzt nach Satz 1 zu einem späteren Zeitpunkt  
111 gewährleistet.

112

113 (2c) <sup>1</sup>Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder  
114 vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten

115

- 116 1. Leistungen nach den Nummern x bis y des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24  
117 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,  
118
- 119 2. Visiten nach den Nummern xx und xy des Gebührenverzeichnisses während der  
120 gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie  
121
- 122 3. Leistungen nach den Nummern xxx des Gebührenverzeichnisses während der  
123 gesamten Dauer der stationären Behandlung,

124

125 wenn diese durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss der  
126 Wahlleistungsvereinbarung dem Patienten benannten ärztlichen Vertreter nach Absatz  
127 2a Satz 1 und 2 und Absatz 2b persönlich erbracht werden. <sup>2</sup>Bei der wahlärztlichen  
128 Behandlung trägt auch im Falle der Vertretung oder Delegation der nach § 17 Abs. 3  
129 Satz 2 KHEntgG zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechnete  
130 und selbst abrechnende Wahlarzt die Verantwortung für die sachlich korrekte  
131 Rechnungslegung. <sup>3</sup>Wird die Rechnungslegung auf einen Dritten übertragen, hat der  
132 Dritte die korrekte, der tatsächlichen, dokumentierten Leistungserbringung  
133 entsprechenden Rechnungslegung zu bestätigen und auf Verlangen die entsprechende

- 134 Leistungsdokumentation des Wahlarztes vorzulegen.  
135
- 136 (2d) Dieselbe ärztliche Leistung darf je Erbringung nur einmal berechnet werden, auch wenn  
137 sie arbeitsteilig von mehreren Ärzten erbracht wird, soweit im Gebührenverzeichnis  
138 nichts anderes bestimmt ist.  
139
- 140 (3) <sup>1</sup>Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen  
141 Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen,  
142 wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. <sup>2</sup>Dies gilt auch für die zur  
143 Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen methodisch  
144 notwendigen Einzelschritte. <sup>3</sup>Die besondere Ausführung einer Leistung umfasst die  
145 Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung der im  
146 Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung.  
147
- 148 (4) <sup>1</sup>Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den  
149 Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und  
150 Apparaten abgegolten, soweit nicht in dieser Verordnung etwas anderes bestimmt ist.  
151 <sup>2</sup>Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser  
152 Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch  
153 entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.  
154
- 155 (5) <sup>1</sup>Kosten, die nach Absatz 4 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert  
156 berechnet werden. <sup>2</sup>Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten  
157 ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.  
158
- 159 (6) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen  
160 unmittelbar berechnen, so hat der Arzt ihn darüber zu unterrichten.  
161  
162

## 163 § 5 GOÄ – Gebührenhöhe

164

- 165 <sup>1</sup>Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des  
166 Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. <sup>2</sup>Die Gebühr  
167 wird in Euro angegeben. <sup>3</sup>Aufgrund der besonderen, objektiven Schwere des Einzelfalls ist die  
168 Abrechnung der doppelten Höhe des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes für  
169 steigerungsfähige Gebühren dann gerechtfertigt, wenn die in dem Anhang zur Anlage  
170 (Positivliste) der Gebührenordnung oder durch ergänzende Empfehlungen der  
171 Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bestimmten Behandlungsumstände vorliegen.  
172 <sup>4</sup>Zur Begründung des doppelten Gebührensatzes genügt in solchen Fällen grundsätzlich die  
173 Angabe des im jeweiligen Einzelfall vorliegenden für die Aufwandserhöhung ursächlichen  
174 Behandlungsumstandes auf der Rechnung.  
175  
176  
177

**§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen**

178

179

180 Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches  
181 vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24b Abs. 4  
182 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen nur nach dem einfachen  
183 Gebührensatz berechnet werden.

184

185

186

**§ 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen**

187

188

189 (1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen  
190 Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen - Anlage zur  
191 Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung - aufgeführt sind, sind  
192 die Vergütungen für diese Leistungen *ausschließlich* nach den Vorschriften der  
193 Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

**§ 6a GOÄ – Gebühren bei stationärer Behandlung**

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

(1) <sup>1</sup>Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen  
Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der  
darauf entfallenden Zuschläge um 25 Prozent zu mindern. Die Minderung für Leistungen  
und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten  
beträgt 15 Prozent. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Nr.  
334 GOÄneu.

(2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen;  
die §§ 7 bis 9 bleiben unberührt.

**§ 7 GOÄ – Entschädigungen**

Als Entschädigung für Besuche erhält der Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung.

222  
223  
224  
225  
226  
227  
228

### § 8 GOÄ – Wegegeld

(1) <sup>1</sup>Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. <sup>2</sup>Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von

- |    |                                   |             |
|----|-----------------------------------|-------------|
| 1. | bis zu zwei Kilometern,           | 4,30 Euro,  |
|    | bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) | 8,60 Euro,  |
| 2. | mehr als zwei Kilometern          | 8,00 Euro,  |
|    | bis zu fünf Kilometern            |             |
|    | bei Nacht                         | 12,30 Euro, |
| 3. | mehr als fünf Kilometern          | 12,30 Euro, |
|    | bis zu zehn Kilometern            |             |
|    | bei Nacht                         | 18,40 Euro, |
| 4. | mehr als zehn Kilometern          | 18,40 Euro, |
|    | bis zu 25 Kilometern              |             |
|    | bei Nacht                         | 30,70 Euro. |

229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238

(2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.

(3) Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

239  
240  
241  
242  
243  
244

### § 9 GOÄ – Reiseentschädigung

(1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.

245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

1. 42 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 Euro je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

253

(3) § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

254

255

256 **§ 10 GOÄ – Ersatz von Auslagen**

257

258 (1) <sup>1</sup>Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgeschriebenen Gebühren können  
259 als Auslagen nur berechnet werden

260

- 261 1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien, die  
262 der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen  
263 Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
- 264 2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht  
265 ausgeschlossen ist,
- 266 3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung  
267 radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
- 268 4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert  
269 berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

270

271 <sup>2</sup>Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt. <sup>3</sup>Die Berechnung von  
272 Pauschalen ist nicht zulässig. <sup>4</sup>Abweichend von Satz 3 ist die Berechnung von  
273 Pauschalen für Versand- und Portokosten zulässig, wenn diese den durchschnittlichen  
274 tatsächlichen Kosten entsprechen.

275

276 (2) <sup>1</sup>Nicht berechnet werden können die Kosten für

277

- 278 1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray,  
279 Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen,  
280 Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
- 281 2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
- 282 3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
- 283 4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur  
284 sofortigen Anwendung sowie für
- 285 5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe,  
286 Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre,  
287 Einmalspekula.

288 <sup>2</sup>Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten sind, sofern in den Gebührensätzen enthalten,  
289 nicht gesondert berechnungsfähig.

290

291 (3) <sup>1</sup>Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die  
292 gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder  
293 Transport entstanden sind. <sup>2</sup>Kosten für Versandmaterial, für den Versand des  
294 Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb  
295 einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht  
296 berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der  
297 Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer

298 Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen  
299 beauftragten Arzt zugeleitet wird. <sup>3</sup>Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in  
300 einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den  
301 Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben  
302 Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt  
303 eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. <sup>4</sup>Für  
304 die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet  
305 werden.

306

### 307 **§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger**

308

309 (1) <sup>1</sup>Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des  
310 Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung  
311 leistet, dürfen abweichend von § 5 Abs. 1 Satz 1 Entgelte für ärztliche Leistungen  
312 unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden. <sup>2</sup>Zudem  
313 können die öffentlichen Leistungsträger nach Satz 1 mit der Bundesärztekammer von  
314 Satz 1 abweichende Regelungen zur Vergütung von Leistungen nach Satz 1 treffen.  
315 <sup>3</sup>Abgeschlossene Vereinbarungen nach Satz 2 sind dem Bundesministerium für  
316 Gesundheit sowie der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bekannt zu geben.

317

318 (2) Absatz 1 findet nur Anwendung, wenn dem Arzt vor der Inanspruchnahme eine von dem  
319 die Zahlung Leistenden ausgestellte Bescheinigung vorgelegt wird. In dringenden Fällen  
320 kann die Bescheinigung auch nachgereicht werden.

321

### 322 **§ 12 GOÄ – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung**

323

324 (1) <sup>1</sup>Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung  
325 entsprechende Rechnung erteilt worden ist. <sup>2</sup>Die Rechnung ist innerhalb von sechs  
326 Monaten nach der Leistungserbringung zu stellen.

327

328 (2) <sup>1</sup>Die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung treffen im  
329 Einvernehmen mit den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und  
330 Landesbehörden Vereinbarungen über ein maschinenlesbares Rechnungsformular, das  
331 bei der Rechnungsstellung zu verwenden ist. <sup>2</sup>Die Rechnung ist unter Verwendung des  
332 nach Satz 1 vereinbarten Formulars in maschinenlesbarer Form zu erstellen und muss  
333 mindestens folgende Angaben enthalten:

334

335 1. soweit der Patient diesem nicht widerspricht: die für die abgerechneten Leistungen  
336 maßgeblichen Diagnosen nach dem amtlichen ICD-Schlüssel in der jeweils  
337 geltenden Fassung oder die unverschlüsselten Diagnosen im Volltext, sowie bei  
338 operativen Leistungen den amtlichen OPS-Code in der jeweils geltenden Fassung  
339 oder die unverschlüsselten operativen Leistungen im Volltext; Verdachts- und  
340 vorläufige Diagnosen sind nur bis zur Befundabklärung aufzuführen,

- 341 2. den Namen des Rechnungsstellers und des behandelnden Arztes, den Namen des  
342 Zahlungspflichtigen und der behandelten Person sowie deren Geburtsdatum, das  
343 Datum der Rechnungsstellung und das Datum der Erbringung der Leistung,  
344 3. bei Gebühren die Anzahl, die Gebührennummer und deren Kurzbezeichnung, ggf.  
345 die Gebührenssteigerung mit Angabe des für die Aufwandserhöhung ursächlichen  
346 Behandlungsstandes und einen Hinweis auf das Vorliegen eines Falles von § 4  
347 Abs.1 Satz 3,  
348 4. den jeweiligen Betrag sowie, sofern in den Abrechnungsbestimmungen oder  
349 Leistungslegenden des Gebührenverzeichnisses gefordert: die Organbezeichnung,  
350 die Uhrzeit der Leistungserbringung, die Dauer oder Mindestdauer der  
351 Leistungserbringung,  
352 5. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre  
353 privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,  
354 6. bei Gebühren für Leistungen für die ärztliche Versorgung der in den  
355 brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a i. V. m. § 314 und nach  
356 § 257 Abs. 2a i. V. m. § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie dem  
357 brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a des  
358 Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 12h des  
359 Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten dem je Gebührenposition  
360 angewandten Gebührensatzes nach § 75 Abs. 3a und 3b des Fünften Buches  
361 Sozialgesetzbuch,  
362 7. bei Abschluss einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 die Angabe der hiervon  
363 betroffenen Gebührennummern und der vereinbarten Steigerungssätze unter  
364 Beifügung einer Kopie der Vereinbarung,  
365 8. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und  
366 die Berechnung,  
367 9. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die genaue Bezeichnung der  
368 einzelnen Auslage, bei Arzneimitteln den Wirkstoffnamen, sowie die konkret  
369 verbrauchte Menge. <sup>2</sup>Übersteigt die Summe der berechneten Auslagen den Betrag  
370 von 50,00 Euro, sind die Belege über die entstandenen Kosten beizufügen.

371  
372 (3) <sup>1</sup>Die Rechnung kann der Erstattungsstelle mit deren Einverständnis und dem  
373 schriftlichen Einverständnis des Patienten auch in elektronischer Form übermittelt  
374 werden. <sup>2</sup>Der Zahlungspflichtige erhält ein als solches gekennzeichnetes Duplikat der  
375 Rechnung.

376  
377 (4) Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Absatz 2 Satz 2), sind in der  
378 Rechnung mit einem der Gebührennummer vorangestellten „V“ zu kennzeichnen,  
379 Leistungen, die der Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten  
380 Programmen dienen, mit einem der Gebührennummer vorangestellten „F“.

381  
382 (5) <sup>1</sup>Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung  
383 für den Zahlungspflichtigen auf der Rechnung verständlich anzugeben. <sup>2</sup>Anzugeben ist

384 des Weiteren die Gebührennummer und die Bezeichnung der als gleichwertig erachteten  
385 Leistung; der Gebührennummer ist ein „A“ voranzustellen.

386

387 (6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur  
388 zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Arzt in die Übermittlung der für die  
389 Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich einwilligt und den Arzt insoweit schriftlich von  
390 seiner Schweigepflicht entbunden hat.

391

392

### 393 **§ 13 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift**

394

395 (1) Diese Verordnung tritt am XX.XX.20XX in Kraft.

396

397 (2) Die Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210)  
398 gilt weiter für Leistungen, die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden  
399 sind.



Umgedruckt wird aufgrund des Umfangs der Anlage lediglich jeweils das erste Blatt der 61 Facharzt- bzw. Schwerpunktweiterbildungen von Abschnitt B der MWBO, welches den Titel, die Gebietsdefinition und Weiterbildungszeiten (ohne Weiterbildungsinhalte) abbildet. Diese Beratungsunterlage ist im Konvergenzverfahren zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer abgestimmt.

Die Anlage inklusive aller Weiterbildungsinhalte ist für die Abgeordneten des 120. Deutschen Ärztetages 2017 über den den Abgeordneten bekannten Link abrufbar.

Die Weiterbildungsinhalte stellen den Sachstand Version 2a Novelle MWBO dar und sind noch nicht zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer abgestimmt.

Anlage zu TOP VII-01 des 120. DÄT 2017



## Gebiet Allgemeinmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Allgemeinmedizin beinhaltet die medizinische Akut-, Langzeit- und Notfallversorgung von Patienten jeden Alters mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen sowie die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und die Versorgung in der Palliativsituation unter Berücksichtigung somatischer, psycho-sozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte. Das Gebiet hat zudem auch die besondere Funktion, als erste ärztliche Anlaufstelle bei allen Gesundheitsproblemen verfügbar zu sein sowie die sektorenübergreifende Versorgungskoordination und Integration mit anderen Arztgruppen und Fachberufen im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Es umfasst die haus- und familienärztliche Funktion unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Fallverständnisses und der Multimorbidität im unausgelesenen Patientenkollektiv, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld.

## Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Allgemeinmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 24 Monate in Allgemeinmedizin in der ambulanten hausärztlichen Versorgung abgeleistet werden
- müssen 12 Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 18 Monate Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung erfolgen

**80 Stunden Kurs-Weiterbildung** in Psychosomatische Grundversorgung<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prüfauftrag: ggf. ersetzen durch alleinige Abbildung in den Inhalten

## Gebiet Anästhesiologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Anästhesiologie umfasst die Allgemein-, Regional- und Lokalanästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer und diagnostischer Eingriffe sowie intensivmedizinische, notfallmedizinische und schmerzmedizinische Maßnahmen.

## Facharzt/Fachärztin für Anästhesiologie (Anästhesiologe/Änästhesiologin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Anästhesiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 12 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Anatomie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Anatomie umfasst die Lehre und Forschung vom normalen Bau und Zustand des Körpers mit seinen Zellen, Geweben und Organen einschließlich systematischer, topographischer und klinisch-funktioneller Aspekte sowie der Embryologie.

### Facharzt/Fachärztin für Anatomie

(Anatom/Anatomin)

### Weiterbildungszeit

**48 Monate** Anatomie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Arbeitsmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Arbeitsmedizin umfasst als präventivmedizinisches Fach die Wechselbeziehungen zwischen Arbeits- und Lebenswelten einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits. Im Mittelpunkt stehen dabei der Erhalt und die Förderung der physischen und psychischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsbedingungen, die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Risikofaktoren, Erkrankungen und Berufskrankheiten, die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen einschließlich individueller und betrieblicher Gesundheitsberatung, die Vermeidung von Erschwernissen und Unfallgefahren sowie die berufsfördernde Rehabilitation.

### Facharzt/Fachärztin für Arbeitsmedizin

(Arbeitsmediziner/Arbeitsmedizinerin)

### Weiterbildungszeit

60 Monate Arbeitsmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 24 Monate in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden

**360 Stunden Kurs-Weiterbildung** in Arbeitsmedizin

## Gebiet Augenheilkunde

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Augenheilkunde umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation der anatomischen und funktionellen Veränderungen des Sehorgans und seiner Adnexe einschließlich der Optometrie und der plastisch-rekonstruktiven Operationen in der Periorbitalregion.

### Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde (Augenarzt/Augenärztin)

#### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Augenheilkunde unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Biochemie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Biochemie umfasst die molekularen Interaktionen und Umwandlungen im menschlichen Organismus, die Struktur und Funktion von Zellen und Organen sowie ihrer Interaktion. Explizit eingeschlossen ist das Gebiet der Pathobiochemie, das die molekularen Grundlagen von Erkrankungen umfasst.

### Facharzt/Fachärztin für Biochemie (Biochemiker/Biochemikerin)

#### Weiterbildungszeit

**48 Monate** Biochemie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Chirurgie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

### Facharzt/Fachärztin für Allgemeinchirurgie

(Allgemeinchirurg/Allgemeinchirurgin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 18 Monate in Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet werden
- müssen 18 Monate in Viszeralchirurgie abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Chirurgie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

### Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie

(Gefäßchirurg/Gefäßchirurgin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 48 Monate in Gefäßchirurgie abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Chirurgie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

## Facharzt/Fachärztin für Herzchirurgie (Herzchirurg/Herzchirurgin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 48 Monate in Herzchirurgie abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Chirurgie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

## Facharzt/Fachärztin für Kinderchirurgie (Kinderchirurg/Kinderchirurgin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 48 Monate in Kinderchirurgie abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Chirurgie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

### Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie (Orthopäde und Unfallchirurg/Orthopädin und Unfallchirurgin)

#### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 48 Monate in Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Chirurgie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

### Facharzt/Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (Plastischer, Rekonstruktiver und Ästhetischer Chirurg/Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgin)

#### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 48 Monate in Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Chirurgie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

## Facharzt/Fachärztin für Thoraxchirurgie (Thoraxchirurg/Thoraxchirurgin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 48 Monate in Thoraxchirurgie abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Chirurgie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.

## Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie (Viszeralchirurg/Viszeralchirurgin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 48 Monate in Viszeralchirurgie abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst die Erkennung, Vorbeugung, konservative und operative Behandlung sowie Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich plastisch-rekonstruktiver Eingriffe, der gynäkologischen Onkologie, Endokrinologie, Fortpflanzungsmedizin, Urogynäkologie, der Betreuung und Überwachung normaler und gestörter Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe sowie der Prä- und Perinatalmedizin.

### Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Frauenarzt/Frauenärztin)

#### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Frauenheilkunde und Geburtshilfe unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

**80 Stunden Kurs-Weiterbildung** in Psychosomatische Grundversorgung<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prüfauftrag: ggf. ersetzen durch alleinige Abbildung in den Inhalten

## Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst die Erkennung, Vorbeugung, konservative und operative Behandlung sowie Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich plastisch-rekonstruktiver Eingriffe, der gynäkologischen Onkologie, Endokrinologie, Fortpflanzungsmedizin, Urogynäkologie, der Betreuung und Überwachung normaler und gestörter Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe sowie der Prä- und Perinatalmedizin.

### Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin (Gynäkologischer Endokrinologe und Reproduktionsmediziner/Gynäkologische Endokrinologin und Reproduktionsmedizinerin)

#### Weiterbildungszeit

**24 Monate** Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Gebietsdefinition**  
Das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst die Erkennung, Vorbeugung, konservative und operative Behandlung sowie Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich plastisch-rekonstruktiver Eingriffe, der gynäkologischen Onkologie, Endokrinologie, Fortpflanzungsmedizin, Urogynäkologie, der Betreuung und Überwachung normaler und gestörter Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe sowie der Prä- und Perinatalmedizin.

**Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie**  
(Gynäkologischer Onkologe/Gynäkologische Onkologin)

**Weiterbildungszeit**  
**24 Monate** Gynäkologische Onkologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Gebietsdefinition**  
Das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst die Erkennung, Vorbeugung, konservative und operative Behandlung sowie Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich plastisch-rekonstruktiver Eingriffe, der gynäkologischen Onkologie, Endokrinologie, Fortpflanzungsmedizin, Urogynäkologie, der Betreuung und Überwachung normaler und gestörter Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettverläufe sowie der Prä- und Perinatalmedizin.

**Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin**  
(Geburtshelfer und Perinatalmediziner/Geburtshelferin und Perinatalmedizinerin)

**Weiterbildungszeit**  
**24 Monate** Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde umfasst die Gesundheitsberatung, Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen, Formveränderungen und Tumoren des Ohres, der Nase, der Nasennebenhöhlen, der Orbita, der vorderen und seitlichen Schädelbasis, der Mundhöhle einschließlich der Lippe, des Pharynx und Larynx, der Trachea, des proximalen Ösophagus, der Kopfspeicheldrüsen sowie der Weichteile mit Lymphsystem von Kopf, Gesicht und Hals und von Funktionsstörungen der in diesem Bereich gelegenen Sinnesorgane und den ihnen zugeordneten Hirnnerven sowie von Schluck-, Stimm-, Sprach-, Sprech- und Hörstörungen.

### Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

(Hals-Nasen-Ohren-Arzt/Hals-Nasen-Ohrenärztin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Hals-Nasen-Ohrenheilkunde unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, die Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen einschließlich der durch Immunreaktionen, Allergene und Pseudoallergene ausgelösten Krankheiten der Haut, der Unterhaut einschließlich Faszien, der hautnahen Schleimhäute und der Hautanhangsgebilde sowie von Geschlechtskrankheiten.

### Facharzt/Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

(Hautarzt/Hautärztin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Haut- und Geschlechtskrankheiten unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Humangenetik

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Humangenetik umfasst die Aufklärung, Erkennung und Behandlung genetisch bedingter und mitbedingter Erkrankungen einschließlich der humangenetischen Beratung von Patienten, Ratsuchenden und ihren Familien sowie den in der Gesundheitsversorgung tätigen Ärzten.

### Facharzt/Fachärztin für Humangenetik (Humangenetiker/Humangenetikerin)

#### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Humangenetik unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 30 Monate in der humangenetischen Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 12 Monate in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 12 Monate im molekulargenetischen Labor abgeleistet werden
- müssen 6 Monate im zytogenetischen Labor abgeleistet werden

## Gebiet Hygiene

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Hygiene umfasst die Erkennung, Erfassung, Bewertung sowie Vermeidung schädlicher endogener und exogener Faktoren, welche die Gesundheit des Einzelnen oder der Bevölkerung beeinflussen sowie die Entwicklung von Grundsätzen für den Gesundheitsschutz und der gesundheitsbezogenen Umwelthygiene. Das Gebiet umfasst auch die Unterstützung und Beratung von Ärzten und Institutionen insbesondere in der Krankenhaus- und Praxishygiene, Infektionsprävention sowie der Umwelthygiene und Umweltmedizin, der Individualhygiene sowie im gesundheitlichen Verbraucherschutz.

### Facharzt/Fachärztin für Hygiene (Hygieniker/Hygienikerin)

#### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Hygiene unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 12 Monate in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Öffentliches Gesundheitswesen, Arbeitsmedizin und/oder in der Zusatz-Weiterbildung Infektiologie erfolgen

## Gebiet Innere Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin

(Internist/Internistin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 48 Monate in Innere Medizin oder in mindestens zwei verschiedenen Facharztkompetenzen des Gebiets Innere Medizin abgeleistet werden, davon
  - müssen 30 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Innere Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie

(Angiologe/Angiologin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 36 Monate in Innere Medizin und Angiologie abgeleistet werden, davon
  - müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Innere Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

(Endokrinologe und Diabetologe/Endokrinologin und Diabetologin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 36 Monate in Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie abgeleistet werden, davon
  - müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Innere Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie

(Gastroenterologe/Gastroenterologin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 36 Monate in Innere Medizin und Gastroenterologie abgeleistet werden, davon
  - müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Innere Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

(Hämatologe und Onkologe/Hämatologin und Onkologin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 36 Monate in Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie abgeleistet werden, davon
  - müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Innere Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie

(Kardiologe/Kardiologin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 36 Monate in Innere Medizin und Kardiologie abgeleistet werden, davon
  - müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Innere Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie (Nephrologe/Nephrologin)

#### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 36 Monate in Innere Medizin und Nephrologie abgeleistet werden, davon
  - müssen 6 Monate in der Dialyse abgeleistet werden
  - müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Innere Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie (Pneumologe/Pneumologin)

#### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 36 Monate in Innere Medizin und Pneumologie abgeleistet werden, davon
  - müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Innere Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

### Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie (Rheumatologe/Rheumatologin)

#### Weiterbildungszeit

**72 Monate** im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 36 Monate in Innere Medizin und Rheumatologie abgeleistet werden, davon
  - müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

## Gebiet Kinder- und Jugendmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode bis zur Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

### Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Kinder- und Jugendarzt/Kinder- und Jugendärztin)

#### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Kinder- und Jugendmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Kinder- und Jugendmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode bis zur Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

### Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie

(Kinder-Hämatologe und -Onkologe/Kinder-Hämatologin und -Onkologin)

### Weiterbildungszeit

**24 Monate** Kinder-Hämatologie und -Onkologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Kinder- und Jugendmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode bis zur Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

### Schwerpunkt Kinder-Kardiologie

(Kinder-Kardiologe/Kinder-Kardiologin)

### Weiterbildungszeit

**24 Monate** Kinder-Kardiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Kinder- und Jugendmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode bis zur Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

### Schwerpunkt Neonatologie

(Neonatologe/Neonatologin)

### Weiterbildungszeit

**24 Monate** Neonatologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Kinder- und Jugendmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen und Heranwachsenden in seinem sozialen Umfeld von der pränatalen Periode bis zur Transition in eine qualifizierte Weiterbetreuung.

### Schwerpunkt Neuropädiatrie

(Neuropädiater/Neuropädiaterin)

### Weiterbildungszeit

**24 Monate** Neuropädiatrie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 6 Monate Weiterbildung in Neurologie und/oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie erfolgen

## Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Erkrankungen oder Störungen sowie psychischer und sozialer Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld.

### Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

(Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut/Kinder- und Jugendpsychiaterin und -psychotherapeutin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Laboratoriumsmedizin

### Gebietsdefinition

Die Laboratoriumsmedizin umfasst die Unterstützung bei der Erkennung von Krankheiten und ihren Ursachen, bei der Überwachung des Krankheitsverlaufes und bei der Bewertung therapeutischer Maßnahmen durch die Anwendung und Beurteilung morphologischer, chemischer, physikalischer, immunologischer, biochemischer, molekulargenetischer und mikrobiologischer Untersuchungsverfahren von Körperflüssigkeiten, Ausscheidungs- und Sekretionsprodukten sowie anderen Körpermaterialien einschließlich der dazu erforderlichen Funktionsprüfungen und Probennahmen sowie der Beratung von in der Vorsorge und Krankenbehandlung tätigen Ärzten.

### Facharzt/Fachärztin für Laboratoriumsmedizin

(Laborarzt/Laborärztin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Laboratoriumsmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 30 Monate in klinischer Chemie, im immunologischen, hämatologischen, hämostaseologischen und molekulargenetischen Labor abgeleistet werden
- müssen 12 Monate im mikrobiologischen Labor abgeleistet werden
- müssen 6 Monate im immunhämatologischen Labor abgeleistet werden
- müssen 12 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden

## Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie umfasst die Labordiagnostik der durch Mikroorganismen, Viren und andere übertragbare Agenzien bedingten Erkrankungen, die Aufklärung ihrer Ursachen, Pathogenese, Abwehr und epidemiologischen Zusammenhänge, die Unterstützung bei Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten einschließlich der Praxis- und Krankenhaushygiene sowie die Beratung der in der Vorsorge, in der Krankenbehandlung und im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Ärzte.

## Facharzt/Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

(Mikrobiologe und Virologe/Mikrobiologin und Virologin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 12 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in Hygiene, Laboratoriumsmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Transfusionsmedizin und/oder in der Zusatz-Weiterbildung Infektiologie erfolgen

## Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Der Abschluss der Facharztweiterbildung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie setzt auch das zahnärztliche Staatsexamen voraus.

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie umfasst die Gesundheitsberatung, Vorbeugung, Erkennung, nicht-operative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen, Tumoren, Fehlbildungen sowie Form- und Funktionsveränderungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Alveolarfortsätze, des Gaumens, der Kiefer, der Kieferhöhlen, der Mundhöhle einschließlich der Zunge, der Wange, der Lippen und des angrenzenden Rachens, der Speicheldrüsen sowie des Gesichtsschädels, der Lider, Orbita und Periorbita, der frontalen Schädelbasis und der bedeckenden Weichgewebe des Kopfes, Gesichtes und Halses einschließlich der Behandlung des fachbezogenen erkrankten Lymphsystems sowie der chirurgischen Kieferorthopädie, Implantologie sowie der prothetisch-epithetischen Versorgung.

## Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

(Mund-Kiefer-Gesichtschirurg/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate zahnmedizinische Weiterbildung in Oralchirurgie bei einem Weiterbildungsbeauftragten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie erfolgen
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Neurochirurgie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Neurochirurgie umfasst die Erkennung, operative, perioperative und konservative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen und Fehlbildungen des zentralen Nervensystems, seiner Gefäße und seiner Hüllen, des peripheren und vegetativen Nervensystems.

### Facharzt/Fachärztin für Neurochirurgie

(Neurochirurg/Neurochirurgin)

### Weiterbildungszeit

**72 Monate** Neurochirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung neurochirurgischer Patienten abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Neurologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Neurologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur.

### Facharzt/Fachärztin für Neurologie

(Neurologe/Neurologin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Neurologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung neurologischer Patienten abgeleistet werden
- müssen 12 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden

## Gebiet Nuklearmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Nuklearmedizin umfasst die Anwendung radioaktiver Substanzen, sonographischer und kernphysikalischer Verfahren zur Funktions- und Lokalisationsdiagnostik von Organen, Geweben und Systemen, für die Erkennung und Verlaufsbeurteilung von Krankheiten sowie die Behandlung mit offenen Radionukliden sowie die Belange des Strahlenschutzes.

### Facharzt/Fachärztin für Nuklearmedizin

(Nuklearmediziner/Nuklearmedizinerin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Nuklearmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in Radiologie erfolgen
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 6 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen umfasst die Beobachtung, Begutachtung und Wahrung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung und die Beratung der Träger öffentlicher Aufgaben in gesundheitlichen Fragen einschließlich Planungs- und Gestaltungsaufgaben zu Gesundheitsförderung, Prävention und der gesundheitlichen Versorgung sowie der öffentlichen Hygiene, der Gesundheitsaufsicht sowie der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten.

### Facharzt/Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Öffentliches Gesundheitswesen unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 24 Monate in einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens abgeleistet werden, davon
  - müssen 12 Monate in einem Gesundheitsamt abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden, davon
  - können zum Kompetenzerwerb bis zu 3 Monate Weiterbildung im sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes erfolgen
- müssen 6 Monate (720 Stunden) Kurs-Weiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen abgeleistet werden, davon
  - können zum Kompetenzerwerb bis zu 3 Monate (360 Stunden) Weiterbildung im Rahmen eines Postgraduierten-Kurses in Public Health erfolgen

## Gebiet Pathologie

**Gebietsdefinition**  
Das Gebiet Pathologie einschließlich der Neuropathologie umfasst die Erkennung von Krankheiten, ihrer Entstehung und ihrer Ursachen durch die Beurteilung von Untersuchungsgut bei morphologisch definierten Krankheiten oder durch Obduktion und dient damit zugleich der Beratung und Unterstützung der in der Behandlung tätigen Ärzte.

## Facharzt/Fachärztin für Neuropathologie (Neuropathologe/Neuropathologin)

**Weiterbildungszeit**  
**72 Monate** Neuropathologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 24 Monate in der Facharztweiterbildung Pathologie erfolgen
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Pathologie

**Gebietsdefinition**  
Das Gebiet Pathologie einschließlich der Neuropathologie umfasst die Erkennung von Krankheiten, ihrer Entstehung und ihrer Ursachen durch die Beurteilung von Untersuchungsgut bei morphologisch definierten Krankheiten oder durch Obduktion und dient damit zugleich der Beratung und Unterstützung der in der Behandlung tätigen Ärzte.

## Facharzt/Fachärztin für Pathologie (Pathologe/Pathologin)

**Weiterbildungszeit**  
**72 Monate** Pathologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 24 Monate Weiterbildung in Neuropathologie erfolgen
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Pharmakologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Pharmakologie umfasst die Erforschung von Arzneimittelwirkungen, Entwicklung und Anwendung von Arzneimitteln, die Erforschung der Wirkung von Fremdstoffen am Menschen, die Bewertung des therapeutischen Nutzens, die Erkennung von Nebenwirkungen sowie die Beratung und Unterstützung der in der Vorsorge und Krankenbehandlung Tätigen bei der Anwendung substanzbasierter therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen sowie die Risikobewertung von Fremdstoffen.

### Facharzt/Fachärztin für Klinische Pharmakologie

(Klinischer Pharmakologe/Klinische Pharmakologin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** im Gebiet Pharmakologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 48 Monate in Klinische Pharmakologie abgeleistet werden, davon
  - können zum Kompetenzerwerb bis zu 18 Monate Weiterbildung in Pharmakologie und Toxikologie erfolgen
- müssen 12 Monate in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden

## Gebiet Pharmakologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Pharmakologie umfasst die Erforschung von Arzneimittelwirkungen, Entwicklung und Anwendung von Arzneimitteln, die Erforschung der Wirkung von Fremdstoffen am Menschen, die Bewertung des therapeutischen Nutzens, der Erkennung von Nebenwirkungen sowie die Beratung und Unterstützung der in der Vorsorge und Krankenbehandlung Tätigen bei der Anwendung substanzbasierter therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen sowie die Risikobewertung von Fremdstoffen.

### Facharzt/Fachärztin für Pharmakologie und Toxikologie

(Pharmakologe und Toxikologe/Pharmakologin und Toxikologin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Pharmakologie und Toxikologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 18 Monate Weiterbildung in Klinische Pharmakologie erfolgen
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Phoniatrie und Pädaudiologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Phoniatrie und Pädaudiologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung sowie Rehabilitation von krankheitsbedingten Störungen der peripheren und zentralen Hörfunktion, der Sprech- und Sprachfunktion, der Laut- und Schriftsprache, der Stimm-, Kau- und Schluckfunktion einschließlich psychosomatischer Begleiterkrankungen und musikermedizinischer Erkrankungen.

### Facharzt/Fachärztin für Phoniatrie und Pädaudiologie

(Phoniater und Pädaudiologe/Phoniaterin und Pädaudiologin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Phoniatrie und Pädaudiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin umfasst die Frührehabilitation, die postakute und Langzeit-Rehabilitation sowie die Prävention von Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit sowie die interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von Struktur- und Funktionsstörungen mit konservativen, physikalischen, manuellen und naturheilkundlichen Therapiemaßnahmen sowie Verfahren der rehabilitativen Intervention.

### Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin

(Physikalischer und Rehabilitativer Mediziner/Physikalische und Rehabilitative Medizinerin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Physikalische und Rehabilitative Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 12 Monate in der stationären Akutversorgung im Gebiet Chirurgie und/oder in Neurochirurgie abgeleistet werden
- müssen 12 Monate in der stationären Akutversorgung im Gebiet Innere Medizin und/oder in Neurologie abgeleistet werden

## Gebiet Physiologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Physiologie umfasst die Lehre der Funktionen des menschlichen Körpers vom Molekül bis zum Organismus.

### Facharzt/Fachärztin für Physiologie

(Physiologe/Physiologin)

### Weiterbildungszeit

**48 Monate** Physiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie umfasst die Vorbeugung, Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen, die psycho-somatischen bzw. somato-psychischen Wechselwirkungen und toxischen Schädigungen unter Berücksichtigung ihrer psychosozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte.

### Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

(Psychiater und Psychotherapeut/Psychiaterin und Psychotherapeutin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Psychiatrie und Psychotherapie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 12 Monate in Neurologie abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und/oder im Schwerpunkt Forensische Psychiatrie erfolgen

## Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie umfasst die Vorbeugung, Erkennung und somatotherapeutische, psychotherapeutische sowie sozialpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen, die psycho-somatischen bzw. somato-psychischen Wechselwirkungen und toxischen Schädigungen unter Berücksichtigung ihrer psychosozialen Anteile, psychosomatischen Bezüge und forensischen Aspekte.

### Schwerpunkt Forensische Psychiatrie

(Forensischer Psychiater/Forensische Psychiaterin)

### Weiterbildungszeit

**24 Monate** Forensische Psychiatrie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst die Erkennung, psychosomatisch-medizinische und psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung und Chronifizierung psychosoziale, psycho-somatische und somato-psychische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

### Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

(Psychosomatiker und Psychotherapeut/Psychosomatikerin und Psychotherapeutin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 12 Monate in anderen Gebieten der somatischen Patientenversorgung abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie und/oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie erfolgen

## Gebiet Radiologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Radiologie umfasst die Erkennung von Krankheiten mit Hilfe ionisierender Strahlen, kernphysikalischer und sonographischer Verfahren sowie die Anwendung interventioneller, minimal-invasiver radiologischer Verfahren in der Erwachsenen-, Kinder- und Neuroradiologie sowie die Belange des Strahlenschutzes.

### Facharzt/Fachärztin für Radiologie

(Radiologe/Radiologin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Radiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon  
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung erfolgen

## Gebiet Radiologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Radiologie umfasst die Erkennung von Krankheiten mit Hilfe ionisierender Strahlen, kernphysikalischer und sonographischer Verfahren sowie die Anwendung interventioneller, minimal-invasiver radiologischer Verfahren in der Erwachsenen-, Kinder- und Neuroradiologie sowie die Belange des Strahlenschutzes.

### Schwerpunkt Kinderradiologie

(Kinderradiologe/Kinderradiologin)

### Weiterbildungszeit

**24 Monate** Kinderradiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Radiologie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Radiologie umfasst die Erkennung von Krankheiten mit Hilfe ionisierender Strahlen, kernphysikalischer und sonographischer Verfahren sowie die Anwendung interventioneller, minimal-invasiver radiologischer Verfahren in der Erwachsenen-, Kinder- und Neuroradiologie sowie die Belange des Strahlenschutzes.

### Schwerpunkt Neuroradiologie

(Neuroradiologe/Neuroradiologin)

### Weiterbildungszeit

**24 Monate** Neuroradiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

## Gebiet Rechtsmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Rechtsmedizin umfasst die Entwicklung und Anwendung medizinischer und naturwissenschaftlicher Kenntnisse und Methoden für die Bearbeitung rechtlicher Fragestellungen sowie die Vermittlung rechtsmedizinischer einschließlich arztrechtlicher und ethischer Kenntnisse für die Ärzteschaft.

### Facharzt/Fachärztin für Rechtsmedizin

(Rechtsmediziner/Rechtsmedizinerin)

### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Rechtsmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 6 Monate im Gebiet Pathologie abgeleistet werden
- müssen 6 Monate im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 6 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Strahlentherapie

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Strahlentherapie umfasst die Strahlenbehandlung maligner und benigner Erkrankungen einschließlich der medikamentösen und physikalischen Verfahren zur Radiosensibilisierung und Verstärkung der Strahlenwirkung am Tumor unter Berücksichtigung von Schutzmaßnahmen der gesunden Gewebe.

### Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie (Strahlentherapeut/Strahlentherapeutin)

#### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Strahlentherapie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

## Gebiet Transfusionsmedizin

### Gebietsdefinition

Das Gebiet Transfusionsmedizin umfasst als klinisches Fach die hämotherapeutische Behandlung von Patienten sowie die Erfüllung von Aufgaben in der Vorbereitung, Durchführung und Bewertung hämotherapeutischer und transplantationsmedizinischer Maßnahmen, die Auswahl und medizinische Betreuung von autologen und allogenen Blut-, Zell- und Gewebespendern, die Herstellung, Prüfung und Weiterentwicklung biologischer Arzneimittel wie allogener und autologer zellulärer und plasmatischer Blut-, Zell-, Gewebe- und Stammzellpräparate, die Beurteilung der Histokompatibilität allogener Zell-, Gewebe- und Organtransplantate sowie die Durchführung von transfusionsmedizinischen Therapieverfahren einschließlich therapeutischer Hämapheresen am Patienten.

### Facharzt/Fachärztin für Transfusionsmedizin (Transfusionsmediziner/Transfusionsmedizinerin)

#### Weiterbildungszeit

**60 Monate** Transfusionsmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 18 Monate in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung mit hämotherapeutischem Bezug abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 6 Monate Weiterbildung in Laboratoriumsmedizin und/oder Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erfolgen

## **Gebiet Urologie**

### **Gebietsdefinition**

Das Gebiet Urologie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Funktionsstörungen, Fehlbildungen und Verletzungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane.

### **Facharzt/Fachärztin für Urologie**

(Urologe/Urologin)

### **Weiterbildungszeit**

**60 Monate** Urologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- können zum Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

Anlage zu TOP VII-01 - 120.ÄÄT