

113. Deutscher Ärztetag

Beschlussprotokoll



Impressum

Copyright © Bundesärztekammer 2010

Herausgeber:

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

Titelfoto:

Ludwig Gschirr, Pullach

Titelgrafik:

André Meinardus, Deutscher Ärzte-Verlag, 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

Inhaltsverzeichnis	2
Zu Punkt I der Tagesordnung:	10
Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik.....	10
1. Für eine patientenzentrierte Medizin und eine soziale Gesundheitswirtschaft – Aufgaben für die verbleibende Legislaturperiode	10
2. Wiederherstellung ärztlicher Unabhängigkeit.....	15
3. Medizinische Versorgungszentren in ärztliche Hand	15
4. Keine Selektivverträge im Krankenhaus	15
5. (Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung als grundsätzliche Honorierungsform.....	16
6. Änderung von § 87 Abs. 2e und § 105 SGB V.....	16
7. Punktwertabsenkung bei Überversorgung ist kein Mittel zur Behebung des Ärztemangels in unterversorgten Gebieten	17
8. Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten	17
9. Sektorübergreifende Qualitätssicherung	17
10. Kooperation zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern	18
Zu Punkt II der Tagesordnung:	19
Versorgungsforschung.....	19
1. Konsolidierung des Erfolgs der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer.....	19
2. Beobachtung der Auswirkung neuer Versorgungsformen in der zukünftigen Versorgungsforschung.....	20
3. Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen stärker für Versorgungsforschung nutzen	20
4. Finanzierung von Leitlinien.....	21
5. Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf wissenschaftliche Ergebnisse und Publikationen.....	21
Zu Punkt III der Tagesordnung:	22
(Muster-)Weiterbildungsordnung	22
1. Umsetzung der überarbeiteten (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in den Landesärztekammern.....	22
2. Teilzeittätigkeit.....	24
3. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitte B und C: Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement	24
4. Definition Gebiet Allgemeinmedizin.....	24
5. Verbesserung der Weiterbildungsmöglichkeiten in der Allgemein Chirurgie	25
6. Umfang der Weiterbildung in der Allgemein Chirurgie	26
7. Facharzt für Viszeralchirurgie: Umbenennung	26
8. Keine Umbenennung des Facharztes für Allgemeine Chirurgie	27
9. Erhöhung der Pflichtweiterbildungszeit im jeweiligen Gegenfach des „Facharztes für Neurologie“ bzw. „Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie“	27
10. Beibehaltung der Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich, Gebiet „Physikalische und Rehabilitative Medizin“	28
11. Zusatz-Weiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement.....	28
12. Überarbeitung der Zusatz-Weiterbildung Akupunktur	28
13. Zusatz-Weiterbildung Akupunktur	29

14. Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin.....	30
15. Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie	30
Paragraphenteil der MWBO	30
16. Anerkennung von Weiterbildungszeiten auch bei weniger als 6-monatiger Weiterbildung	30
17. Zulassung der Weiterbildungsstätte	31
18. § 7 Abs. 1: Ergänzung um einen zweiten Absatz.....	31
19. Kriterien für die fehlende Eignung zur Weiterbildungsbefugnis.....	32
20. Nachweis angemessener Vergütung während der Weiterbildung	32
21. Verlängerung der Übergangsfristen um Elternzeit und Mutterschutz.....	33
22. Befugnis-kriterien zur Leitung der Weiterbildung.....	33
Allgemeine Bestimmungen	33
23. Abschnitte B und C: Schutzimpfung.....	33
24. Aufnahme von Grundkenntnissen in der Sonographie für die Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung	34
Gebiete.....	34
25. Gebiet Chirurgie: Röntgendiagnostik	34
26. Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie: Röntgendiagnostik.....	35
27. Facharzt-kompetenz Orthopädie und Unfallchirurgie: Röntgendiagnostik/fachgebunden – Skelett.....	35
28. Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: Röntgendiagnostik.....	36
29. Änderungsantrag zu Drucksache III – 29: Facharzt Innere Medizin – Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich	36
30. Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin: Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich	36
31. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Angiologie: Röntgendiagnostik (Angiographie).....	38
32. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin: Weiterbildungsinhalt.....	39
33. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin: Definierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	39
34. Selbsterfahrung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	40
35. Bildgebende Verfahren in Urologie, Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie	40
36. Urologie: Röntgendiagnostik	41
37. Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin: fachbezogene diabetologische Diagnostik und Therapie des Schwangerschaftsdiabetes.....	41
38. Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Grundlagen der fachbezogenen diabetologischen Diagnostik	41
39. Facharzt für Pneumologie: Röntgendiagnostik	42
40. Gebiet Chirurgie: Weiterbildungsinhalte.....	42
41. Bildgebende Verfahren für verschiedene Organfächer	43
42. Kinderschutz.....	43
43. Zusammenführung der Facharztbezeichnungen Allgemein-chirurgie und Viszeralchirurgie.....	44
44. Gebiet Chirurgie – Gemeinsame „Säule“ Allgemein-chirurgie/ Viszeralchirurgie.....	44
45. Gebiet Allgemeinmedizin: Diabetikerbehandlungen (strukturierte Schulungen)	44
46. Innere Medizin und Pneumologie: Weiterbildungsinhalte	44
47. Zusammenführung der Facharzt-kompetenzen "Facharzt für Allgemeine Chirurgie" und "Facharzt für Viszeralchirurgie" zu einem neuen "Facharzt für Allgemeine und Viszeralchirurgie".....	45

48.	Neufassung und Anpassung des Weiterbildungsinhalts „Facharzt Innere Medizin und Nephrologie“	45
49.	Aufnahme von einer festen Gutachtenzahl in den Weiterbildungsinhalt der Psychiater	45
50.	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Zytologische Diagnostik	46
51.	Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin.....	46
52.	Zusatz-Weiterbildung Labordiagnostik	47
53.	Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie.....	48
54.	Psychotherapie -fachgebunden-	48
55.	Magnetresonanztomographie -fachgebunden-: Weiterbildungszeit.....	49
56.	Magnetresonanztomographie -fachgebunden-: Weiterbildungszeit.....	49
57.	Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin: Weiterbildungszeit	50
Neue Bezeichnungen.....		50
58.	Einführung einer Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik in der Radiologie	50
59.	Einführung einer Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin.....	51
60.	Sexualmedizin	51
61.	Einführung einer Facharztbezeichnung Notfallmedizin	52
62.	Einführung "Facharzt Innere Medizin und Geriatrie"	52
Allgemeines.....		52
63.	Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2010.....	52
64.	Modulare Struktur der Weiterbildung.....	53
65.	Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Jahre 2013.....	54
66.	Weiterbildung in ambulanter Praxis.....	54
67.	Keine Verwendung sozialrechtlicher Begriffe.....	54
68.	Weiterbildung auch für in eigener Niederlassung befindliche Ärztinnen und Ärzte ermöglichen	55
69.	Stärkung der Strukturqualität in der MWBO durch Präzisierung der Begriffe „Gebiet“ und „Fachkompetenz“	55
70.	Stärkung der Strukturqualität in der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch Präzisierung der Begriffe "Gebiet" und "Fachkompetenz".....	55
71.	Berücksichtigung von flexiblen Arbeitszeitmodellen.....	56
Evaluation der Weiterbildung		56
72.	Projekt „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“	56
73.	Ergebnisse und Weiterentwicklung	57
74.	Optimierung der ärztlichen Weiterbildung	57
75.	Schaffung einer Internetplattform zur Dokumentation der Weiterbildung.....	58
76.	Meldepflicht der Weiterzubildenden	58
77.	Bessere Nutzung des Datenpools.....	58
78.	Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Weiterbildung	59
79.	Rechtsgrundlagen zur Veröffentlichung von Daten prüfen.....	59
Zu Punkt IV der Tagesordnung:.....		61
Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft.....		61
1.	Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft.....	61
2.	Verbessertes Informationsangebot für Patienten	63
3.	Gleiche Regelungen im Haftungs- und Leistungsrecht	64
4.	Zentrales Patientenverfügungsregister	64
5.	Gefährdung der Patientengeheimnisse durch Krankenversicherungen.....	64
6.	Sorge um den Fortbestand der Rechtsmedizin.....	65
7.	Patientenrechte in Europa.....	65
8.	Telekommunikationsüberwachung von Ärzten.....	65

Zu Punkt V der Tagesordnung:	67
Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	67
Fachärztliche Versorgung	67
1. Sprachregelung in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	67
2. Fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär	67
Telematik/elektronische Gesundheitskarte (eGK).....	72
1. Stopp des Projektes Elektronische Gesundheitskarte	72
2. Elektronische Gesundheitskarte wiederholt abgelehnt	73
3. Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher Sicht.....	73
4. Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher Sicht.....	74
5. Telematikinfrastruktur und ärztlicher Behandlungsprozess.....	74
6. Praxissoftware-Hersteller zu kompatibler Schnittstelle verpflichten	74
7. Gemeinsames Vorgehen der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz des eArztausweises.....	75
8. Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises zur Kommunikation und Entbürokratisierung	75
Telemedizin.....	76
1. Voraussetzungen für gute Telemedizin.....	76
2. Telemedizin und GKV-Leistungskatalog	80
3. Vergütungsregelung Telemedizin.....	80
4. Positionierung der Ärzteschaft zur Entwicklung der Telemedizin.....	80
Solidarität im Ärztestreik	81
1. Solidarität mit streikenden Ärztinnen und Ärzten	81
Studium.....	82
1. Allgemeinmedizin im Studium stärken	82
2. Verlagerung des schriftlichen Teils des Zweiten Staatsexamens in der Medizin vor das Praktische Jahr	83
3. Liberalisierung im Praktischen Jahr	83
4. Änderung der Approbationsordnung für Ärzte.....	83
5. Praxis- und patientennähere Ausbildung im Praktischen Jahr in Krankenhäusern der Regelversorgung fördern	83
6. Kein weiteres Pflichtfach im Praktischen Jahr.....	84
7. Keine „Landarztquote“ bei der Zulassung zum Medizinstudium	84
8. Zulassungskriterien zum Medizinstudium	84
9. Dem Ärztemangel begegnen - Erhöhung der Anzahl der Studienplätze.....	84
10. Beteiligung von Vertretern der Ärztekammern bei den Auswahlgesprächen für Medizinstudierende.....	85
11. Beteiligung der Ärztekammern bei der Auswahl von Medizinstudentinnen und -studenten	85
12. Bundesweite Mobilität im Praktischen Jahr.....	85
13. Bachelor-Studiengang löst nicht das Problem des Ärztemangels.....	86
14. Bachelor-/Masterstruktur in der medizinischen Ausbildung wird abgelehnt	86
15. Änderung der Kriterien für die Studienplatzvergabe	87
16. Freizügigkeit im Praktischen Jahr	87
17. Praktisches Jahr in der Arbeitsmedizin	87
18. Änderung der Approbationsordnung – Abschaffung des "Hammerexamens"	87
Ausbildung	88
1. Anerkennung "Rettungsassistent" für Krankenpflegepraktikum im Medizinstudium	88

2.	Hygiene als eigenständiges Fach an den medizinischen Fakultäten erhalten	88
3.	Öffentlichen Gesundheitsdienst als Querschnittsbereich an den Medizinischen Fakultäten etablieren	88
4.	Begriff „Ärztin/Arzt“	89
5.	Begriff "Arzt in Weiterbildung"	89
	Zulassung/Bedarfsplanung	89
1.	Grundlagen für die Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Sektor verbessern	89
2.	Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung	90
3.	Schnittstelle ambulant – stationär (§ 116): Rückumwandlung Angestelltenstelle in Zulassung	91
	Gesetzliche Krankenversicherung	92
1.	Bessere Verzahnung der Sektoren	92
2.	Verankerung des Rettungsdienstes und der Notfallmedizin im SGB V	93
3.	Evaluation der Präventions- und Früherkennungsprogramme in der GKV	93
4.	Selbstverwaltung in den Ländern stärken	94
5.	Der Arzt ist kein Beauftragter der Krankenkassen	94
6.	Gesetzgeber muss für Chancengleichheit beim Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren auch bei der Filialbildung sorgen	94
7.	Verträge über die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung müssen zwingend die medikamentöse Versorgung enthalten	95
8.	Festzuschüsse, Festbeträge und Mehrkostenregelungen	95
9.	Honorierung psychotherapeutischer Leistungen	96
10.	Einführung der geplanten Diagnosen-Kodierrichtlinien im Vertragsarztsystem stoppen	96
11.	Gleichberechtigte Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarife in der gesetzlichen Krankenversicherung	96
12.	Einführung einer Medikamentenkostenbeteiligung	97
13.	Sozialverträgliche Selbstbeteiligung statt Praxisgebühr	97
14.	Abschaffung von Richtgrößen und Budgets	97
15.	Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors	98
	Qualitätssicherung	98
1.	Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im GKV-System zu einer gemeinsamen Qualitätskultur	98
	Krankenhaus	103
1.	Familienfreundliches Krankenhaus	103
2.	Familienfreundliche Arbeitspolitik im Krankenhaus	103
3.	Keine gesonderte Dokumentation von fachspezifischer Fortbildung	104
4.	Vergütung der Belegärzte	104
5.	Ärztliche Führung der Krankenhäuser für Qualität und Patienteninteressen	105
6.	Arbeitsbedingungen in den Kliniken	105
7.	Implementierung von Führungsqualitäten in Kliniken	105
	Transplantationsmedizin	105
1.	Optimierung der Organspende	105
	Gendiagnostik	106
1.	Gendiagnostikgesetz	106

Arbeitszeit	106
1. Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Bestimmungen	106
2. Evaluierung des Ärztemangels.....	107
3. EU-Arbeitszeitrichtlinie – Geplanter Änderung widersetzen.....	107
4. Beibehaltung arbeitszeitrechtlicher Vorschriften	107
Menschenrechte.....	108
1. Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus.....	108
2. Rücknahme der Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention.....	108
3. Konsequente Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention als wichtige Aufgabe für Ärzteschaft und Gesellschaft.....	109
4. Altersfestlegung bei minderjährigen Jugendlichen.....	110
5. Abschiebehaf und Abschiebung.....	110
6. Die Behinderung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus	111
Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	112
1. Novellierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte	112
2. Angleichung der GOÄ an EBM-Niveau verhindern	113
3. Leichenschau	113
Arzneimittel, Betäubungsmittel.....	114
1. Anzeigepflicht für Arzneimittelherstellung nach dem Arzneimittelgesetz	114
2. Kennzeichnung von Fertigarzneimitteln	114
3. Substitutionsgestützte Versorgung Opiatabhängiger weiterentwickeln.....	114
4. Anpassung der BUB-Richtlinien (MVV-RL) zur Substitution Opiatabhängiger.....	115
5. Angemessene personelle und finanzielle Rahmenbedingungen für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung.....	115
Berufsbezeichnung	115
1. Korrektur der Legaldefinition des Begriffes „Psychotherapeuten“ im SGB V	115
2. Würde der ärztlichen Heilkunst	116
3. Beseitigung von Mobilitätshindernissen für deutsche Notfallmediziner.....	116
Gesundheitspolitik.....	117
1. Gleichberechtigung universitärer und außeruniversitärer Forschungseinrichtungen im Rahmen der Nationalen Gesundheitsforschungsinitiative.....	117
2. Sicherstellung stationärer Versorgung	117
3. Ärztemangel	117
4. Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele	118
5. Finanzierung der nationalen Gesundheitsziele	118
6. Stärkung des ärztlichen Berufsgeheimnisses	118
7. Maßnahmen gegen den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen.....	119
8. Weiterentwicklung des Ulmer Papiers – Teil B	119
Prävention.....	120
1. Weißbuch zur gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung und Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention	120
2. Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der zugeordneten medizinischen Landeseinrichtungen	121

3.	Tabakentwöhnung.....	121
4.	Nikotinentwöhnung als Therapieoption	122
5.	Suchtprävention und -therapie bei Ärztinnen und Ärzten.....	122
6.	Entwicklung einer nationalen Strategie gegen Hepatitis-C	123
	Ärztliche Selbstverwaltung	123
1.	Maßnahmenkatalog zum Bürokratieabbau	123
2.	Erfassung der Tätigkeit von Honorarärzten.....	124
3.	Erfassung von Teilzeit/Vollzeittätigkeit in den Meldedaten der Ärzttekammern	124
4.	Absicherung des Deckungsstockes der Versorgungswerke unter ethischen Gesichtspunkten	125
	Gesundheitsberufe.....	125
1.	Rekrutierung, Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten für die ambulante medizinische Versorgung	125
2.	Kooperation der Gesundheitsberufe rechtssicher weiterentwickeln.....	127
3.	Berufsschulunterricht für Medizinische Fachangestellte durch Ärzte und nicht durch Gesundheitslehrer	127
	Berufshaftpflichtversicherung.....	128
1.	Steigende Berufshaftpflichtbeiträge	128
2.	Beschwerde beim Bundeskartellamt wegen Berufshaftpflichtprämien.....	128
	Ärztetag.....	128
1.	Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages.....	128
2.	Bereitstellung der Anträge des Deutschen Ärztetages für die Delegierten über eine Intranet-/Internetplattform.....	129
3.	Spannungsfeld Arztberuf, Arztfamilie, Arztgesundheit als Tagesordnungspunkt.....	130
4.	Ärztetagsbeschilderung.....	130
	Sonstiges	130
1.	Bewahrung der Freiberuflichkeit des Arztes unter den Bedingungen neuer Finanzierungskonzepte im Großgerätebereich	130
2.	Europaweite Veröffentlichungspflicht klinischer Studien	130
3.	Unterlassungserklärung der Bundesärztekammer zum Antrag des 113. Deutschen Ärztetages“ Verbot der „Ultimate-Fighting“- Veranstaltungen und ihrer TV-Übertragung“	131
	Zu Punkt VI der Tagesordnung:.....	133
	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 – 30.06.2009).....	133
1.	Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009).....	133
	Zu Punkt VII der Tagesordnung:.....	134
	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 – 30.06.2009).....	134
1.	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009).....	134
	Zu Punkt VIII der Tagesordnung:.....	135
	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011).....	135

1.	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011)	135
2.	Gemeinsame Rechtsabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	135
Zu Punkt IX der Tagesordnung:		136
Wahl des Tagungsortes für den 115. Deutschen Ärztetag 2012		136
1.	Austragungsort des 115. Deutschen Ärztetages	136

Zu Punkt I der Tagesordnung:

GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND ÄRZTLICHE BERUFSPOLITIK

1. Für eine patientenzentrierte Medizin und eine soziale Gesundheitswirtschaft – Aufgaben für die verbleibende Legislaturperiode

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Velken (Drucksache I - 01a), des Antrags von Herrn Dr. Marx (Drucksache I - 01d), des Antrags von Herrn Dr. habil. Schang (Drucksache I - 01k), des Antrags von Herrn Bakker (Drucksache I - 01e), des Antrags von Herrn Dr. Peters (Drucksache I - 01c), des Antrags von Herrn Wagenknecht (Drucksache I - 01f), des Antrags von Herrn Dr. habil. Schang (Drucksache I - 01o), des Antrags von Herrn Dr. Bolten, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Pollok (Drucksache I - 01h) sowie des Antrags von Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Pollok, Herrn Dr. Bolten, Herrn Dr. Emminger und Herrn Prof. Dr. Griebenow (Drucksache I - 01i) fasst der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag begrüÙt, dass sich die neue Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26.10.2009 zu einer individuellen, an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichteten Gesundheitsversorgung, zur Stärkung des freien Arztberufs und des Selbstverwaltungsprinzips sowie zur Erhaltung eines pluralistisch geprägten, solidarisch finanzierten, gegliederten Krankenversicherungssystems bekannt hat.

Als dringendste konkrete Aufgaben müssen in der verbleibenden Legislaturperiode folgende Herausforderungen in Angriff genommen werden:

- Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen
- Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit
- Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung
- Stärkung der Patientensouveränität und Eigenverantwortung der Versicherten
- Demographiefeste Sanierung der GKV-Finanzierung

Zu den Aufgabenstellungen im Einzelnen:

Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen

Der Deutsche Ärztetag wiederholt seine Einschätzung von 2009, dass es konzertierter Aktionen der Selbstverwaltungspartner und Planungsbehörden auf Landesebene gemeinsam mit den Landesärztekammern und den Kommunen bedarf, um den Versorgungsengpässen in der Fläche wirksam entgegenzutreten. Dabei sind insbesondere Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu treffen.

Die bereits jetzt schon bestehende Unterversorgung in ländlichen Regionen und städtischen sozialen Brennpunkten betrifft insbesondere ältere, chronisch und mehrfach erkrankte Patienten und wird sich in den kommenden Jahren dramatisch verschärfen, wenn nicht eine bessere Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern sowie ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert wird. Darüber hinaus ist es in ländlichen Regionen erforderlich, den Aktionsradius der niedergelassenen Ärzte zu vergrößern. Hierzu bietet sich die

Förderung von ärztlichen Kooperationsgemeinschaften, Zweigpraxen u. a. an, wie sie durch die Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen grundsätzlich ermöglicht wurde, sowie eine Arztlastung bzw. Verstärkung des ärztlichen Teams um qualifizierte Praxisassistenten, die nach dem Vorbild der entsprechend fortgebildeten Medizinischen Fachangestellten delegationsfähige Leistungen in der häuslichen Umgebung des Patienten auch ohne Anwesenheit des Arztes erbringen können.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die in einigen Bundesländern nunmehr initiierten Kooperationen und Förderprogramme, die jedoch um allgemeine Maßnahmen ergänzt werden müssen.

Eine etwaige Übernahme des Sicherstellungsauftrags für die ambulante Versorgung durch die Landesministerien, wie im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz andiskutiert, wird vom Deutschen Ärztetag abgelehnt. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung soll grundsätzlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den für die stationäre Versorgung zuständigen Ländern verbleiben.

Bei der überfälligen Weiterentwicklung sowohl der Krankenhaus- als auch der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung muss zukünftig jedoch eine transsektorale, populationsbezogene Betrachtungsweise eingenommen werden. Der Deutsche Ärztetag unterstützt den Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zwecks besserer Koordination der Versorgungsplanung Regionalverbände, bestehend aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesministerien, der Landeskrankengesellschaft und der Landesärztekammern, unter Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Patientenvertreter zu gründen. Im Rahmen der Regionalverbände übernehmen die Landesärztekammern aufgrund ihrer sektorenübergreifenden Zuständigkeit für die Qualitätssicherung und die ärztliche Weiterbildung eine unverzichtbare Scharnierfunktion. Die Regionalverbände brauchen nicht flächendeckend implementiert zu werden, sondern sollten sich auf Regionen mit Handlungsbedarf begrenzen.

Eine populationsbezogene Koordination der Versorgungsplanung setzt eine sektorenübergreifende, morbiditätsorientierte Bedarfsanalyse voraus. Im Hinblick auf die Entwicklung des hierzu erforderlichen Instrumentariums sind Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesärztekammer bereits in Vorleistung gegangen. Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die Bundesärztekammer darüber hinausgehend die Initiative zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätsreportings ergriffen hat, da die in eine ähnliche Richtung zielenden Überlegungen des für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung zuständigen Instituts nach § 137a SGB V wahrscheinlich noch längere Zeit bis zur Umsetzung benötigen werden.

Um die allgemein wünschenswerte Entwicklung einer evidenzbasierten Versorgungssteuerung speziell im Interesse der Aufrechterhaltung der wohnortnahen Versorgung in ländlichen Regionen zu beschleunigen, muss die Nutzung von sogenannten Routinedaten (in der Regel Abrechnungsdaten) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen auch für die fachlich unabhängige Qualitätssicherung durch die Ärztekammern und für die Versorgungsforschung ermöglicht werden.

Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit

Der Ärztemangel ist nicht nur in ländlichen Regionen, sondern allgemein zu beobachten. Zurzeit kann bereits jedes vierte Krankenhaus seine Arztstellen nicht

vollständig besetzen. Trotz absolut steigender Arztlizenzen nimmt die Attraktivität der kurativen ärztlichen Tätigkeit in Deutschland seit Jahren kontinuierlich ab.

Die Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit muss bereits im Medizinstudium einsetzen. Ein frühzeitigeres Heranführen der Medizinstudierenden an den Versorgungsalltag ist eine erfolgsversprechendere Maßnahme gegen den Ärztemangel in Klinik und Praxis als die etwaige Abschaffung des Numerus Clausus oder die Einführung einer „Landarztquote“.

Die medizinischen Fakultäten sind dazu aufgefordert, im Rahmen der ihnen bei der Umsetzung der Approbationsordnung zur Verfügung stehenden Gestaltungsspielräume die Medizinstudierenden intensiver auf die Berufsrealität, insbesondere der hausärztlichen Tätigkeit, in der Patientenversorgung vorzubereiten, u. a. durch frühzeitige Patientenkontakte, Schulung von Kommunikations- und Teamfähigkeit sowie Förderung einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Patienten und von interdisziplinärem Denken. Interdisziplinarität ist in Anbetracht der Zunahme von multimorbiden Patienten und von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, wie z. B. chronischen Schmerzpatienten, sowie angesichts des speziellen Bedarfs z. B. an Palliativmedizin oder gerontopsychiatrischer Versorgung im ärztlichen Berufsalltag unverzichtbar geworden. Dabei sind Patienten mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung besonders zu berücksichtigen. Der wissenschaftliche Anspruch an das Medizinstudium sowie die gestiegenen Anforderungen an ein komplexes Krankheitsverständnis und multimodale Therapiekonzepte sind mit einer etwaigen Umwandlung des sechsjährigen Medizinstudiums in Bachelor-Master-Studiengänge nicht vereinbar.

Durch die systematische Evaluation der Weiterbildung und die Koordination von Verbundweiterbildung tragen die Ärztekammern maßgeblich zur Qualität der Weiterbildung und Anbindung der nachwachsenden Haus- und Fachärztergeneration an das deutsche Gesundheitswesen bei. Die Landeärztekammern sind deshalb zwingend an Koordinierungsstellen, z. B. für die Förderung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin, zu beteiligen.

Die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist überfällig und muss zwingend im Anschluss an die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Angriff genommen werden. Als amtliche Gebührentaxe gibt die GOÄ die maßgeblichen Orientierungswerte für eine angemessene Honorierung ärztlicher Leistungen auch außerhalb des PKV-Systems vor. Die Bundesärztekammer hat hierzu einen Vorschlag für eine umfassende Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums sowie für eine empirisch abgestützte Bewertungsfindung entwickelt. Darüber hinausgehend hat die Bundesärztekammer einen Gesetzgebungsvorschlag zur Modifikation der derzeitigen MVZ-Regelung eingebracht, der auf eine Gewährleistung der ärztlichen Unabhängigkeit und Stärkung freiberuflicher Strukturen in der medizinischen Versorgung abzielt.

Das vertragsärztliche Vergütungssystem ist so weiter zu entwickeln, dass den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten endlich ein Ausstieg aus dem Hamsterrad der Fließbandmedizin möglich wird. Das Delta zwischen wirtschaftlich erforderlichem Kalkulationspunktwert undzeitigem Orientierungspunktwert muss geschlossen werden. Wesentliches Element einer Honorarordnung muss eine leistungsgerechte Honorierung sein.

Sämtliche Studien zur Ursachenanalyse des Ärztemangels im deutschen Gesundheitswesen zeigen außerdem, dass die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in Klinik und Praxis nicht nur vom Einkommen abhängt, sondern in noch viel

größerem Maße vom Sinngehalt der Arbeit, den inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten sowie von Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung, Kollegialität und Führungskultur bestimmt wird. Der Deutsche Ärztetag unterstützt die Forderungen der in Krankenhäusern (und ähnlichen Einrichtungen) tätigen Ärztinnen und Ärzte auf Verbesserung der Vergütungssysteme und Arbeitsbedingungen. Er fordert die Krankenhausträger und ihre Vertreter auf, dies konstruktiv umzusetzen. Dies gilt auch für andere patientennahe Berufsgruppen im Krankenhaus. Dies stellt eine Investition in die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser dar. Die weiterhin eklatanten Finanzierungslücken im stationären Sektor gefährden die Patientenversorgung. Der Deutsche Ärztetag fordert daher, die Krankenhausfinanzierung umgehend auf eine solide und zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Ziel hierbei muss eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Patientenversorgung sein. Bei der Kalkulation der Basisfallwerte ist die Refinanzierung der tatsächlichen Krankenhausleistungen unabdingbar. Gleichzeitig muss die Investitionskraft der Krankenhäuser wesentlich gestärkt werden.

Mit der Novellierung der ärztlichen Berufsordnung im Jahr 2004 sowie mit der anschließenden Änderung des Vertragsarztrechts wurden Möglichkeiten zur Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen geschaffen, die den gestiegenen Bedürfnissen der neuen Ärztegeneration nach einem ausgewogeneren Verhältnis zwischen Arbeit, Familie und Freizeit entgegenkommen.

Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung

Die vom Bundesministerium für Gesundheit angekündigte Neuregulierung des Arzneimittelmarktes stellt einen Schritt in die richtige Richtung dar. Auch in Zukunft sollen alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Um dies bezahlbar zu machen, soll nach den Überlegungen des Bundesministeriums am Konzept der Nutzenbewertung von Innovationen grundsätzlich festgehalten werden. Zur Markteinführung sollen die pharmazeutischen Unternehmen ergänzend zu den zur Zulassung eingereichten Unterlagen ein Dossier zu Nutzen und Kosten einreichen, das zukünftig die Grundlage für eine anschließende Frühbewertung, beauftragt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, bilden soll. Dieses Dossier muss alle durchgeführten Studien enthalten. Die pharmazeutischen Unternehmen müssen diese Vollständigkeit bestätigen. Für Arzneimittel mit Zusatznutzen sollen Rabattverhandlungen zwischen dem pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband vorgeschrieben werden. Kosten-Nutzen-Bewertungen sollen fakultativ durchgeführt werden können, wenn sich bei den Rabattverhandlungen keine Einigung erzielen lässt.

Vor diesem Hintergrund wiederholt der Deutsche Ärztetag seine Grundsatzkritik am Konzept des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, die von zahlreichen nationalen und internationalen Fachexperten geteilt wird. Statt aus einer umfassenden Bewertungsperspektive werden die Kosten lediglich aus Sicht der Krankenkassen bewertet. Die von einer Kosten-Nutzen-Bewertung Betroffenen werden nicht angemessen beteiligt. Die methodischen Schwächen des Effizienzgrenzenmodells programmieren fast beliebige Bewertungsergebnisse vor. Es muss sichergestellt werden, dass Frühbewertungen von Arzneimittelinnovationen durch eine fachlich unabhängige Institution erfolgen, die die von der pharmazeutischen Industrie einzureichenden Dossiers mit der gebotenen fachlichen Kompetenz und kritischen Sorgfalt prüft.

An den geplanten obligatorischen Rabattverhandlungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband ist problematisch, dass diese zu einer noch stärkeren Quersubventionierung der Arzneimittelversorgung im GKV-System durch die private Krankenversicherung mit

der Negativfolge steigender Beitragssätze für die Privatversicherten führen dürfte. Der Deutsche Ärztetag regt an, im Hinblick auf die Finanzierung von Arzneimittelinnovationen auch Alternativen zu entwickeln, die nicht nur von den gesetzlichen, sondern auch von den privaten Krankenversicherungen mit den pharmazeutischen Unternehmen vertraglich vereinbart werden können.

Die Ärzteschaft trägt Mitverantwortung, aber nicht die alleinige Verantwortung für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung. Die Verwerfungen des Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetzes, insbesondere die stark belastende ständige Regressbedrohung, müssen überwunden werden. Der Deutsche Ärztetag unterstützt die Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für eine Neugliederung der Arzneimittelversorgung in ein ärztliches Versorgungsmanagement, das durch eine leitliniengerechte Wirkstoffverordnung und Medikationsplanung gekennzeichnet ist, und ein Kostenmanagement, das der pharmazeutischen Industrie und den Apothekern zuzuordnen ist. Auf diese Weise tragen Vertragsärzte, Apotheker und pharmazeutische Industrie gemeinsam zu einer rationalen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung bei.

Stärkung der Patientensouveränität und Eigenverantwortung der Versicherten

Das Bekenntnis der Regierungskoalition zur Erhaltung der freien Arzt- und Krankenhauswahl als Basis des notwendigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient und zur Gewährleistung der ärztlichen Therapiefreiheit im Interesse einer individuellen Patientenversorgung sind die richtigen Signale zur richtigen Zeit. Zu den Patientenrechten muss auch der für das deutsche Gesundheitswesen etablierte Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Facharztstandard in der medizinischen Versorgung gezählt werden.

Um eine von Marktinteressen unabhängige Patientenberatung zu fördern, hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Instrumente zur Qualitätssicherung von Patienteninformationen, Arztbewertungsportalen und ähnlichem entwickelt, die auch bei der Errichtung einer unabhängigen Patientenberatung durch den Patientenschutzbeauftragten oder z. B. bei dem Angebot von Arztbewertungsportalen durch Krankenkassen Berücksichtigung finden sollten.

Unter den Rahmenbedingungen der Mittelknappheit wird es darüber hinaus erforderlich sein, die Eigenverantwortung der Versicherten für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern und Anreize für eine gezieltere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu schaffen, als dies bisher durch die Praxisgebühr gelungen ist. Der Deutsche Ärztetag spricht sich für eine stärkere Erprobung von sozialverträglichen Selbstbehalttarifen sowie Wahlтарifen für zusätzliche Versorgungsangebote für GKV-Versicherte auf Basis einer Kostenerstattung aus. Kostenerstattung ermöglicht mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen als Voraussetzung für eine von den Versicherten selbst gewählte Individualisierung der Versorgung und fördert das Kostenbewusstsein.

Demographiefeste Sanierung der GKV-Finanzierung

Das Gesundheitswesen ist einer der letzten verbliebenen großen Wachstums- und vor allen Dingen Arbeitsmärkte. Die Hoffnungen der Gesundheitswirtschaft stehen dabei allerdings in merkwürdigem Kontrast zu der Mangelverwaltung im GKV-System und werden von Investoren insbesondere auf die Wachstumspotentiale des sogenannten zweiten Gesundheitsmarktes projiziert. Demgegenüber sehen die Ärztinnen und Ärzte ihre originäre, berufsentscheidende Aufgabe in der medizinisch

notwendigen Versorgung der Patienten und nicht im Angebot von Wellness- oder Beauty-Leistungen o. ä.

Der Deutsche Ärztetag stellt mit Nachdruck klar, dass ein stabiler erster Gesundheitsmarkt, der die medizinisch notwendige Versorgung der GKV- und PKV-Versicherten abdeckt, die wichtigste Voraussetzung für ein sozial ausgewogenes Gesundheitswesen und der entscheidende Motor für die Innovations- und Wirtschaftskraft des Gesundheitssektors ist.

Damit der erste Gesundheitsmarkt seine Wirtschaftskraft und sein Potential für den Arbeitsmarkt entfalten kann, ist er auf eine solide Finanzierung angewiesen. Mit Strukturreformen allein kann der Finanzbedarf nur in sehr begrenztem Umfang geregelt werden. Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die Bundesregierung eine Regierungskommission zur Entwicklung eines demographiefesten, sozialverträglichen Finanzierungsmodells gegründet hat. Der Deutsche Ärztetag verweist auf seine Eckpunkte zur strukturellen Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung im Ulmer Papier von 2008 – auch unter dem Aspekt einer weiteren Diskussion über die Priorisierung. Hierzu zählen u. a. eine schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren und eine stufenweise Einführung von Kapitaldeckung und Bildung von Altersrückstellungen.

2. *Wiederherstellung ärztlicher Unabhängigkeit*

Auf Antrag von Herrn Grauduszus, Herrn Dietrich und Frau Bartels (Drucksache I - 07) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, allen Bestrebungen einer Demontage und Deprofessionalisierung des Arztberufes entgegenzutreten. Wir Ärzte fordern die Unabhängigkeit ärztlicher Tätigkeit; dies beinhaltet wirtschaftliche Unabhängigkeit und Weisungsunabhängigkeit von Kostenträgern, Geschäftsführungen und Politik. Freiberufliche Ärzte sind nach dem hippokratischen Eid ausschließlich ihren Patienten verpflichtet.

3. *Medizinische Versorgungszentren in ärztliche Hand*

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache I - 08) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vereinbarte Regelung, wonach die Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an die Voraussetzungen zu knüpfen ist, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird, zeitnah umzusetzen.

4. *Keine Selektivverträge im Krankenhaus*

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache I - 09) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Angesichts der anhaltenden Forderungen insbesondere von Krankenkassenverbänden zur Einführung selektiver Vertragsstrukturen auch im stationären Bereich nimmt der 113. Deutsche Ärztetag eine ablehnende Haltung zu derartigen Verträgen ein.

Selektive Verträge stellen kein geeignetes Instrument zur dauerhaften Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen stationären Versorgung dar.

Vielmehr höhlen sie die Krankenhausplanung aus, schränken die Patientensouveränität ein und führen zu einem Rabattwettbewerb, der die Qualität verschlechtert und zu unerwünschten Brüchen im Versorgungsspektrum sowie der ärztlichen Aus- und Weiterbildung führen wird.

5. (Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung als grundsätzliche Honorierungsform

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lutz (Drucksache I - 04) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die zunehmende Pauschalierung bei der Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen zu stoppen. Stattdessen sind die gesetzlichen Voraussetzungen für eine (Wieder-)Einführung einer an der individuellen Leistung des Vertragsarztes ausgerichteten Einzelleistungsvergütung als grundsätzlicher Honorierungsform zu schaffen.

6. Änderung von § 87 Abs. 2e und § 105 SGB V

Auf Antrag von Herrn Dr. Windau (Drucksache I - 11) fasst der 113. Deutsche Ärztetag in zweiter Lesung folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, § 87 Abs. 2e SGB V sowie § 105 SGB V wie folgt zu ändern:

Die Differenzierung bundeseinheitlicher Punktwerte als Orientierungspunktwerte in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Regelfall, bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird aufgehoben.

Die bis zum 31.12.2009 dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen durch § 105 SGB V eingeräumte Zuständigkeit, über die Gewährung von Sicherstellungsmaßnahmen zu entscheiden, wird wieder in Kraft gesetzt. Die Finanzierung dieser Maßnahmen soll – wie bis zum Jahre 2007 – wieder paritätisch von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung erfolgen.

Die vorgesehene Differenzierung der Orientierungspunktwerte nach Regel-, Über- und Unter- bzw. drohende Unterversorgung ist nicht geeignet, eine sinnvolle und praktikable Steuerung des Niederlassungsverhaltens der Vertragsärzte hin zu unterversorgten Planungsbereichen zu bewirken. Während ein Großteil der Vertragsärzte ab dem Jahr 2011 mit entsprechenden Vergütungsabschlägen rechnen muss, kommt nur eine verschwindende Minderheit der Vertragsärzte in den Genuss der betreffenden Zuschläge. Die auftretenden Finanzierungsdifferenzen fließen an die Krankenkassen zurück. Auf diese Art und Weise werden der gesamten vertragsärztlichen Versorgung Finanzmittel entzogen, ohne dass sich die Versorgungslage in unterversorgten Planungsbereichen wesentlich ändert. Die Erwartung, dass schon seit Jahren niedergelassene Ärzte – zu deren Niederlassungszeitpunkt u. U. auch noch gar keine Zulassungsbeschränkungen bestanden – wegen eines Vergütungsabschlages die Praxis in einen anderen (normalen oder wie eigentlich beabsichtigt unterversorgten) Planungsbereich verlegen, geht vollkommen an der Realität vorbei. Allein die Tatsache, dass

gesetzliche Regelungen möglich sind, die rückwirkend die Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Planungsentscheidungen niedergelassener Ärzte erschüttern, fördert in keiner Weise das Vertrauen der Ärzte, in einer Tätigkeit in freier Praxis ihre Zukunft zu sehen.

Aus diesem Grund soll die Regelung deutlich modifiziert und die ehemalige Regelung zur paritätischen Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen aufgrund von Beschlüssen der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, welche ihre Funktionsfähigkeit in der Vergangenheit bewiesen hat, wieder in Kraft treten. Nach ausreichender Vorbereitung sind sicher für die Zukunft auch konkrete gesetzliche Regelungen möglich, mit der Zielstellung, für die Ärzte Vergütungsabschläge vorzusehen, die trotz deutlicher Überversorgung im Planungsbereich eine Praxis übernehmen wollen. Hier ist es aber zwingend, die lokalen Gegebenheiten zu berücksichtigen, wozu eine Mitverantwortung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorzusehen ist.

7. Punktwertabsenkung bei Überversorgung ist kein Mittel zur Behebung des Ärztemangels in unterversorgten Gebieten

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache I - 02) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Regelung des § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 3 SGB V, wonach der Orientierungs(punkt)wert in überversorgten Gebieten ab dem 01.01.2011 so abzusenken ist, dass eine „steuernde Wirkung“ auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entsteht, zu streichen. Vielmehr ist die Attraktivität einer Niederlassung in unterversorgten Gebieten durch intelligente Maßnahmen, die unter Einbeziehung aller Betroffenen im breiten Konsens zu treffen sind, zu erhöhen. Dabei dürfen zusätzliche finanzielle Anreize nicht im Voraus ausgeschlossen werden.

8. Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten

Auf Antrag von Frau Dr. Pfaffinger und Herrn Dr. Scholze (Drucksache I - 03) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die sofortige Abschaffung der Vergütungsabschläge in sogenannten „überversorgten Gebieten“ gem. § 87 Abs. 2e SGB V. Stattdessen werden alle Maßnahmen begrüÙt, die zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten führen.

Zur Prüfung der realen Versorgungssituation werden differenziertere, kleinräumigere Analysemethoden befürwortet, die – anders als die derzeitige Bedarfsplanung – den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung berücksichtigen. Auf diese Weise festgestellte Versorgungslücken müssen durch eine aktive konzertierte Niederlassungspolitik beseitigt werden.

Die Landesregierungen, kommunalen Gebietskörperschaften und Krankenkassen werden aufgefordert, sich an abgestimmten Fördermaßnahmen für die Niederlassung von Ärzten in Gebieten mit tatsächlichem Versorgungsbedarf zu beteiligen.

9. Sektorübergreifende Qualitätssicherung

Auf Antrag von Herrn Dr. Zimmermann (Drucksache I - 12) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, in den Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die Ärztekammern zu stimmberechtigten Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaften zu machen und sie auch in den Lenkungsgremien mit Stimmrecht auszustatten. Eine Vertretung der ärztlichen Fachexpertise im stationären Sektor alleine durch die Landeskrankenhausgesellschaften trägt der ärztlichen Arbeit in den Krankenhäusern in keinster Weise Rechnung und fördert lediglich die Dominanz der Ökonomie über die ärztliche Tätigkeit.

10. Kooperation zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern

Der Entschließungsantrag von Herrn Mälzer (Drucksache I - 13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die im SGB V festgelegte Benachteiligung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei der Möglichkeit, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen, zu beseitigen.

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, gleiche Wettbewerbsbedingungen und Chancengleichheit in der Vertragsgestaltung für diejenigen herzustellen, die der Patientenversorgung am nächsten sind. Verträge zur Integrierten Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen auch ohne Beteiligung der Kassen möglich sein.

Sinnvolle Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, die eigentlich vom Gesetzgeber auch gewünscht sind, werden durch die derzeitige Rechtslage verhindert. Dies steht den Interessen der Patienten an einer sinnvollen Verzahnung der Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung entgegen.

Zu Punkt II der Tagesordnung: **VERSORGUNGSFORSCHUNG**

1. *Konsolidierung des Erfolgs der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Ausgehend vom Erfordernis, die Vielfalt des Versorgungsgeschehens im Gesundheitswesen kontinuierlich zu analysieren und rational zu steuern, bekräftigt der Deutsche Ärztetag die Notwendigkeit der Versorgungsforschung (vgl. Beschlüsse des 108. Deutschen Ärztetages 2005, Drucksache III-01).

Die Ärzteschaft sieht sich vor dem Hintergrund der forschungspolitischen Absicht der neuen Bundesregierung, nach der dieser Forschungszweig einer besonderen Unterstützung bedarf, bestätigt, die Versorgungsforschung nachhaltig zu fördern.

Das lebhafteste Interesse weiterer Teile der wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit an den Ausschreibungen und Ergebnissen der Förderinitiative der Bundesärztekammer und an den durchgeführten Symposien zu ausgewählten Themen belegen den erheblichen Bedarf und die Erwartungen sowohl von wissenschaftlicher Seite als auch gerade seitens der Ärzteschaft an tragfähigen und sachlichen Analysen und praktischen Konsequenzen zu kritischen Fragen des Versorgungsgeschehens.

Der Deutsche Ärztetag erachtet insbesondere die Bearbeitung wichtiger Themenfelder, wie z. B. ärztliche Arbeitszufriedenheit oder Bedarfsplanung, mittels Fachsymposien, die die Basis für die Reporte zur Versorgungsforschung bilden, und mittels Expertisen (Typ-III-Projekte) als beispielhaft für eine zeitnahe, überschaubare und die betroffene Fachöffentlichkeit auch erreichende Arbeitsweise.

Die Vielzahl der bereits abgeschlossenen Vorhaben ist gut nachvollziehbar in den Publikationen und Abschlussberichten sowie in den Kurzübersichten, letztere in Form sogenannter „Visitenkarten“, dokumentiert (vgl. www.baek.de/versorgungsforschung). Diese Veröffentlichungen spiegeln die Aspektvielfalt der zahlreichen Projekte wider, die sowohl Fragen der Verbesserung des Versorgungsgeschehens für die verschiedenen Institutionen und Steuerungsebenen aufzeigen, nicht zuletzt aber auch der Ärzteschaft rationale Antworten auf versorgungsrelevante Fragen ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund hält der Deutsche Ärztetag eine Fortsetzung der Bemühungen um eigene Beiträge zur Versorgungsforschung für erforderlich und befürwortet eine im Lichte der bisherigen Erfahrungen angepasste Fortsetzung der Förderinitiative.

Maßgebliche Eckpunkte sind:

- Die Aktivitäten der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung sollten ohne Einbuße an Wissenschaftlichkeit fortgesetzt werden.

- Forschungsfragen sollten besonders im Hinblick auf ärztlich relevante Versorgungsaspekte schärfer konturiert und konzipiert werden (rationale, kritische Themenauswahl).
- Eine Folgeprogrammatik sollte – auch angesichts der beginnenden breiteren institutionellen Förderung durch die Bundesregierung – finanziell an die Möglichkeiten der Bundesärztekammer angepasst und damit enger als bisher ausgestaltet sein.

Unter Vorgabe dieses Rahmens bittet der Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer, für den nächsten Deutschen Ärztetag eine Konzeption zur Fortentwicklung der Förderinitiative einschließlich eines Finanzierungsrahmens zu erstellen.

2. Beobachtung der Auswirkung neuer Versorgungsformen in der zukünftigen Versorgungsforschung

Der Beschlussantrag von Herrn Wagenknecht (Drucksache II - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Konzepten zukünftiger Versorgungsforschung in Deutschland sollen die Auswirkungen neuer Versorgungsformen der ambulanten und stationären Behandlung engmaschig, zeitnah und unabhängig beobachtet werden. Dazu sind insbesondere Projekte auszuwählen, die die Behandlungsergebnisse der Versorgung nach § 116 SGB V, die Veränderungen der ambulanten fachärztlichen Versorgung als Konsequenz daraus und die Auswirkungen von hausarztzentrierter Versorgung begutachten.

Begründung:

Um einem Versorgungsnotstand angesichts Demographie, Ärztemangel und technischen Fortschritt begegnen zu können, ist es unumgänglich, rechtzeitig Maßnahmen zu ergreifen, die die übermäßige Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen begrenzen. Die Versorgungsforschung soll aufzeigen helfen, ob die laufenden neu eingeführten Versorgungsformen einen Einfluss hierauf haben können.

3. Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen stärker für Versorgungsforschung nutzen

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache II - 02) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Grundlagen dafür zu schaffen, dass alle von den Krankenkassen erhobenen Leistungs- und Abrechnungsdaten der Versorgungsforschung zugänglich gemacht werden. Dazu ist § 303e SGB V dahingehend zu ändern, dass die Möglichkeit der Stichprobenerhebung gem. § 303 Abs. 1 SGB V zugunsten einer generellen Vollerhebung der Daten gestrichen wird.

Die von der Versorgungsforschung gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für eine zielgerichtete, am tatsächlichen Bedarf orientierte Versorgung. Dazu bedarf es einer verstärkten wissenschaftlichen Nutzung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. Je höher der Grad der Vollständigkeit, umso aussagefähiger die Datengrundlage.

Gem. § 303f SGB V können die bei der Datenaufbereitungsstelle nach § 303d SGB V gespeicherten Daten u. a. von Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung verarbeitet und genutzt werden.

Aktuell besteht jedoch gem. § 303e Abs. 1 SGB V die Möglichkeit, die durch die Krankenkassen zu übermittelnden Daten auf Stichproben zu beschränken. Um die Datengrundlage für die Versorgungsforschung zu verbreitern und daraus aussagefähigere Forschungsergebnisse zu erzielen, bedarf es einer umfassenden Datenbasis.

4. Finanzierung von Leitlinien

Auf Antrag von Herrn Dr. Oberschelp (Drucksache II - 05) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die erforderlichen Leitlinien der Fachgesellschaften finanziell zu fördern.

5. Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf wissenschaftliche Ergebnisse und Publikationen

Auf Antrag von Herrn Dr. Joas, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Krombholz, Herrn Dr. Kofler und Herrn Dr. Fresenius (Drucksache II - 06) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Aufgrund der Ergebnisse der Expertisen zum Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien, vorgelegt von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Prof. Dr. Wolf Ludwig, Prof. Dr. Klaus Lieb) am 01.12.2008, fordert der 113. Deutsche Ärztetag eine Arzneimittelforschung, die sich schrittweise befreit von den Einflüssen der pharmazeutischen Industrie. Dazu müssen die Forschungsmittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) entsprechend aufgestockt werden.

Der 110. Deutsche Ärztetag hat 2007 eine Expertise in Auftrag gegeben, die den „Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien“ untersuchen sollte. Am 01.12.2008 hat die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Vorsitzender: Prof. Dr. Ludwig) das Ergebnis dieser 38-seitigen Studie vorgelegt und auf dem Deutschen Ärztetag 2009 in Mainz vorgestellt.

Im Fazit (Seite 23) kommt die Expertise zum Ergebnis: „Publizierte Arzneimittelstudien, die von pharmazeutischen Unternehmen finanziert werden oder bei denen ein Autor einen finanziellen Interessenskonflikt hat, haben häufiger ein für das pharmazeutische Unternehmen günstiges Ergebnis als aus anderen Quellen finanzierte Studien.“ Die Studienergebnisse von Prof. Ludwig und Prof. Lieb wurden im Deutschen Ärzteblatt Nr. 16 und 17 am 23. und 30.04.2010 publiziert und haben entsprechende Medienresonanz erfahren.

Nachdem diese Studienergebnisse die Basis für die Leitlinienerstellung der ärztlichen Therapie darstellen und zugleich maßgebend sind für die Arzneimittelzulassung, ist eine Förderung unabhängiger Studien unumgänglich.

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

1. Umsetzung der überarbeiteten (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in den Landesärztekammern

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01), beschließt der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit die überarbeitete (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 gemäß Anlage (abrufbar: www.bundesaerztekammer.de/113.DAET/Vorstandsanaeaege/MWBO) unter Berücksichtigung folgender Änderungsanträge und bittet die Landesärztekammern, diese bundeseinheitlich und zeitnah in den Kammerbereichen umzusetzen:

Keine Einschränkungen der Weiterbildung durch Festlegung auf ganztägige Tätigkeit

von Frau PD Dr. Borelli, Frau Dr. Dierkes und Herrn Dr. Gerheuser (Drucksache III - 01-003)

Der 113. Deutsche Ärztetag beschließt eine Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO):

§ 5 Abs. 3 (bisheriger Vorschlag):

„Der befugte Arzt ist verpflichtet die Weiterbildung persönlich zu leiten und grundsätzlich ganztägig durchzuführen sowie zeitlich und inhaltlich ... Dies gilt auch, wenn die Befugnis mehreren Ärzten an einer oder mehreren Weiterbildungsstätten erteilt wird. Ist ein befugter Arzt an mehr als einer Weiterbildungsstätte tätig, ist eine gemeinsame Befugnis mit einem weiteren befugten Arzt an jeder Weiterbildungsstätte erforderlich.“

Ergänzung nach Satz 1 um:

„Eine Aufteilung auf mehrere teilzeitbeschäftigte Weiterbildungsbefugte ist jedoch möglich, wenn durch komplementäre Arbeitszeiten eine ganztägige Weiterbildung gewährleistet ist.“

Der aktuelle Vorschlag zur Änderung der MBWO würde dazu führen, dass die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis an Personen in Teilzeittätigkeit nicht möglich ist. Wenn jedoch eine Aufteilung auf Personen an verschiedenen Kliniken (und somit faktischer Teilzeittätigkeit in einer Klinik) möglich ist, so muss auch eine direkte Teilzeittätigkeit bei Gewährleistung einer ganztägigen Anwesenheit eines der Weiterbildungsbefugten möglich sein. Bei zunehmender Flexibilisierung der Arbeitszeiten werden sonst Weiterbildungsmöglichkeiten unnötig eingeschränkt.

Verpflichtende Teilnahme an der Evaluation der ärztlichen Weiterbildung

von Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Dr. Ungemach und Frau Dr. Gitter (Drucksache III - 01-004)

§ 5 „Befugnis“ der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) soll um einen Absatz (6) ergänzt werden, der lautet:

„(6) Der von der Ärztekammer zur Weiterbildung befugte Arzt ist verpflichtet, an Evaluationen und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammer zur ärztlichen Weiterbildung teilzunehmen.“

Weiterbildungszeit Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin

von Herrn Dr. Dipl.-Chem. Nowak (Drucksache III - 01-007)

Weiterbildungszeit:

6 Monate Weiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten für Flugmedizin gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2

180 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Flugmedizin

Ergänzen:

„Abweichend davon wird anstelle der 6-monatigen Weiterbildung in Flugmedizin ein über einen Zeitraum von einem Jahr regelmäßig absolviertes, alle zwei Wochen stattfindendes kollegiales Gespräch unter der Verantwortung des Leiters eines vom Luftfahrt-Bundesamt anerkannten flugmedizinischen Zentrums als abweichende, aber gleichwertige Weiterbildung anerkannt.“

Begründung:

Nach den Bestimmungen von JAR-FCL 3 und der deutschen Luftverkehrs-Zulassungs-Ordnung (LuftVZO) müssen anerkannte flugmedizinische Sachverständige (AME) für die Untersuchung von Piloten der Tauglichkeitsklasse 1 die Zusatzbezeichnung Flugmedizin besitzen. Schon jetzt zeichnet es sich ab, dass aufgrund kaum vorhandener Weiterbildungsmöglichkeiten in den nächsten Jahren ein erheblicher Mangel an anerkannten flugmedizinischen Sachverständigen auftreten wird. Die fünf flugmedizinischen Zentren (AMC) in der Bundesrepublik Deutschland werden nicht in der Lage sein, die Vielzahl der Untersuchungen, insbesondere von Privatpiloten, abzudecken. Von ehemals 800 fliegerärztlichen Untersuchungsstellen sind zum jetzigen Zeitpunkt nur noch 400 übriggeblieben, bei weiterhin abnehmender Tendenz durch altersbedingte Abgänge.

Um den Bedarf der nächsten Jahre decken zu können und auch zukünftig niedergelassenen und angestellten Kolleginnen und Kollegen die Weiterbildung in Flugmedizin zu ermöglichen, wird um Zustimmung zu dieser Ergänzung gebeten. Davon unberührt bleibt die 180-stündige Kurs-Weiterbildung.

Hinweis: Erst nach Beratung und Beschlussfassung der an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesenen Änderungsanträge steht die überarbeitete (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 zur Verfügung.

Folgende Änderungsanträge zum Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III – 01) werden zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen.

2. Teilzeittätigkeit

Der Änderungsantrag von Frau PD Dr. Borelli, Frau Dr. Dierkes, Herrn Dr. Gerheuser und Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache III - 01-006) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag beschließt eine Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung:

§ 4, Abs. 6, Satz 2:

"Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens 50 % der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt."

Änderung zu: „Dies ist in jedem Fall gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens 50 % der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt.“

Begründung:

Weiterbildung muss bei 50 % der wöchentlichen Arbeitszeit klar anerkannt werden, was bei dem aktuell vorgelegten Änderungsvorschlag nicht der Fall ist. Es muss Planungssicherheit für Kolleginnen und Kollegen in Teilzeittätigkeit geben.

3. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitte B und C: Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Ramm, Herrn Prof. Dr. Carstensen, Herrn Dr. Harb, Herrn Prof. Dr. Izbicki, Herrn Schäfer, Herrn Dr. Sudeck und Herrn Dyk (Drucksache III - 01-010) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Allgemeinen Inhalten der Weiterbildung für die Abschnitte B und C ist anstelle der bisherigen Formulierung „gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns“ folgende Formulierung aufzunehmen:

„Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement“

Begründung:

Die vorgeschlagene Formulierung erscheint weitreichender und terminologisch zeitgemäßer als die alte Formulierung, für deren Beibehaltung sich die Gremien der Bundesärztekammer ausgesprochen hatten.

4. Definition Gebiet Allgemeinmedizin

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Herrmann, Frau Müller-Mette und Herrn Graeser (Drucksache III - 01-012) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Gebietsdefinition soll ersetzt werden durch:

„Das Gebiet Allgemeinmedizin umfasst die lebensbegleitende hausärztliche Behandlung und Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art von Gesundheitsstörung. Dazu gehören die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge von bestehenden oder drohenden Gesundheitsstörungen unter Berücksichtigung

der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen der gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen. Das Gebiet umfasst auch die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen, die Vorsorge, die Gesundheitsberatung und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen sowie die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen.“

Begründung:

Das Gebiet Allgemeinmedizin umfasst nicht nur die hausärztliche Betreuung von Menschen, sondern selbstverständlich auch die Behandlung. Im zweiten Satz des Antrags der Bundesärztekammer ist „im Rahmen einer lebenslangen Betreuung“ zu streichen, da dies eine inhaltliche Wiederholung des bereits im ersten Satz genannten ist. Im dritten Satz wird im letzten Abschnitt die Formulierung der bisherigen Gebietsdefinition genommen, da diese weitreichender ist und der Facharzt für Allgemeinmedizin nicht allein Zusammenführer von Daten des Patienten ist, sondern für seine Patienten die interdisziplinäre Koordination und weitergehende Entscheidungen bewerkstelligt. Mit dieser Definition des Gebietes Allgemeinmedizin wird das Gebiet präziser und deutlicher in der Weiterbildungsordnung beschrieben.

5. Verbesserung der Weiterbildungsmöglichkeiten in der Allgemein Chirurgie

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Dehnst, Herrn Dr. Windhorst, Frau Dr. Gitter, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Schulze, Herrn Dr. Gehle und Herrn Dr. Schröder (Drucksache III - 01-016) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Facharzt für Allgemein Chirurgie bleibt, wie in der Ständigen Konferenz Weiterbildung beschlossen, in der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten. Die traumatologische Kompetenz dieses Facharztes ist zu stärken und an die Anforderungen der Notfall- und Grundversorgung anzupassen.

Begründung:

Von den Fachgesellschaften der Viszeralchirurgen einerseits sowie Orthopäden und Unfallchirurgen andererseits wird eine vollständige Trennung der beiden Facharzt Kompetenzen gefordert. Begründet wird dies damit, dass an nahezu allen Krankenhäusern sowohl ein Facharzt für Unfallchirurgie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie sowie ein Facharzt für Viszeralchirurgie tätig sei. Eine Aufteilung sei dadurch bereits vollzogen, die (Muster-)Weiterbildungsordnung solle den Status Quo nachvollziehen.

Diese Betrachtung ist zu oberflächlich, wie eine genauere Analyse am Beispiel der Daten aus Westfalen-Lippe zeigt. Westfalen-Lippe verfügt sowohl über verdichtete Ballungsregionen mit guter Infrastruktur (wie z. B. das Ruhrgebiet oder die Region um Bielefeld) als auch dünn besiedelte Flächenregionen (wie z. B. das Sauerland, das Westmünsterland oder Ostwestfalen und Lippe) und kann daher als repräsentativ gelten.

1. Das Vorhandensein eines Viszeralchirurgen sowie eines Unfallchirurgen/Unfallchirurgen und Orthopäden genügt nicht, um eine hinreichende Strukturqualität für beide Facharzt Kompetenzen zu gewährleisten. Ungeklärt ist die Frage der Urlaubsvertretung oder der Rufbereitschaft.
2. Mehr als die Hälfte - 55 Prozent! - aller Akutkrankenhäuser in Westfalen-Lippe verfügen nicht über zwei Viszeral- und zwei Unfallchirurgen. Würde man die

Unfallchirurgen mit der höchsten Qualifikation (spezielle unfallchirurgische Operationen) zur Grundlage der Beurteilung machen, wäre dieser Anteil noch deutlich höher. In Ballungsregionen liegt der Anteil der Krankenhäuser, die diese Anforderung nicht erfüllen bei 45 %, in dünn besiedelten Flächenregionen bei 77 %.

3. Mit wenigen Ausnahmen werden die Anwesenheitsdienste im Krankenhaus von Weiterbildungsassistenten/jungen Fachärzten übergreifend sowohl für die Viszeralchirurgie als auch für die Unfallchirurgie durchgeführt.

Diese Zahlen zeigen:

Selbst in Ballungsregionen verfügen über 40 % aller Krankenhäuser (noch) nicht über eine Personalstruktur, die eine vollständige Trennung in Abteilungen für Viszeralchirurgie einerseits und Unfallchirurgie/Orthopädie-Unfallchirurgie andererseits zulassen würden. In dünn besiedelten Regionen verstärkt sich das Problem. Bei einer völligen Trennung der Gebiete Unfallchirurgie/Unfallchirurgie-Orthopädie und Viszeralchirurgie wird sich der Ärztemangel in diesen dünn besiedelten Regionen deutlich verstärken.

Um eine wohnortnahe Erst- und Grundversorgung für traumatologische und viszeralchirurgische Notfälle weiter vorhalten zu können, ist der Facharzt für Allgemein Chirurgie in der (Muster-)Weiterbildungsordnung zu erhalten. Die traumatologische Kompetenz dieses Facharztes ist dabei an die Anforderungen der Notfall- und Grundversorgung anzupassen.

6. Umfang der Weiterbildung in der Allgemein Chirurgie

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Dehnst und Herrn Dr. Gehle (Drucksache III - 01-015) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Weiterbildung zur Facharztkompetenz „Allgemein Chirurgie“ soll im Umfang von 48 Monaten (statt bisher nur 24 Monaten) auch in der „Allgemein Chirurgie“ möglich sein. Eine Weiterbildungszeit von jeweils 12 Monaten in der Viszeralchirurgie und der Orthopädie/Unfallchirurgie soll fakultativ, jedoch nicht mehr obligat sein.

Begründung:

Die aktuell geltende verpflichtende Weiterbildung von 12 Monaten in der Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie erweist sich als Problem für die Weiterbildung zur Facharztkompetenz „Allgemein Chirurgie“. In nur 12 Monaten Viszeralchirurgie oder Orthopädie/Unfallchirurgie sind keine Inhalte vermittelbar, die nicht auch in der „Allgemein Chirurgie“ erlernt werden können. Eine nur fakultative Rotation in Viszeralchirurgie sowie Orthopädie/Unfallchirurgie ermöglicht es, die Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte zu absolvieren und stärkt die Position der Allgemein Chirurgie.

7. Facharzt für Viszeralchirurgie: Umbenennung

Der Änderungsantrag von Herrn Prof. Dr. Izbicki, Herrn Prof. Dr. Carstensen, Herrn Dr. Harb, Herrn Dr. Ramm, Herrn Schäfer, Herrn Dr. Sudeck und Herrn Dyk (Drucksache III - 01-008) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Titel der Facharztkompetenz „Facharzt für Viszeralchirurgie“ wird umbenannt in den „Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie“.

Begründung:

Der „Facharzt für Viszeralchirurgie“ ist um spezielle Inhalte vermindert worden, die Eingang gefunden haben in die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie. Demgegenüber enthält der Facharzt jedoch Anteile aus der Allgemeinchirurgie (z. B. Weichteilchirurgie), die es zur Abgrenzung sinnvoll erscheinen lassen, für die Qualifikation insgesamt die Bezeichnung „Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie“ vorzusehen.

Parallel dazu ist der „Facharzt für Allgemeinchirurgie“ aus EU-rechtlichen Gründen beizubehalten.

8. Keine Umbenennung des Facharztes für Allgemeine Chirurgie

Der Änderungsantrag von Herrn Prof. Dr. Izbicki, Herrn Dr. Ramm und Herrn Dr. Harb (Drucksache III - 01-014) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag möge beschließen, auf die Umbenennung des „Facharztes für Allgemeine Chirurgie“ in den „Facharzt für Allgemeinchirurgie“ zu verzichten.

Begründung:

Im Fall der Umbenennung des „Facharztes für Viszeralchirurgie“ in den „Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie“ ist dies zur terminologischen Abgrenzung erforderlich. Gemäß Vorschlag der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) wird ab 2012 im EU-Raum der „Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie“ korrespondierend als „General and Visceral Surgeon“ bezeichnet werden.

9. Erhöhung der Pflichtweiterbildungszeit im jeweiligen Gegenfach des „Facharztes für Neurologie“ bzw. „Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie“

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Ramm, Herrn Prof. Dr. Carstensen, Herrn Dr. Harb, Herrn Prof. Dr. Izbicki, Herrn Schäfer und Herrn Dyk (Drucksache III - 01-009) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Innerhalb des „Facharztes für Neurologie“ sowie des „Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie“ sollen zusätzlich zur 12-monatigen Pflichtweiterbildungszeit im Gegenfach weitere 6 Monate im Gegenfach abgeleistet und auf den jeweiligen Facharzt angerechnet werden.

Begründung:

Durch die Erweiterung der wechselseitigen Anrechenbarkeit von Zeiten wird der wechselseitige Bezug der Gebiete stärker zum Ausdruck gebracht und es wird den Inhabern des einen Facharztes erleichtert, auch eine Facharztqualifikation im Gegenfach zu erreichen. Die Möglichkeiten einer sinnvollen fachlichen Verklammerung werden auch im Interesse der Weiterbildungsassistenten intensiviert.

10. Beibehaltung der Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich, Gebiet „Physikalische und Rehabilitative Medizin“

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Ramm und Herrn Schäfer (Drucksache III - 01-011) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die geplante Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) mit dem Ziel einer Verlängerung der anerkannten Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich von 12 auf 24 Monate im Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin ist zurückzuweisen und die bisherige Regelung zu belassen.

Begründung:

Die Verlängerung der ambulant anrechenbaren Weiterbildungszeit auf 24 Monate würde die akutmedizinische Weiterbildung verkürzen und verringern. Um den zukünftigen Aufgaben in Physikalischer Therapie und Rehabilitation in der Facharztweiterbildung gerecht zu werden, bedarf es jedoch dringend einer vermehrten akutmedizinischen Weiterbildung.

11. Zusatz-Weiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Wyrwich (Drucksache III - 01-017) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Qualitätsmanagement sind anzupassen. Der Erwerb der Bezeichnung soll allen Ärztinnen und Ärzten möglich sein. Voraussetzung soll deshalb eine klinische Tätigkeit von mindestens 24 Monaten sein.

Begründung:

Bei der derzeitigen Regelung ist der Erwerb lediglich Ärztinnen und Ärzte mit bereits erworbener Facharztqualifikation möglich. Interessierte Kolleginnen und Kollegen sind damit von den Inhalten des Qualitätsmanagements ausgeschlossen.

12. Überarbeitung der Zusatz-Weiterbildung Akupunktur

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Joas, Herrn Dr. Kofler, Frau Dr. Mieke, Frau Dr. Aden, Herrn Dr. habil. Schang und Herrn Dr. Gehle (Drucksache III - 01-001) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegte Überarbeitung der MWBO vom Mai 2003 (Stand 19.02.2010) wird in Abschnitt C, Kapitel „Akupunktur“ wie folgt geändert:

In den Bestimmungen zur Zusatz-Weiterbildung „Akupunktur“ werden unter der Überschrift „Weiterbildungszeit“ die Worte „24 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Akupunktur gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2“ gestrichen.

Am Ende des Kapitels „Weiterbildungszeit“ werden folgende Worte eingefügt:

„Die Kurse, praktischen Akupunkturbehandlungen und die Fallseminare müssen sich über einen Zeitraum von mindestens 24 Monaten erstrecken.“

Begründung:

In der bisherigen (Muster-)Weiterbildungsordnung war eine ganztägige und hauptberufliche Weiterbildungszeit von 24 Monaten in der Zusatz-Weiterbildung Akupunktur nicht gefordert.

Es ist sicher richtig eine Regelung vorzusehen, die bewirkt, dass sich Kurse, praktische Akupunkturbehandlungen und die Fallseminare zum Sammeln von Erfahrungen über einen bestimmten Zeitraum erstrecken müssen und diese Zusatz-Weiterbildung nicht innerhalb eines „Crash-Kurses“ erworben werden kann. Dies war das Anliegen in der Diskussion zur Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Dies wird durch die in diesem Antrag vorgeschlagene Formulierung auch erreicht.

Die Forderung nach einer ganztägigen, hauptberuflichen 24-monatigen Weiterbildung in der Akupunktur bei einem befugten Weiterbilder ist nicht realisierbar.

13. Zusatz-Weiterbildung Akupunktur

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 01-005) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Unter der Zusatz-Weiterbildung Akupunktur des Vorstandsantrags III - 01 der Bundesärztekammer für den 113. Deutschen Ärztetag wird unter „Weiterbildungszeit“ der Text

"24 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Akupunktur gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2"

gestrichen und stattdessen hinter "60 Stunden praktische Akupunkturbehandlung ... gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2" folgende Ergänzung eingefügt:

„..., verteilt auf eine Weiterbildungsdauer von 24 Monaten...“,

so dass der Text folgendermaßen lauten soll:

Weiterbildungszeit:

~~24 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Akupunktur gem. § 5 Abs. 1 Satz 2~~

- ~~— 120 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 mit praktischen Übungen in Akupunktur~~
- **24 Stunden Grundkurs gemäß § 4 Abs. 8**
- **und anschließend**
- **96 Stunden Aufbaukurs gemäß § 4 Abs. 8 mit praktischen Übungen in Akupunktur**
- ~~— und anschließend unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten~~

- 60 Stunden praktische Akupunkturbehandlungen **unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten für Akupunktur gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2, verteilt auf eine Weiterbildungsdauer von 24 Monaten**
- 20 Stunden Fallseminare in mindestens 5 Sitzungen ~~innerhalb von mindestens 24 Monaten~~

14. Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Wyrwich und Herrn Dr. Tegethoff (Drucksache III - 01-018) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Weiterbildungszeit zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin ist zu modifizieren. Die Weiterbildung soll mindestens 12 Monate bei einem Befugten für die Zusatz-Weiterbildung abgeleistet werden.

Begründung:

Bei der jetzigen Regelung besteht nicht die Notwendigkeit, die Zusatz-Weiterbildungsqualifikation bei einem dafür Befugten zu erwerben.

15. Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie

Der Änderungsantrag von Frau Dr. Schuster (Drucksache III - 01-002) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Zugang zur Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Viszeralchirurgie“ ist auch dem Facharzt für Allgemeine Chirurgie zu gewähren.

Begründung:

Die Weiterbildungsinhalte der Fachärzte für Allgemeine Chirurgie (neu: Facharzt für Allgemein Chirurgie) und des Facharztes für Viszeralchirurgie (neue geänderte Weiterbildungsinhalte) sind nahezu identisch bis auf ein Jahr Unfallchirurgie/Orthopädie.

Da die Weiterbildungsinhalte des Facharztes für Viszeralchirurgie reduziert und der Realität angepasst wurden, ist eine Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Viszeralchirurgie“ eine logische Konsequenz. In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sollte es heißen:

„Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung „Spezielle Viszeralchirurgie“:
Facharzt für Allgemein Chirurgie, Facharzt für Viszeralchirurgie.“

Paragraphenteil der MWBO

16. Anerkennung von Weiterbildungszeiten auch bei weniger als 6-monatiger Weiterbildung

Der Beschlussantrag von Frau PD Dr. Borelli, Frau Dr. Dierkes, Frau Dr. Groß M.A. und Herrn Dr. Gerheuser (Drucksache III - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird geändert (§ 4, Abs. 4, Satz 3):

„Weiterbildungs- oder Tätigkeitsabschnitte unter drei Monaten können nur dann als Weiterbildungszeit anerkannt werden, wenn dies in den Abschnitten B und C vorgesehen ist.“

Begründung:

Auch Weiterbildungszeiten von 3 Monaten (Facharztweiterbildung, Zusatzbezeichnung) sollen anerkannt werden (bisher 6 Monate). Äußere Umstände können zu kürzeren als 6-monatigen Weiterbildungszeiten führen. Zahlreiche Kolleginnen verlieren größere Blöcke ihrer Weiterbildungszeiten, weil sich z. B. Geburtstermine nur bedingt planen lassen.

Es gibt keinen Grund, diese Zeiten nicht anzuerkennen. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels ist diese Änderung wichtig, damit möglichst viele Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung abschließen und in der Patientenversorgung ankommen.

17. Zulassung der Weiterbildungsstätte

Der Beschlussantrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In § 6 (Zulassung als Weiterbildungsstätte) möge in Abs. 2 bei den Voraussetzungen der 2. Nebensatz ergänzt werden, sodass er lautet:

„...Personal und Ausstattung der Einrichtung müssen den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen und der Träger der Einrichtung muss die Erfüllung der Pflichten dieser MWBO im Rahmen der Weiterbildung, für die die Zulassung beantragt wurde, ermöglichen, ...“

Außerdem soll ein Abs. 3 ergänzt werden:

„Eine zugelassene Weiterbildungsstätte muss der Ärztekammer (und der die Zulassung erteilenden Behörde*) Veränderungen hinsichtlich Struktur, Größe, Ausstattung und ärztlichem Personal unverzüglich mitteilen, wenn diese Veränderungen die ärztliche Weiterbildung, für die die Zulassung beantragt wurde, beeinträchtigen können. Die zuständige Ärztekammer muss dann überprüfen, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen die Zulassung aufrecht erhalten werden kann, um die Qualität der ärztlichen Weiterbildung zu gewährleisten.“

(*Gegebenenfalls ist eine Empfehlung an die zulassende Behörde abzugeben. Gilt dort, wo die Zulassung der Einrichtung zur Weiterbildung nicht durch die Ärztekammer erfolgt.)“

18. § 7 Abs. 1: Ergänzung um einen zweiten Absatz

Der Beschlussantrag von Herrn Schäfer, Herrn Dyk, Herrn Prof. Dr. Carstensen, Herrn Dr. Harb, Herrn Prof. Dr. Izbicki, Herrn Dr. Ramm und Herrn Dr. Sudeck (Drucksache III - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

§ 7 Abs. 1 der MWBO soll um einen zweiten Absatz wie folgt ergänzt werden:

„Gravierende Verstöße gegen die ärztliche Berufsordnung schließen die persönliche Eignung des Weiterbildungsbefugten aus. Duldet oder bewirkt ein Weiterbildungsbefugter die Verletzung des Arbeitszeitgesetzes gegenüber den Weiterbildungsassistenten unter seiner Verantwortung, so ist auch dies grundsätzlich als fehlende Eignung anzusehen.“

Begründung:

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 hatte sich für eine Ergänzung von § 7 Abs. 1 MWBO ausgesprochen. Bei den nachfolgenden Beratungen der verantwortlichen Gremien der Bundesärztekammer wurde beschlossen, in der Überarbeitung der MWBO keine Änderung von § 7 vorzunehmen.

Eine konkrete Regulierung der Kriterien für die persönliche Eignung des Weiterbildungsbefugten ist unverzichtbar. Dies betrifft sein berufsrechtliches Verhalten und gilt insbesondere auch für die Einhaltung/Nichteinhaltung des Arbeitszeitgesetzes. Mittelbar kann eine sichtbare Koppelung der Weiterbildungsbefugnis an die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes vom Weiterbildungsbefugten im stationären Bereich genutzt werden, um bei den kaufmännischen Leitungen und Trägern die dazu notwendigen Ressourcen einzufordern.

19. Kriterien für die fehlende Eignung zur Weiterbildungsbefugnis

Der Beschlussantrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Dr. Ungemach und Frau Dr. Gitter (Drucksache III - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

§ 7 Abs. 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung soll wie folgt ergänzt werden:

"Die Nichtbeachtung der Pflichten des zur Weiterbildung befugten Arztes nach § 5 Abs. 3 (persönliche Leitung, korrekte Dokumentation), § 5 Abs. 4 (Mitteilungen von Veränderungen), § 5 Abs. 5 (Vorlage und Aushändigung eines gegliederten Weiterbildungsprogramms), § 5 Abs. 6 (Teilnahme an Weiterbildungsévaluation der Ärztekammer) [sofern diese Änderung beschlossen wird], § 8 Abs. 2 (Weiterbildungsgespräch) sowie § 9 (Weiterbildungszeugnis) dieser (Muster-)Weiterbildungsordnung ist ein Verhalten, das die persönliche Eignung als Weiterbilder grundsätzlich ausschließt, sofern es sich nicht um einmalige Verstöße handelt.

Ebenso schließen von der Ärztekammer gerügte Verstöße gegen die ärztliche Berufsordnung die persönliche Eignung als Weiterbilder in der Regel aus. Duldet oder bewirkt ein zur Weiterbildung befugter Arzt Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz gegenüber den weiterzubildenden Ärzten unter seiner Verantwortung, so ist dies grundsätzlich als fehlende Eignung anzusehen.

Der Vorstand der zuständigen Ärztekammer kann den Widerruf der Befugnis in den vorgenannten Fällen aussetzen, wenn Gründe erkennbar sind, die eine Fortsetzung der beanstandeten Pflichtverletzung durch den zur Weiterbildung befugten Arzt nicht erwarten lassen."

20. Nachweis angemessener Vergütung während der Weiterbildung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Keller, Herrn Dr. Müller und Herrn Dr. Handrock (Drucksache III - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der überarbeiteten (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 wird folgende Ergänzung von § 8 (Dokumentation der Weiterbildung) vorgenommen.

„(3) Das Vorliegen eines Arbeitsvertrages mit angemessener Vergütung muss nachgewiesen werden.“

Begründung:

Dieser Zusatz wurde in der Weiterbildungsordnung des Landes Berlin eingeführt um zu verhindern, dass Weiterbildungsassistenten als kostenlose Arbeitskräfte oder zu Dumpinglöhnen eingesetzt werden können, und hat sich dort bewährt.

Als Nebeneffekt wird das Ausstellen von Gefälligkeitszeugnissen durch diese Regelung wirkungsvoll verhindert.

21. Verlängerung der Übergangsfristen um Elternzeit und Mutterschutz

Der Beschlussantrag von Frau PD Dr. Borelli, Frau Dr. Dierkes und Herrn Dr. Gerheuser (Drucksache III - 13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung wird ergänzt (§ 20 Abs. 4):

„Kammerangehörige, die sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in einer Facharztweiterbildung befinden, können diese innerhalb einer Frist von sieben Jahren nach den Bestimmungen der bisher gültigen Weiterbildungsordnung abschließen und die Zulassung zur Prüfung beantragen.“

Ergänzung:

„Zeiten von Mutterschutz und Elternzeit führen zur entsprechenden Verlängerung der Übergangsfristen.“

Gesetzliche Bestimmungen, welche eine Fortsetzung der Weiterbildung verzögern (z. B. Mutterschutz), dürfen nicht zur Benachteiligung der Betroffenen führen.

22. Befugnis Kriterien zur Leitung der Weiterbildung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Wyrwich (Drucksache III - 67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der Erteilung einer Befugnis soll der Befugnisrahmen anhand des Spektrums der Weiterbildungsstätte (z. B. einer Berufsausübungsgemeinschaft) ermittelt werden.

Begründung:

Speziell bei der Erteilung von Befugnissen im ambulanten Bereich trägt die bestehende Regelung den heutigen Anforderungen nicht mehr Rechnung. Durch die Bewertung des Befugnisrahmens anhand des Spektrums der Weiterbildungsstätte wird die Realität besser abgebildet, mit Vorteilen für die Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung.

Allgemeine Bestimmungen

23. Abschnitte B und C: Schutzimpfung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Keller, Herrn Dr. Müller und Herrn Dr. Handrock (Drucksache III - 17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der überarbeiteten (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 wird folgende Ergänzung der Allgemeinen Bestimmungen für die Abschnitte B und C vorgenommen:

„1 a. Die Prävention durch Schutzimpfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission gehört zum Inhalt aller Gebiete.“

Begründung:

Dieser Zusatz wurde in der Weiterbildungsordnung des Landes Berlin eingeführt, um die Durchimpfung der Bevölkerung zu verbessern, da bekannt ist, dass z. B. gesunde jüngere Berufstätige oft keinen Hausarzt haben, ein großer Teil davon aber Praxen anderer Fachrichtungen (z. B. zu gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen) regelmäßig aufsucht.

Die Regelung hat sich in Berlin bewährt.

24. Aufnahme von Grundkenntnissen in der Sonographie für die Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung

Der Beschlussantrag von Herrn Prof. Dr. Knichwitz, Herrn Dr. Kaiser, Herrn Dr. Eichelmann und Herrn Dr. Gehle (Drucksache III - 47) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Aufnahme von „Grundkenntnisse in der Sonographie in den Fächern der unmittelbaren Patientenversorgung“ in die „Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung“.

Begründung:

Die Sonographie ist heute in allen Fächern der unmittelbaren Patientenversorgung ein fester Bestandteil. Durch die rasche Verfügbarkeit und fehlende Invasivität zählt sie gerade in der Notfalldiagnostik, aber nicht nur dort, zu den ersten diagnostischen Maßnahmen am Patienten. Grundkenntnisse in der Sonographie zählen daher ebenso wie Kenntnisse in der Schmerztherapie oder im Umgang mit Notfallsituationen zu den allgemeinen Inhalten, die von jedem Arzt beherrscht werden sollen.

Gebiete

25. Gebiet Chirurgie: Röntgendiagnostik

Der Beschlussantrag von Herrn Mälzer (Drucksache III - 32) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Antrag zur (Muster-)Weiterbildungsordnung vom Mai 2003, für das Gebiet Chirurgie (6.1 - 6.8):

Zu 6.1. – 2. Spiegelstrich, zu 6.2. – 5. Spiegelstrich, zu 6.3. – 5. Spiegelstrich, zu 6.4. – 3. Spiegelstrich, 6.5 – 4. Spiegelstrich, zu 6.6. – 13. Spiegelstrich, zu 6.7. – 6. Spiegelstrich, zu 6.8. – 5. Spiegelstrich

Der Deutsche Ärztetag beschließt folgende Änderungen zu den Weiterbildungsinhalten, jeweils o. a. Spiegelstrich neu:

- der diagnostischen Radiologie des Faches sowie in der intraoperativen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes

Begründung:

Die Diagnostik und Therapie im Gebiet der Chirurgie erfordert Kenntnisse im Umgang mit den bildgebenden Verfahren einschließlich der Röntgendiagnostik.

Diese Kernkompetenz gehört daher zu den Weiterbildungsinhalten des Faches und nicht in eine Zusatz-Weiterbildung.

Dies ist ein Beschluss der Gemeinsamen Weiterbildungskommission der Fachgesellschaften und Berufsverbände Chirurgie.

26. Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie: Röntgendiagnostik

Der Beschlussantrag von Herrn Dipl.-Med. Schulz (Drucksache III - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag beschließt folgenden Antrag zur (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vom Mai 2003, für 6.5 Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie (Orthopäde und Unfallchirurg/Orthopädin und Unfallchirurgin) Änderungen zu den Weiterbildungsinhalten.

4. Spiegelstrich neu:

- der diagnostischen Radiologie des Faches sowie in der intraoperativen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes

Begründung:

Die Diagnostik und Therapie von Verletzungen und Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane beinhaltet Kenntnisse im Umgang mit den bildgebenden Verfahren einschließlich der Röntgendiagnostik. Die hierzu notwendige Weiterbildung erfährt der Weiterzubildende durch den Weiterbildungsbefugten im Fach Orthopädie/Unfallchirurgie.

Die fachgebundene Röntgendiagnostik unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes ist daher integraler Bestandteil der Tätigkeit einer Ärztin/eines Arztes für Orthopädie und Unfallchirurgie/Orthopädin und Unfallchirurgie in Klinik und Praxis, ohne die eine sachgerechte Tätigkeit nicht möglich ist.

Diese Kernkompetenz gehört daher zu den Weiterbildungsinhalten des Faches und nicht in eine Zusatz-Weiterbildung.

Diese Änderung entspricht dem Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Brandenburg vom 20.03.2010 und der gemeinsamen Weiterbildungskommission im Gebiet der Chirurgie. Diese Änderung ist mit dem 8. Nachtrag der Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer Berlin dort wirksam geworden.

27. Facharztkompetenz Orthopädie und Unfallchirurgie: Röntgendiagnostik/fachgebunden – Skelett

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Dehnst, Herrn Dr. Kleinstäuber, Herrn Dr. Schröder, Herrn Dr. Langer und Herrn Dr. Gehle (Drucksache III - 46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Facharztkompetenz „Orthopädie und Unfallchirurgie“ soll als integraler Bestandteil Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der konventionellen Röntgendiagnostik des Gebietes beinhalten.

Begründung:

Die aktuell gültige MWBO beschränkt die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Facharztkompetenz „Orthopädie und Unfallchirurgie“ auf die „Erhebung einer intraoperativen radiologischen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes“. Die Durchführung und Befundung der gebietsbezogenen Radiographie des Skelettes wird in der Systematik der aktuell gültigen MWBO erst mit dem Erwerb der Zusatzbezeichnung „Röntgendiagnostik –fachgebunden-“ erworben. Der Versuch, die Zusatzbezeichnung ohne Verlängerung der Gesamtweiterbildungszeit zu erwerben, ist gescheitert. Das Vorliegen der Fachkunde „Röntgendiagnostik – Skelett“ ist ausreichend, aber auch erforderlich und muss für die Zulassung zum Fachgespräch vorliegen.

28. Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: Röntgendiagnostik

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Lundershausen (Drucksache III - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Änderungsantrag zur MWBO vom Mai 2003, für

das Gebiet HNO, Abschnitt B als letzten Spiegelstrich ergänzen:

- der diagnostischen Radiologie des Faches sowie in der intraoperativen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes

Begründung:

Die Diagnostik und Therapie im Gebiet der HNO erfordert Kenntnisse im Umgang mit den bildgebenden Verfahren einschließlich der Röntgendiagnostik.

Diese Kernkompetenz gehört daher zu den Weiterbildungsinhalten des Faches und nicht in eine Zusatz-Weiterbildung.

Dieser Antrag wird unterstützt von dem Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte.

29. Änderungsantrag zu Drucksache III – 29: Facharzt Innere Medizin – Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Krombholz (Drucksache III - 29a) zum Beschlussantrag von Herrn Dr. Schröter, Herrn Dr. Scheiber, Herrn Dr. Roy, Frau Dr. Lundershausen, Herrn Dipl.-Med. Michaelis, Herrn Dr. Andrae und Herrn Dipl.-Med. Menzel (Drucksache III - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Antrag III-29 soll auf Seite 1 der dritte Satz (Spiegelstrich) ergänzt und wie folgt formuliert werden:

„- davon können bis zu 18 Monate im ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereich abgeleistet werden“

30. Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin: Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Schröter, Herrn Dr. Scheiber, Herrn Dr. Roy, Frau Dr. Lundershausen, Herrn Dipl.-Med. Michaelis, Herrn Dr. Andrae und Herrn Dipl.-Med. Menzel

(Drucksache III - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, bei der nächsten Novellierung der MWBO folgende Änderung zu berücksichtigen.

Die Weiterbildungszeit für den Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin wird um folgenden Spiegelstrich ergänzt:

- davon können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Die derzeitige Fassung lautet:

„60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte

gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und
- 24 Monate stationäre Weiterbildung in Innerer Medizin, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der stationären Basisweiterbildung abgeleistet werden könnenoder
 - 24 Monate stationäre Weiterbildung in den Facharztkompetenzen 12.2 und/oder 12.3. in mindestens zwei verschiedenen Facharztkompetenzen, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der stationären Basisweiterbildung abgeleistet werden können“

Begründung:

1. Die Anrechenbarkeit ambulanter Weiterbildungsabschnitte hat sich in allen Facharztkompetenzen des Gebietes Innere Medizin bewährt. Das Auslassen dieser Regelung beim Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt war vom Deutschen Ärztetag 2007 beschlossen worden, um eine Konkurrenzsituation zu dem 2003 eingeführten Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin zu vermeiden. Mit der Wiedereinführung des eigenständigen Gebietes Allgemeinmedizin entfällt diese Begründung.
2. Internisten ohne Schwerpunkt finden ebenso wie Schwerpunktinternisten ihre Tätigkeitsgebiete sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Deshalb sollte in der Struktur aller internistischer Weiterbildungscurricula die Option für ambulante Befugniserteilungen identisch formuliert werden.
3. Nachdem die ambulanten Weiterbildungsstätten in der Befragung zur Evaluation der Weiterbildung 2009 über alle Fächer hinweg hervorragend abgeschnitten hatten, soll die ambulante Option für den Nachwuchs in keinem Fach verbaut werden.
4. Die Landesärztekammer Thüringen hatte den Facharzt für Innere Medizin mit ambulanter Weiterbildungsoption ungeachtet politischer Streitigkeiten aus rein

fachlichen Gründen und unter Versorgungsgesichtspunkten zu allen Zeiten bewahrt und damit gute Erfahrungen gemacht. Die ambulante Option wird bei uns in sämtlichen internistischen Facharztkompetenzen nur von einer Minderheit der Assistenten genutzt. Sie entzieht deshalb weder dem allgemeinmedizinischen Weiterbildungsgang noch dem stationären Sektor eine relevante Zahl an Assistenzärzten. Im Einzelfall erweist es sich sowohl für Ärzte als auch für Einrichtungen als sehr sinnvoll, dass die ambulante Option existiert.

5. Die zunehmende Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als Weiterbildungsstätten und internistische Facharztpraxen mit einem hohen Durchlauf ambulanter Patienten können jungen Weiterbildungsassistenten das Erreichen der Mindestzahlen internistischer Methoden für ihre Facharztqualifikation erleichtern. Wenn die stationären Pflichtzeiten bereits absolviert wurden, aber noch Untersuchungszahlen fehlen (eine Standardsituation!), kann ein Ambulanzabschnitt vor übermäßiger Weiterbildungsverlängerung retten.

31. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Angiologie: Röntgendiagnostik (Angiographie)

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Schröter, Herrn Dr. Scheiber, Herrn Dr. Roy, Frau Dr. Lundershausen, Herrn Dipl.-Med. Michaelis, Herrn Dr. Andrae und Herrn Dipl.-Med. Menzel (Drucksache III - 01-013) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, bei der nächsten Novellierung der MWBO folgende Änderung zu berücksichtigen.

Die Weiterbildungsinhalte für den Facharzt/die Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie werden im 7. Spiegelstrich um folgende zwei Worte ergänzt:

- Durchführung und Beurteilung von Röntgenbefunden bei Angiographien (Arteriographie, Phlebographie, Lymphographie)

Begründung:

1.1. Fachliche Begründung: „Analogie von invasiver Angiologie und Kardiologie“

Die Mitwirkung bei therapeutischen Katheterinterventionen wie z. B. intraarterieller Lyse, perkutaner transluminaler Angioplastie (PTA), Stentimplantationen u. a. ist seit langem Bestandteil der Weiterbildung zum Angiologen (m/w). Vor dem Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der interventionellen Angiologie muss der Facharztkandidat (m/w) aber zunächst erst einmal beim Gefäßkatheter als diagnostischer Methode mitgewirkt haben. Diese natürliche Schrittfolge beim Kenntniserwerb wird in der MWBO für die Angiologie bisher nicht berücksichtigt. In der gut vergleichbaren Kardiologie steht korrekterweise die Durchführung diagnostischer Katheteruntersuchungen des Herzens als Spiegelstrich vor der Mitwirkung bei therapeutischen Katheterinterventionen. Sowohl in der Invasiv-Angiologie als auch in der Invasiv-Kardiologie entspricht es der geübten Praxis, dass bei Kathetereingriffen zunächst die Diagnose geprüft und dann im zweiten Schritt befundabhängig die Intervention mit therapeutischem Ziel angeschlossen wird. Dementsprechend abgestuft muss auch die Weiterbildung ablaufen. Dies erfordert die Anpassung der MWBO für Angiologie.

1.2. Ordnungspolitische Begründung: „Wegerecht zum Weiterbildungsinhalt“

Die allgemeingültige Reihenfolge von Diagnose und Therapie führt in der invasiven Angiologie gegenwärtig zu dem Paradoxon, dass der Weg zu Gefäßinterventionen als anerkanntem Bestandteil des Gebietes über das MWBO-seitig „fachfremde“ Territorium der angiographischen Diagnostik führt. Damit werden sowohl Weiterbilder als auch Weiterbildungsassistenten von der MBWO faktisch auf einen illegalen Weg zur Erfüllung ihrer Anforderungen gezwungen. Angiologen (m/w) können Angiographie-Kenntnisse auch nicht legal in der Radiologie erwerben, da eine Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik –fachgebunden- für Gefäßuntersuchungen nicht existiert. Deshalb muss die MBWO für Angiologie an dieser Stelle zwingend nachgebessert werden.

1.3. Versorgungspolitische Begründung

Nach Erhebungen der Deutschen Gesellschaft für Angiologie und dem dort geführten PTA-Register werden mehr als die Hälfte aller Gefäßinterventionen in Deutschland von DGA-Mitgliedern, d. h. von Fachvertretern aus dem Gebiet der Inneren Medizin durchgeführt. Es geht also auch darum, eine bestehende Versorgungsrealität in der MBWO abzubilden. Da perkutane Gefäßinterventionen sowohl von Angiologen als auch von Radiologen durchgeführt werden, müssen beide Gruppen in vergleichbarer Weise zu den unmittelbar vorausgehenden Angiografien befähigt werden. Dazu ist eine Änderung der MBWO für Angiologie unumgänglich.

32. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin: Weiterbildungsinhalt

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Ramm und Herrn Schäfer (Drucksache III - 26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Weiterbildungsinhalten ist ein zusätzlicher Spiegelstrich wie folgt einzufügen:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der akutmedizinisch/frührehabilitativen Behandlung einschließlich der zur Versorgung im Notfall erforderlichen Maßnahmen in interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Begründung:

Die Einfügung des zusätzlichen Spiegelstrichs ist dringend erforderlich, da es ohne eine solche Einfügung möglich ist, dass Fachärzte dieses Gebietes ihre gesamte Weiterbildungszeit allein in stationären Rehabilitationseinrichtungen erwerben können.

Fachübergreifende Rehabilitation in Deutschland bedarf eingehender Kenntnisse in der akutmedizinischen Versorgung - dies ist bei Beibehaltung der bisherigen Inhalte und bei einer Verlängerung der Anrechenbarkeit ambulant abgeleiteter Weiterbildungszeit nicht gewährleistet.

33. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin: Definierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Ramm und Herrn Schäfer (Drucksache III - 27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren ist ebenfalls ein weiterer Spiegelstrich einzufügen:

- akutmedizinisch/frührehabilitative Behandlung einschließlich der zur Versorgung im Notfall erforderlichen Maßnahmen; Richtzahl folgt.

Begründung:

Die Einfügung des zusätzlichen Spiegelstrichs ist dringend erforderlich, da es ohne eine solche Einfügung möglich ist, dass Fachärzte dieses Gebietes ihre gesamte Weiterbildungszeit allein in stationären Rehabilitationseinrichtungen erwerben können.

Fachübergreifende Rehabilitation in Deutschland bedarf eingehender Kenntnisse in der akutmedizinischen Versorgung – dies ist bei Beibehaltung der bisherigen Inhalte und bei einer Verlängerung der Anrechenbarkeit ambulant abgeleiteter Weiterbildungszeit nicht gewährleistet.

34. Selbsterfahrung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Pfaffinger, Frau Löber-Kraemer, Frau Dr. Rothe-Kirchberger und Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache III - 38) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf dafür zu sorgen, dass die in der derzeit gültigen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorgesehenen Selbsterfahrungsanteile beibehalten werden.

Begründung:

Selbsterfahrung ist ein unverzichtbarer Anteil der Weiterbildung für die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, da die Ausübung von Psychotherapie eine hohe personale und emotionale Integrität und eine beziehungsfördernde psychosoziale Kompetenz verlangt. Für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Psychotherapie die zentrale Behandlungsmethode, und zwar sowohl in der Einzelpsychotherapie als auch in der Gruppenpsychotherapie. Nach Abschluss der Weiterbildung muss er berechtigt sein, in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Psychotherapie-Richtlinien Einzelpsychotherapien und Gruppenpsychotherapien durchzuführen. Nach der gültigen MWBO ist dies sicher gestellt.

In der vom Vorstand jetzt vorgelegten Fassung ist die Selbsterfahrung reduziert und missverständlich formuliert.

35. Bildgebende Verfahren in Urologie, Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Handrock, Herrn Dr. Müller, Herrn Mälzer und Frau Dr. Keller (Drucksache III - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die bildgebenden fachgebundenen Untersuchungen sollen als integraler Bestandteil in das Fachgebiet der Urologie, Chirurgie, Gynäkologie und Dermatologie integriert werden.

Definition:

- bildgebende fachgebundene Untersuchungen sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt.

Begründung:

Der Fortschritt in der Medizin bedingt eine ständige Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten. Moderne bildgebende Verfahren sind notwendige Basis der fachärztlichen Diagnostik.

36. Urologie: Röntgendiagnostik

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Müller (Drucksache III - 36) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Antrag zur MWBO vom Mai 2003, für das Gebiet Urologie:

Zu 32. Gebiet Urologie – 15. Spiegelstrich:

Der Deutsche Ärztetag beschließt folgende Änderungen zu den Weiterbildungsinhalten:

Spiegelstrich 15 neu:

- der diagnostischen Radiologie des Faches sowie in der intraoperativen Befundkontrolle unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes

Begründung:

Die Diagnostik und Therapie im Gebiet der Urologie erfordert Kenntnisse im Umgang mit den bildgebenden Verfahren einschließlich der Röntgendiagnostik.

Diese Kernkompetenz gehört daher zu den Weiterbildungsinhalten des Faches und nicht in eine Zusatz-Weiterbildung.

Dieser Antrag wird unterstützt von dem Berufsverband für Urologie.

37. Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin: fachbezogene diabetologische Diagnostik und Therapie des Schwangerschaftsdiabetes

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Handrock, Herrn Dr. König, Herrn Merchel, Herrn Prof. Dr. Carstensen, Herrn Dr. Harb, Herrn Dr. Hülskamp und Herrn Dr. Clever (Drucksache III - 50) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin soll in die Weiterbildungsinhalte ein Spiegelstrich aufgenommen werden:

"Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der fachbezogenen diabetologischen Diagnostik und Therapie des Schwangerschaftsdiabetes"

Begründung:

Frauenärzte behandeln das besondere Krankheitsbild des Gestationsdiabetes seit vielen Jahren. Diese Behandlungssituation muss sich auch in den Weiterbildungsinhalten widerspiegeln.

38. Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Grundlagen der fachbezogenen diabetologischen Diagnostik

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Handrock, Herrn Dr. König, Herrn Merchel, Herrn Prof. Dr. Carstensen, Herrn Dr. Harb, Herrn Dr. Hülskamp und Herrn Dr. Clever (Drucksache III - 51) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In die Weiterbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe soll folgender Spiegelstrich aufgenommen werden:

"Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Grundlagen der fachbezogenen diabetologischen Diagnostik und in den Grundlagen der fachbezogenen Therapie des Schwangerschaftsdiabetes."

Begründung:

Die Facharztkompetenz muss veränderten Anforderungen angepasst werden. Frauenärzte sind zunehmend mit dem Krankheitsbild des Gestationsdiabetes befasst. Daher muss sich die Behandlungswirklichkeit auch in den Weiterbildungsinhalten widerspiegeln.

39. Facharzt für Pneumologie: Röntgendiagnostik

Der Beschlussantrag von Frau Mühlfeld (Drucksache III - 52) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Wiederangliederung der fachgebundenen Röntgendiagnostik in die Weiterbildung zum Facharzt für Pneumologie.

Das Präsidium der Bundesärztekammer bzw. die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" soll bis zum nächsten Ärztetag einen Vorschlag unterbreiten, um die Weiterbildung in der Pneumologie und die dazu gehörigen Röntgenleistungen wieder in einem ungeteilten und einheitlichen Kapitel zu listen.

Begründung:

Die Leistungen der Teilgebetsradiologie sind für die Pneumologie essenziell. Die Ausgliederung als nicht verpflichtende Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik - fachgebunden- schafft die Möglichkeit unterschiedlicher Qualifikation innerhalb eines Fachgebietes. Damit kommt es zu einer Aushöhlung einer Kernkompetenz. Es entstehen zwei unterschiedliche Qualitätslevel in einem Gebiet.

Gleichzeitig führt die Reduktion der konventionellen Röntgendiagnostik zu einer Zunahme der Strahlenbelastung, weil durch Wegfall der fachgebundenen Röntgendiagnostik oft und vermehrt belastendere Verfahren angewandt werden. Durch Vorschalten der konventionellen fachgebundenen Röntgendiagnostik können weiterführende Röntgenuntersuchungen gezielter eingesetzt werden.

Dies sollte durch die Wiedereingliederung der fachgebundenen Röntgendiagnostik und mit einer dadurch verpflichtenden Weiterbildung in fachgebundener Röntgendiagnostik erreicht werden.

Der Antrag wird vom Bundesverband der Pneumologen unterstützt.

40. Gebiet Chirurgie: Weiterbildungsinhalte

Der Beschlussantrag von Herrn Prof. Dr. Izbicki, Herrn Dr. Ramm und Herrn Dr. Roy (Drucksache III - 53) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag möge beschließen, dass im Abschnitt B, Nr. 6.8 die für den „Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie“ vorgesehene Streichung im zweiten Spiegelstrich der definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren: „... den Grundlagen der Koloskopie und Ösophago-Gastro-Duodenoskopie“ zurückgenommen wird.“

Begründung:

Es handelt sich um eine essenzielle Basisleistung für den „Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie“ und ist notwendige Basisdiagnostik und Voraussetzung für Therapieplanung und postoperative Kontrolle des operativen Ergebnisses.

41. Bildgebende Verfahren für verschiedene Organfächer

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Langer (Drucksache III - 56) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, bei der nächsten Novellierung der MWBO die Wiederangliederung der fachgebundenen Röntgendiagnostik in die entsprechenden Organfächer (HNO, Orthopädie, Innere Medizin, Urologie, Gynäkologie, Chirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie) vorzubereiten.

Das Präsidium der Bundesärztekammer bzw. die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" soll bis zum nächsten Ärztetag einen Vorschlag unterbreiten, um die Weiterbildung in o. g. Organfächern und die dazu gehörigen Röntgenleistungen wieder in einem ungeteilten und einheitlichen Kapitel zu listen.

Begründung:

Die Leistungen der Teilgebetsradiologie sind für die o. g. Organfächer essenziell. Die Ausgliederung als nicht verpflichtende Zusatz-Weiterbildung "Röntgendiagnostik -fachgebunden-" schafft die Möglichkeit unterschiedlicher Qualifikation innerhalb eines Fachgebietes. Damit kommt es zu einer Aushöhlung einer Kernkompetenz der o. g. Gebiete. Es entstehen zwei unterschiedliche Qualitätslevel eines Gebietes.

Gleichzeitig führt die Reduktion der konventionellen Röntgendiagnostik zu einer Zunahme der Strahlenbelastung, weil durch Wegfall der fachgebundenen Röntgendiagnostik oft und vermehrt belastendere Verfahren angewandt werden. Durch Vorschalten der konventionellen fachgebundenen Röntgendiagnostik können weiterführende Röntgenuntersuchungen gezielter eingesetzt werden.

Dies sollte durch die Wiedereingliederung der fachgebundenen Röntgendiagnostik und mit einer dadurch verpflichtenden Weiterbildung in fachgebundener Röntgendiagnostik erreicht werden.

Die Befugnis Röntgendiagnostik -fachgebunden-, entsprechend dem Stand der MWBO 1994, sollte wieder eingeführt werden.

Dazu wäre der Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz (Röntgenverordnung-RöV) während der Facharztausbildung erforderlich bzw. wünschenswert.

42. Kinderschutz

Der Beschlussantrag von Herrn PD Dr. Benninger, Frau Dr. Rothe-Kirchberger, Herrn Dr. Bolay und Herrn Dr. Voigt (Drucksache III - 57) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) für die Gebiete

- Kinder- und Jugendmedizin,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

- Frauenheilkunde- und Geburtshilfe und Allgemeinmedizin

soll der Erwerb von Kenntnissen zum Kinderschutz (zur Diagnostik, zu unterstützenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe, zur Prävention) als verpflichtender Inhalt mitaufgenommen werden.

43. Zusammenführung der Facharztbezeichnungen Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Heep und Herrn Dr. Dreyer (Drucksache III - 58) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Facharzt Allgemein Chirurgie und der Facharzt Viszeralchirurgie sollen zu einem Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie zusammengeführt werden, ohne dass eine Änderung der Inhalte erfolgt.

Begründung:

Durch die Einführung der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie sind die Inhalte im Facharzt Viszeralchirurgie gekürzt worden, und in weiten Teilen besteht eine Deckung mit Inhalten des Facharztes für Allgemein Chirurgie. Eine Basisversorgung traumatologischer Notfälle und eine Weiterbildung im Sinne der Allgemeinen Chirurgie müssen weiterhin gewährleistet werden.

44. Gebiet Chirurgie – Gemeinsame „Säule“ Allgemein Chirurgie/Viszeralchirurgie

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Dr. Botzlar und Herrn Dr. Lutz (Drucksache III - 59) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Sofern die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Viszeralchirurgie“ beschlossen wird, sollen die Facharztkompetenzen „Allgemein Chirurgie“ und „Viszeralchirurgie“ zusammengeführt werden.

45. Gebiet Allgemeinmedizin: Diabetikerbehandlungen (strukturierte Schulungen)

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Funken (Drucksache III - 60) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag möge die redaktionelle Richtigstellung im Gebiet Allgemeinmedizin beschließen:

Übernahme der bisherigen Formulierung aus der gültigen MWBO

„Durchführung und Dokumentation von Diabetikerbehandlungen einschließlich strukturierter Schulung“ in die neu zu beschließende MWBO.

46. Innere Medizin und Pneumologie: Weiterbildungsinhalte

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Wyrwich und Herrn Dr. Bobbert (Drucksache III - 63) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Weiterbildungsinhalte des „Facharztes für Innere Medizin und Pneumologie“ sind zu modifizieren.

Begründung:

Die Inhalte der Facharztcompetenz wurden durch zahlreiche Neuerungen und Fortschritte in der Behandlung verändert, sodass eine Anpassung dringend erforderlich ist.

47. Zusammenführung der Facharztcompetenzen "Facharzt für Allgemeine Chirurgie" und "Facharzt für Viszeralchirurgie" zu einem neuen "Facharzt für Allgemeine und Viszeralchirurgie"

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Wyrwich (Drucksache III - 65) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Facharztcompetenzen „Facharzt für Allgemeine Chirurgie“ und „Facharzt für Viszeralchirurgie“ sollen zu einem neuen „Facharzt für Allgemeine und Viszeralchirurgie“ im Gebiet Chirurgie zusammengeführt werden.

Begründung:

Die Inhalte der beiden Facharztcompetenzen haben zahlreiche Schnittmengen, sodass eine Zusammenführung sinnvoll ist und für die flächendeckende Versorgung Vorteile bietet.

48. Neufassung und Anpassung des Weiterbildungsinhalts „Facharzt Innere Medizin und Nephrologie“

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Wyrwich und Herrn Dr. Bobbert (Drucksache III - 66) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Facharztcompetenz „Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie“ ist in den Weiterbildungsinhalten zu modifizieren.

Begründung:

Die Inhalte der Facharztcompetenz wurden durch zahlreiche Neuerungen und Fortschritte in der Behandlung verändert, sodass eine Anpassung dringend erforderlich ist.

49. Aufnahme von einer festen Gutachtenzahl in den Weiterbildungsinhalt der Psychiater

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Kajdi (Drucksache III - 69) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

in den Weiterbildungsinhalt der Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie sollen 10 Gutachten (= je 3 Gutachten für Sozialrecht und 2 für Zivilrecht, 2 für Strafrecht und 3 für gesetzliche Rentenversicherungen) aufgenommen werden.

Begründung:

Die Zunahme vor allem psychiatrischer Krankheitsbilder als Ursache für (z. T. medizinisch nicht gerechtfertigte) Rentenverfahren bedürfen der Wiedereinführung der bewährten (früheren) Regelung, dass wieder konkrete Gutachtenerstellungen an echten Patienten erlernt werden müssen.

Bei Nichteinführung droht unter anderem eine weitere Zunahme von Rentenverfahren, die sowohl die Sozialgerichtsbarkeit als auch die Rentenkassen überstrapazieren könnte.

50. Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Zytologische Diagnostik

Der Beschlussantrag von Herrn Merchel, Herrn Dr. Albring, Herrn Prof. Dr. Carstensen, Herrn Dr. Harb, Herrn Dr. Handrock, Herrn Dr. König, Herrn Dr. Hülskamp und Herrn Dr. Clever (Drucksache III - 42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie soll als integraler Bestandteil in das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe integriert werden. Im Abschnitt A soll unter dem Gebiet Nr. 7 im zweitletzten Spiegelstrich unter den Weiterbildungsinhalten der Halbsatz hinter "einschließlich" gestrichen und ersetzt werden durch:

"des Erwerbs von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der zytologischen Diagnostik sowie der Durchführung, Befundung und Einordnung der Ergebnisse von 500 Präparaten in das jeweilige Krankheitsbild."

Entsprechend soll unter "Definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren" der Satz im viertletzten Spiegelstrich ersatzlos gestrichen werden: "Anfertigung von zytologischen Abstrichpräparaten".

Begründung:

Die Facharztkompetenz muss dauerhaft gewährleistet werden. Es dürfen keine Kernkompetenzen aus den jeweiligen Fachgebieten nicht herausgebrochen werden. Eine zunehmende Einschränkung des Facharztprofils führt zu der Situation, dass eine unabhängige Berufsausübung in eigener Verantwortung nicht mehr möglich ist. Mit der Implementierung der Kompetenzen stärken wir das Berufsbild des freien, unabhängigen, nur seinen Patienten verpflichteten Arztes.

51. Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Scheiber, Herrn Dr. Schröter, Herrn Dr. Roy, Frau Dr. Lundershausen, Herrn Dipl.-Med. Michaelis, Herrn Dipl.-Med. Menzel und Herrn Dr. Andrae (Drucksache III - 31) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, bei der nächsten Novellierung der MWBO folgende Änderung zu berücksichtigen.

Im Punkt Weiterbildungszeit wird der 2. Spiegelstrich

- 6 Monate in der Intensivmedizin eines weiteren unter den Voraussetzungen zum Erwerb genannten Gebietes bei einem Weiterbildungsbefugten für Intensivmedizin gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden

durch

- 12 Monate in der Intensivmedizin eines weiteren unter den Voraussetzungen zum Erwerb genannten Gebietes bei einem Weiterbildungsbefugten für Intensivmedizin gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden

ersetzt.

Begründung:

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin umfassen für die hierzu zugelassenen Gebiete gemeinsame Weiterbildungsinhalte, die insgesamt mehr als

die Hälfte der Lerninhalte umfassen. Hierbei handelt es sich um intensivmedizinische Kenntnisse und Fertigkeiten, die unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung von einem Intensivmediziner beherrscht werden müssen.

Die fachgebietsbezogenen Lerninhalte machen dagegen einen deutlich geringeren Teil der Weiterbildungsziele aus. Außerdem kann die Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin ausschließlich von Fachärzten der zugelassenen Gebiete erworben werden, so dass die speziellen gebietsbezogenen Weiterbildungsinhalte tatsächlich in 12 Monaten abgeleistet werden können.

Die vorgeschlagene Modifizierung der Weiterbildungszeit bei der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin kommt zudem den tatsächlichen Strukturen in den Krankenhäusern entgegen, in denen zunehmend zentrale und interdisziplinäre Intensivstationen gebildet werden. Daher wird die Erhöhung der anzuerkennenden Weiterbildungszeit von 6 auf 12 Monate dazu beitragen, den Weiterbildungsassistenten eine durchgehende intensivmedizinische Weiterbildung an einem Krankenhaus zu ermöglichen.

Voraussetzung für die Anerkennung einer 12-monatigen Weiterbildung in der Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin eines anderen Gebietes soll die Ermächtigung des Weiterbildungsleiters über den vollen Umfang (24 Monate) für diese Weiterbildung Intensivmedizin sein. Die Verantwortung für die Weiterbildung trägt der zuständige Weiterbildungsleiter unabhängig vom Fachgebiet des Weiterzubildenden.

Die Anerkennung der Weiterbildungszeit auf einer Intensivstation eines anderen Fachgebietes durch die Landesärztekammern soll nur dann erfolgen, wenn ein interdisziplinäres Patientenspektrum nachgewiesen ist, damit die allgemeingültigen Inhalte der intensivmedizinischen Weiterbildung in ausreichendem Maße vermittelt werden können. Auch müssen auf den Intensivstationen ausreichende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der jeweiligen Gebiete vermittelbar und verfügbar sein.

52. Zusatz-Weiterbildung Labordiagnostik

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Handrock, Herrn Dr. Müller und Frau Dr. Keller (Drucksache III - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Zusatz-Weiterbildung Labordiagnostik - fachgebunden - soll als integraler Bestandteil in die Fachgebiete der Urologie und Gynäkologie reintegriert werden.

Als Beispiel kann der Entwurf der Weiterbildungsordnung von Berlin dienen:

Weiterbildungsinhalt:

„Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in ... der gebietsbezogenen Labordiagnostik als integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung einschließlich der Zytodiagnostik sowie der Durchführung, Befundung und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild ...

Begründung:

Die Facharztkompetenz muss dauerhaft gewährleistet werden. Es dürfen Kernkompetenzen aus den jeweiligen Fachgebieten nicht herausgebrochen werden. Eine zunehmende Einschränkung des Facharztprofils führt zu der Situation, dass eine unabhängige Berufsausübung in eigener Verantwortung nicht mehr möglich ist.

Mit der Implementierung der Kompetenzen stärken wir das Berufsbild des freien, unabhängigen, nur seinen Patienten verpflichteten Arztes.

53. Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Müller, Herrn Dr. Handrock und Frau Dr. Keller (Drucksache III - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie soll als integraler Bestandteil in die Fachgebiete der Urologie, Gynäkologie und Dermatologie reintegriert werden.

Als Beispiel kann die Weiterbildungsordnung von Berlin dienen:

Definition:

„Die Gebiete umfassen die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge ... von gebietsbezogenen onkologischen Erkrankungen unter Einbeziehung der medikamentösen Behandlungsformen.“

Weiterbildungsinhalt:

„Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in ... den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthherapie einschließlich der medikamentösen Tumorthherapie als integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung ...“

Begründung:

Das oben genannte Beispiel wurde erfolgreich in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin eingeführt. Die Weiterbildungszeiten werden unnötig und unwirtschaftlich verlängert, wenn dieser Kernbereich in den Fächern fehlt.

Eine vergleichbare Integration der Medikamentösen Tumorthherapie existiert bereits in der MWBO 2003 für die Fachbereiche der Gastroenterologie und Strahlentherapie.

Die Fachgebiete Urologie und Gynäkologie behandeln bundesweit jeweils mehr als 25 % aller vorkommenden Tumorfälle.

Eine flächendeckende onkologische Betreuung der betroffenen Patienten kann nur bei einem Verbleiben der Medikamentösen Tumorthherapie im jeweiligen Fachgebiet gewährleistet werden.

Der Antrag wird von den Berufsverbänden der Urologen und Gynäkologen unterstützt.

54. Psychotherapie -fachgebunden-

Der Beschlussantrag von Frau Löber-Kraemer, Frau Bartels, Frau Dr. Groß M.A. und Herrn Mälzer (Drucksache III - 39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag empfiehlt die Streichung der Beifügung – fachgebunden- aus der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, fachgebunden.

Begründung:

Das Wort "fachgebunden" wurde der Zusatzbezeichnung Psychotherapie im Zuge der Etablierung des Gebietes Psychotherapeutische Medizin beigelegt, um eine klare sprachliche Abgrenzung der Ärztlichen Psychotherapie in den anderen Gebieten zu erreichen.

Da nun das Gebiet Psychotherapeutische Medizin in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umbenannt wurde und so neben den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie steht, ist die weitere sprachliche Abgrenzung zu der Ärztlichen Psychotherapie in den anderen Gebieten nicht mehr erforderlich. Die Stringenz der früheren Systematik wird durch die Streichung der Beifügung "fachgebunden" wiederhergestellt.

55. Magnetresonanztomographie -fachgebunden-: Weiterbildungszeit

Der Beschlussantrag von Herrn Mälzer, Frau Dr. Heinemann und Herrn Dr. Oberschelp (Drucksache III - 48) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag beschließt folgenden Änderungsantrag zur MWBO vom Mai 2003 für Magnetresonanztomographie -fachgebunden-

Änderung zu der Weiterbildungszeit - Neufassung des 1. Absatzes:

„Weiterbildungszeit:

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

- 12 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden
- 12 Monate während einer Facharztweiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten für Magnetresonanztomographie -fachgebunden- gemäß § 5 Abs.1 abgeleistet werden."

Begründung:

Seit Einführung der Zusatzbezeichnung Magnetresonanztomographie -fachgebunden- nimmt die Anzahl der darin geprüften, qualifizierten Kollegen zu. Diese sollen künftig vollumfänglich in die Weiterbildungsbefugnis eingebunden werden, um die Nachwuchsförderung im Fachgebiet auf eine breitere Grundlage zu stellen. Ferner wird hier analog zum Vorstandsantrag der Bundesärztekammer zum Röntgendiagnostik -fachgebunden- die Möglichkeit gewährt, schon während der Weiterbildung zum Facharzt die Kernbestandteile der Bildgebung zu erlernen.

Eine ähnliche Regelung findet sich als Kardio-Magnetresonanztomographie in der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.

56. Magnetresonanztomographie -fachgebunden-: Weiterbildungszeit

Der Beschlussantrag von Herrn Mälzer, Frau Dr. Heinemann und Herrn Dr. Oberschelp (Drucksache III - 49) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Einfügen des nachfolgenden Satzes:

„oder

in einer Frist von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieses Nachtrags dieser Weiterbildungsordnung ersetzbar durch

- 120 Stunden fachgebundene Fallseminare unter Leitung eines Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1
- 200 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in "Magnetresonanztomographie"

Begründung:

Eine solche Änderung ist bereits mit dem 8. Nachtrag der Weiterbildungsordnung (WBO) von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin verabschiedet.

Für niedergelassene Ärzte war es schwer, die Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomographie - fachgebunden- neben der Niederlassung zu absolvieren oder die Voraussetzungen für die Anerkennung nach den bisher geltenden Übergangsbestimmungen zu erfüllen. Mit der neuen für 5 Jahre geltenden Übergangsregelung soll es insbesondere niedergelassenen Ärzten ermöglicht werden, die Voraussetzungen für die Prüfungszulassung für die Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung neben ihrer niedergelassenen Tätigkeit durch Teilnahme an theoretischen und praktischen Kursen zu erfüllen. Für diese war bereits in der früheren MWBO seit 1992 die Indikationsstellung zu und Befundbewertung von CT, MRT, ... Bestandteil der Weiterbildung.

57. Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin: Weiterbildungszeit

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Grassl und Herrn Dr. Willerding (Drucksache III - 68) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag möge den Vorstand beauftragen, die Weiterbildungszeit in der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin zu überdenken und die Zeit an der Weiterbildungsstätte Betriebs-/Arbeitsmedizin zu reduzieren.

Begründung:

Zur Abdeckung der notwendigen Einsatzzeiten in den Betrieben ist neben der Anzahl der Arbeitsmediziner eine genügende Anzahl von Betriebsmedizinern dringend erforderlich, auch im Hinblick auf die Versorgung im ländlichen Raum. Die vorgeschlagenen Weiterbildungszeiten sind für einen Niedergelassenen nur schwer erreichbar.

Die Qualifikation Betriebsmedizin unterscheidet sich nur unwesentlich von dem Facharzt für Arbeitsmedizin.

Neue Bezeichnungen

58. Einführung einer Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik in der Radiologie

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Kaiser und Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Hahn (Drucksache III - 43) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Eine Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik in der Radiologie mit einer Weiterbildungszeit von 18 Monaten sollte eingeführt werden, wobei die Gesamtweiterbildungszeit für das Gebiet Radiologie und die Zusatz-Weiterbildung auf 72 Monate summiert werden sollte.

Begründung:

Die technologische und wissenschaftliche Weiterentwicklung der bildgebenden Diagnostik führt verstärkt zum Einsatz von Hybridgeräten, so beispielhaft von SPECT/CT und PET/CT, die Erfahrungen und Kenntnisse sowohl in der Nuklearmedizin als auch in der Radiologie erfordern. Über die Einführung der Zusatzbezeichnungen soll gewährleistet werden, dass Fachärzte über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten im jeweils komplementären Gebiet verfügen. Da die Verfahren SPECT/CT und PET/CT das Vorliegen umfangreicher Vorkenntnisse in den jeweiligen Gebieten voraussetzen, eignen sie sich nicht für eine Basisweiterbildung, die am Anfang der Weiterbildung stehen sollte.

59. Einführung einer Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Kaiser und Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Hahn (Drucksache III - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Eine Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin mit einer Weiterbildungszeit von 18 Monaten sollte eingeführt werden, wobei die Gesamtweiterbildungszeit für das Gebiet Nuklearmedizin und die Zusatz-Weiterbildung auf 72 Monate summiert werden sollte.

Begründung:

Die technologische und wissenschaftliche Weiterentwicklung der bildgebenden Diagnostik führt verstärkt zum Einsatz von Hybridgeräten, so beispielhaft von SPECT/CT und PET/CT, die Erfahrungen und Kenntnisse sowohl in der Nuklearmedizin als auch in der Radiologie erfordern. Über die Einführung der Zusatzbezeichnungen soll gewährleistet werden, dass Fachärzte über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten im jeweils komplementären Gebiet verfügen. Da die Verfahren SPECT/CT und PET/CT das Vorliegen umfangreicher Vorkenntnisse in den jeweiligen Gebieten voraussetzen, eignen sie sich nicht für eine Basisweiterbildung, die am Anfang der Weiterbildung stehen sollte.

60. Sexualmedizin

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Wyrwich (Drucksache III - 61) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ wird in die MWBO aufgenommen.

Begründung:

Die aktuelle Situation und Diskussion über sexuelle Missbrauchsfälle innerhalb der Kirche und anderen Institutionen, wie Heimen, Schulen und Jugend-Freizeiteinrichtungen, unterstreicht die dringende Notwendigkeit einer qualifizierten Weiterbildung für interessierte Ärztinnen und Ärzte.

Der Bedarf an kompetenten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern ist hoch. Mit den bisherigen durch die MWBO vermittelten Weiterbildungsinhalten kann das erforderliche Wissen nicht erworben und ein breites therapeutisches Angebot nicht abgedeckt werden.

Die Ärztekammer Berlin hat im Jahr 2006 als erste Landesärztekammer die Zusatzbezeichnung Sexualmedizin in ihre Weiterbildungsordnung aufgenommen. Seit dem haben 20 professionell weitergebildete Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in dieser Zusatz-Weiterbildung abgeschlossen und sich einer Prüfung

unterzogen. In Berlin wurde am Universitätsklinikum Charité die erste Hochschulambulanz für Sexualmedizin eingerichtet.

Die Qualifizierung in Form einer Zusatz-Weiterbildung hat sich in Berlin hervorragend bewährt und sollte daher bundesweit durch Aufnahme in die MWBO etabliert werden, um einen einheitlichen sexualmedizinischen Standard zu gewährleisten und die Qualität der ärztlichen Leistung zu sichern.

61. Einführung einer Facharztbezeichnung Notfallmedizin

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Wyrwich und Herrn Dr. Tegethoff (Drucksache III - 62) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Facharztbezeichnung Notfallmedizin soll in die MWBO eingeführt werden.

Begründung:

Medizinisches Wissen hat heute eine Halbwertszeit von etwa fünf Jahren, mit der Folge einer zunehmenden fachlichen Spezialisierung. Gleichzeitig ändert sich die Versorgungslandschaft durch politische Systemveränderungen. Die Versorgung von Patienten sowohl in der präklinischen als auch in der initialen klinischen Phase bedarf einer raschen und zielgerichteten Therapie.

Die Kompetenz eines auf diese Phasen der medizinischen Betreuung spezialisierten „ärztlichen Managers“, verbunden mit einer breiten Grundkenntnis interdisziplinärer Notfallsituationen, ermöglicht eine frühe und sachgerechte Patientenversorgung.

Eine standardisierte Weiterbildung in der Notfallmedizin wird durch die Fokussierung auf einen Befugten verwirklicht.

62. Einführung "Facharzt Innere Medizin und Geriatrie"

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Wyrwich und Herrn Dr. Jonitz (Drucksache III - 64) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die MWBO wird im Gebiet Innere Medizin um die Facharztkompetenz „Innere Medizin und Geriatrie“ ergänzt.

Begründung:

Der Bedarf für eine Facharztkompetenz in Innerer Medizin und Geriatrie ist durch die demographische Entwicklung selbsterklärend begründet. Die Geriatrie ist in mehreren Landesärztekammern (z. B. Brandenburg, Berlin ...) bereits eingeführt. Dies hat sich bewährt, da die Bedürfnisse der geriatrischen Behandlung als Querschnittsdisziplin hierdurch besser abgebildet werden.

Allgemeines

63. Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2010

Der Beschlussantrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Dr. Ungemach und Frau Dr. Gitter (Drucksache III - 09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag tritt dafür ein, anlässlich der bevorstehenden Novellierung der MWBO folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Auswirkungen der MWBO 2003/2007 – insbesondere Common Trunk und Spezialisierung
- Ergebnisse der Evaluation
- Abgrenzung Gebiets- und Facharztdefinitionen
- Anträge seit Mitte 2008
- Abstimmung von Verbänden und Fachgesellschaften zu Inhalten und Zahlen

Darüber hinaus muss in Absprache mit den wesentlichen Beteiligten die Ausrichtung der MWBO überprüft werden, dies u. a. im Hinblick auf die Qualität der Versorgung, den tatsächlichen Bedarf, die Flexibilität und die Europakompatibilität.

Insbesondere sollte die Ausrichtung der MWBO soweit als möglich an Inhalten und Kompetenzen statt an Zeitvorgaben festgemacht werden. Vergleichbare Kompetenzen aus einem Fachgebiet ließen sich dann in andere Fachgebiete übertragen. Dies könnte dazu beitragen, die notwendige Flexibilität, Durchlässigkeit und Anpassung an die Versorgungsrealität deutlich zu erleichtern.

64. Modulare Struktur der Weiterbildung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache III - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer, die Landesärztekammern sowie die Weiterbildungsstellen der Ärzteschaft auf, mit dem Ziel einer weitgehenden Flexibilisierung der ärztlichen Weiterbildung gemeinsam praktikable Vorschläge zur Strukturierung der Weiterbildung als modulares System zu erarbeiten und dem 114. Deutschen Ärztetag vorzustellen.

Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Jedes Modul sollte mit einer Teilprüfung abgeschlossen werden können, deren Inhalt dann nicht mehr Bestandteil der Facharztprüfung sein darf. Die Geltung eines über den erfolgreichen Abschluss einer Teilprüfung ausgestellten Zeugnisses ist grundsätzlich unbefristet.
- Die Module müssen inhaltlich eigenständig und abgeschlossen sein.
- Die einzelnen Module sollten sich nicht nur innerhalb eines Gebietes ergänzen, sondern auch über Gebiete hinweg kompatibel sein, soweit dies fachlich sinnvoll ist.

Begründung:

Eine Flexibilisierung der ärztlichen Weiterbildung ist vor dem Hintergrund des Ärztemangels dringend geboten. Vor allem junge Kolleginnen und Kollegen orientieren ihre Berufstätigkeit stärker an ihren Erwartungen an ein erfülltes Familienleben. Die Nichtvereinbarkeit von Familie und Beruf ist einer der Hauptgründe für die Entscheidung vieler junger Ärztinnen und Ärzte, der kurativen Medizin den Rücken zu kehren.

Da die Erlangung eines Facharztstitels eine grundlegende Voraussetzung darstellt, in der Versorgung der gesetzlich Versicherten tätig zu werden, ist eine attraktive und

flexible Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung ohne Alternative. Ein modularer Aufbau der ärztlichen Weiterbildung trägt dabei vor allem der Möglichkeit einer flexiblen Karriere- und Lebensplanung Rechnung. Damit würden die Landesärztekammern einen wesentlichen Beitrag zur nachhaltigen Gewinnung ärztlichen Nachwuchses und zum Erhalt des eigenen Berufsstandes leisten.

65. Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Jahre 2013

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Herrmann und Herrn Dr. Voigt (Drucksache III - 30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Dem Deutschen Ärztetag 2013 ist eine Novellierung der MWBO vorzulegen, insbesondere unter der Berücksichtigung eines modularen Aufbaus.

Begründung:

Die MWBO von 2003, ergänzt 2007, ist vollständig zu novellieren. Eine jährliche Überarbeitung reicht nicht aus, um auf Änderungen und auf die Bildungsrealität zu reagieren. Insbesondere sollte ein modularer Aufbau flexible Bildungsinhalte und Versorgungsrealitäten abbilden. Ein dreijähriger Zeitraum sollte ausreichen, um eine komplette Neugestaltung zu erarbeiten und dem Ärztetag zur Abstimmung vorzulegen.

66. Weiterbildung in ambulanter Praxis

Der Beschlussantrag von Frau Mühlfeld (Drucksache III - 25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert eine Ausweitung der Weiterbildungszeiten im ambulanten Bereich.

Das Präsidium der Bundesärztekammer bzw. die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ soll bis zum nächsten Ärztetag einen Vorschlag unterbreiten, dass die Weiterbildungszeit, die in der ambulanten Praxis in einem Gebiet erbracht werden kann, ausgedehnt wird.

Begründung:

In den letzten Jahren hat sich die Behandlung vieler Erkrankungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert. Dies hat dazu geführt, dass wesentliche Krankheitsbilder in der stationären Versorgungsebene nicht oder kaum mehr behandelt werden. Dies führt bei einer Konzentration der Weiterbildung auf den stationären Bereich zu Fehleinschätzungen. Einerseits werden Kenntnisse zu diesen Erkrankungen nur ungenügend vermittelt, andererseits wird die Bedeutung vieler Krankheitsbilder nicht richtig erkannt. Dies führt dann zu Fehlallokation von Ressourcen. Es sollte die Regel sein, dass in allen Fachgebieten die Hälfte der Weiterbildungszeit ambulant abgeleistet werden kann.

Der Antrag wird vom Bundesverband der Pneumologen unterstützt.

67. Keine Verwendung sozialrechtlicher Begriffe

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Römer, Herrn Dr. Kaplan, Herrn Dr. Schröter und Herrn Dr. Feyerabend (Drucksache III - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag möge beschließen, dass bei der grundsätzlichen Novellierung der MWBO diese keine sozialrechtlichen Begriffe und Abhängigkeiten

enthält. Die MWBO definiert die fachliche Voraussetzung einer Facharztkompetenz einschließlich der Struktur- und Prozessqualität der Weiterbildung.

Begründung:

Die MWBO dient nicht der Strukturierung der Versorgung, weder im privatärztlichen noch im vertragsärztlichen Bereich.

68. Weiterbildung auch für in eigener Niederlassung befindliche Ärztinnen und Ärzte ermöglichen

Der Beschlussantrag von Herrn Bodendieck und Herrn Prof. Dr. Köhler (Drucksache III - 40) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, bei der Weiterentwicklung der MWBO darauf hinzuwirken, dass in Niederlassung befindlichen Ärztinnen und Ärzten ohne Inkaufnahme wirtschaftlicher Risiken für ihre Praxis die Möglichkeit des Erwerbs von Zusatzbezeichnungen und geeigneten Schwerpunktbezeichnungen ermöglicht wird.

Begründung:

Fast alle Bezeichnungen nach Weiterbildungsordnung sind verbunden mit einer mindestens sechsmonatigen Tätigkeit in Voll-, hilfsweise in Teilzeit bei zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzten. In Niederlassung befindliche Ärztinnen und Ärzte müssen unter diesen Umständen bei Weiterführung ihrer Praxis eine deutliche Gefährdung der wirtschaftlichen Sicherheit der Praxis durch Aufgabe der vollen Praxistätigkeit oder aber auch eine deutliche Verlängerung ihrer Weiterbildungszeit hinnehmen.

In Zukunft wird ärztliche Weiterbildung zunehmend mehr in der ambulanten, weniger in der stationären Medizin notwendig sein müssen.

Wenn niedergelassene Ärzte aber vom Erwerb einer Bezeichnung nach Weiterbildungsordnung abgeschnitten sind, wird der Mangel an spezialisierten Ärztinnen und Ärzten verschärft werden.

69. Stärkung der Strukturqualität in der MWBO durch Präzisierung der Begriffe „Gebiet“ und „Fachkompetenz“

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Windhorst, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Schulze, Herrn Dr. Eichelmann und Frau Dr. Gitter (Drucksache III - 45a) zum Beschlussantrag von Herrn Dr. Windhorst, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Schulze, Herrn Dr. Eichelmann und Frau Dr. Gitter (Drucksache III - 45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Absatz 1 soll der bisherige Beginn „Innerhalb eines Jahres ...“ ersetzt werden durch: „Bis Mitte 2011 ...“.

70. Stärkung der Strukturqualität in der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch Präzisierung der Begriffe "Gebiet" und "Fachkompetenz"

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Windhorst, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Schulze, Herrn Dr. Eichelmann und Frau Dr. Gitter (Drucksache III - 45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Innerhalb eines Jahres sollen von den Weiterbildungs- und Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer Vorschläge für verbindliche Regelungen in MWBO

und/oder (Muster-)Berufsordnung (MBO) zur Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf tatsächlich erlernte Inhalte und Fertigkeiten sowie die eigene Facharztkompetenz erarbeitet werden.

Begründung:

Die Weiterbildungsordnungen (WBO) der Ärztekammern und die MWBO dienen als strukturgebende Elemente der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung. Das Ziel der Weiterbildung ist der geregelte Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen (§ 1 MWBO).

Beim Übergang der MWBO 1993 auf die MWBO 2003 hat der Begriff des „Gebietes“ einen fundamentalen Wandel erfahren. Deutlich wird dies bei den beiden großen Gebieten „Chirurgie“ und „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“. Innerhalb dieser „Groß“-Gebiete gibt es keine fachfremden Tätigkeiten mehr. Überspitzt ausgedrückt: Die Lebertransplantation ist für den Unfallchirurgen, die Hochdosis-Chemotherapie für den Diabetologen nicht mehr fachfremd.

Die in den Heilberufe- und Kammergesetzen enthaltene Bestimmung, wonach ein Arzt grundsätzlich nur in dem Gebiet tätig sein darf, dessen Bezeichnung er führt, verliert durch die Erweiterung des Gebietsbegriffes ihren Sinn und Zweck. Die Generalpflicht zur gewissenhaften Berufsausübung (§ 2 Abs. 2 MWBO) kann diese Erweiterung nicht auffangen. Auch an anderer Stelle, insbesondere bei der Krankenhausplanung, hat sich die Begriffsverschiebung der Gebietsdefinition nachteilig ausgewirkt. Durch eine Konkretisierung sollen MWBO und MBO an Gewicht gewinnen.

71. Berücksichtigung von flexiblen Arbeitszeitmodellen

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Mieke und Frau Dr. Hentschel-Weiss (Drucksache III - 55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer möge dafür Sorge tragen, dass in der MWBO flexible Arbeitszeitmodelle berücksichtigt und angepasst werden.

Begründung:

Da junge Kolleginnen und Kollegen Familie und Beruf zunehmend in Einklang bringen müssen, sind flexible Arbeitszeitmodelle nötig. Unnötig lange Fortbildungszeiten und die daraus resultierenden Folgen können dadurch vermieden werden.

Evaluation der Weiterbildung

72. Projekt „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 02) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Der 113. Deutsche Ärztetag begrüßt die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Weiterbildung und die Fortsetzung des gemeinsamen Projektes von Bundesärztekammer und Landesärztekammern „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“.

Begründung:

Die Beteiligungsquote sowie die Ergebnisse der ersten Umfrage 2009 haben

gezeigt, wie wichtig es ist, die Befragung der Weiterzubildenden und Weiterbilder als Instrument für eine Feedback-Kultur zur Verbesserung der Situation der Weiterbildung zu nutzen. Die Erfahrungen mit dieser erstmals bundesweit durchgeführten Untersuchung sollten in den Gremien von Bundes- und Landesärztekammern beraten werden, um Konsequenzen für die geplante Erhebung im Frühjahr 2011 abzustimmen. Im Zusammenhang mit einer gezielten Einflussnahme der Landesärztekammern auf die Weiterbildungskultur werden insbesondere die Longitudinalvergleiche langfristige und konkrete Aussagen über Verbesserungspotenziale in der Weiterbildung zulassen.

73. Ergebnisse und Weiterentwicklung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 03) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die nun vorliegende Veröffentlichung der Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung 2009 der Bundesärztekammer.

Sie bestätigen trotz nur mäßiger Beteiligung der Weiterzubildenden die bestehende Einschätzung zur Realität der Weiterbildung in Deutschland. Die insgesamt gute Globalbewertung der Weiterbildung (Durchschnittsnoten) zeigt die bekannte gute Ergebnisqualität, aber die Durchschnittsnote ermöglicht nicht die Unterscheidung guter oder schlechter Weiterbildungsstätten und -befugten).

Der Deutsche Ärztetag spricht sich daher dafür aus:

Bei weiteren Veröffentlichungen sollte die Auswertung nicht über Mittelwerte, sondern über Häufigkeitsverteilungen mit Angabe der Beteiligungsquoten erfolgen. Die Sinnhaftigkeit der dynamischen Spinnen ist zu überprüfen und deren Veröffentlichung ggf. einzustellen.

Alle Befugtenberichte, in denen sich Weiterzubildende sich ausschließen, müssen gekennzeichnet werden, damit nicht fälschlicherweise mit einer guten Weiterbildung vor Ort geworben werden kann.

Um eine höhere Beteiligung der Weiterzubildenden zu erreichen, sind mehr Transparenz und eine zugesicherte Mitwirkung bei der Aufarbeitung der Evaluationsergebnisse erforderlich.

Die Rückwirkung der Arbeitsbedingungen auf die Qualität der Weiterbildung ist in Zukunft stärker in den Mittelpunkt der Darstellung zu stellen.

74. Optimierung der ärztlichen Weiterbildung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 04) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die Weiterbildung der Ärzte in Deutschland ist geregelt und gewährleistet durch die fortlaufende Weiterentwicklung und kontrollierte Umsetzung der MWBO durch die Ärztekammern als Organe der ärztlichen Selbstverwaltung.

Erstmalig 2009 wurde das Instrument der Evaluation zur Überprüfung der tatsächlich gelebten Weiterbildung in Deutschland eingesetzt. Die Resultate hieraus, die hierbei gewonnenen Erfahrungen – insbesondere hinsichtlich der

Schwachpunkte – sind Grundlage zur Verbesserung dieses Instrumentes, an dem grundsätzlich festgehalten werden wird.

Der Deutsche Ärztetag fordert und fördert die Gewährleistung einer umfassenden und tatsächlich im Alltag praktizierten ärztlichen Weiterbildung durch Maßnahmen der Ärztekammern.

Der Deutsche Ärztetag sieht Angebote privater Firmen, die Qualitätssiegel für eine optimierte ärztliche Weiterbildung bieten und diese mit neuen Beratungs- und Zertifizierungsverfahren verbinden, kritisch und lehnt sie ab.

75. Schaffung einer Internetplattform zur Dokumentation der Weiterbildung

Auf Antrag von Herrn Dr. Fabian, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 05) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, zusammen mit den Landesärztekammern eine Internetplattform zur Dokumentation und Nachverfolgung der Weiterbildung zu erstellen. In diese ist auch die Evaluation der Weiterbildung zu integrieren. Die Nutzung soll für Weiterzubildende mittelfristig verpflichtend sein. Ziel ist es, ein für die Weiterbildungsausschüsse der Landesärztekammern nutzbares Dokument zu erstellen, das vom Weiterbilder bestätigt ist und Auskunft über die Zulassungsfähigkeit des Weiterzubildenden zur Prüfung gibt.

76. Meldepflicht der Weiterzubildenden

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 08) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die Ärztekammern werden aufgefordert, jährlich den Status der ärztlichen Weiterbildung ihrer Kammermitglieder abzufragen. Hierzu könnten die Landesärztekammern eine Meldepflicht der Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden einführen.

Dadurch werden jährlich bundesweit die vier „W“s der Weiterbildung erhoben:

- wer - ja/nein
- was - Weiterbildungsgang
- wo - bei welchem Befugten
- wann - in welchem Weiterbildungsjahr

Die Meldung könnte z. B. einmal jährlich anlässlich der Beitragsveranlagung ohne Mehrkosten auf dem Meldebogen geschehen.

77. Bessere Nutzung des Datenpools

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 10) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der bei der Evaluation 2009 erhobene Datenpool zur Weiterbildung ist die größte in Deutschland durchgeführte Erhebung zur realen Situation der Weiterbildung.

Die Bundesärztekammer wird gebeten zu prüfen, inwieweit eine weitere gezielte Auswertung unter Berücksichtigung der realen Weiterbildungssituation in den Kliniken vor der Evaluation 2010 ohne zusätzliche finanzielle Mehraufwendungen möglich ist.

Aufgrund der erhobenen Daten sind dann für die Evaluation 2010 der Fragenkatalog zu verändern und die Möglichkeit der direkten Rohdatenanalyse durch die Landesärztekammern zu überprüfen.

Eine so gestaltende fortlaufende Evaluation wird die Weiterbildung in Deutschland in ihrer Strukturqualität deutlich verbessern und damit die Arztflucht aus Deutschland vermindern.

78. Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Weiterbildung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 11) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die Ärztekammern werden aufgefordert, die Ergebnisse der Evaluation in eine aufsuchende Förderung und Kontrolle der Weiterbildung vor Ort durch eine kontinuierliche Strukturqualitätssicherung umzusetzen.

Trotz „scheinbar“ guter Durchschnittswerte zeigt die reale Betrachtung der Weiterbildung vor Ort ein deutlich anderes Bild. Nur die Hälfte der Weiterzubildenden erhält einen Weiterbildungsplan, nur 60 % erhalten Weiterbildungsziele. Eine große Zahl der Weiterzubildenden verweigert die Aufnahme in den Befugtenbericht.

Ab der Evaluation 2010 ist den Weiterzubildenden der direkte Zugriff auf die Befugtenberichte zu gestatten.

Hierzu sind die vom 112. Deutschen Ärztetag beschlossenen Konzepte direkt in die Weiterbildung vor Ort umzusetzen.

79. Rechtsgrundlagen zur Veröffentlichung von Daten prüfen

Auf Antrag von Herrn Dr. Voigt (Drucksache III - 54) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird gebeten, in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern zu prüfen, ob Rechtsgrundlagen geschaffen werden müssen, um die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung weiterbildungsstättenbezogen veröffentlichen zu können.

Begründung:

In den Heilberufe- und Kammergesetzen ist geregelt, dass Verzeichnisse der befugten Kammermitglieder und der zugelassenen Weiterbildungsstätten bekannt zu geben sind. Das könnte eine abschließende Regelung darstellen. Ferner findet sich zum Beispiel im Niedersächsischen Kammergesetz für die Heilberufe die Regelung, dass Mitglieder der Organe und der Ausschüsse der Kammer die ihnen bei der Ausübung ihres Amtes bekannt gewordenen Daten über persönliche und wirtschaftliche Verhältnisse der Kammermitglieder geheim zu halten haben. Für die Mitarbeiter der Ärztekammer gelten die Bestimmungen des Niedersächsischen

Datenschutzgesetzes. Es erscheint daher fraglich, ob eine Veröffentlichung der Ergebnisse der Evaluation, soll sie nicht lediglich freiwillig erfolgen, ohne zusätzliche Rechtsgrundlage möglich ist.

Zu Punkt IV der Tagesordnung:

PATIENTENRECHTE – ANSPRUCH AN STAAT UND GESELLSCHAFT

1. Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Scholze, Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Prof.Dr.Dr.habil. Dietrich und Herrn Dr. Pickerodt (Drucksache IV - 01a) und des Antrags von Herrn Dr. Clever (Drucksache IV - 01c) fasst der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

I.

Patientenrechte haben in der Patient-Arzt-Beziehung einen hohen Stellenwert. Sie sind die Basis einer partnerschaftlichen therapeutischen Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt. Deutschland hat ein vergleichsweise hohes Patientenrechtsniveau in Europa.

Die zunehmende Rationierung in unserem Gesundheitswesen macht jedoch eine andere Bewertungsperspektive von Patientenrechten notwendig. Es geht um die Schutzfunktion von Patientenrechten zur Absicherung von Mindeststandards einer bedarfsgerechten Patientenversorgung auf der Grundlage von rechtlich durchsetzbaren Leistungsansprüchen. Rationierung führt zu einem System der ungleichen Verteilung von Gesundheitschancen.

II.

Die politische Diskussion um eine gesetzliche Regelung von Patientenrechten ist neu eröffnet worden. Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU/FDP findet sich die Aussage: „Die Patientenrechte wollen wir in einem eigenen Patientenschutzgesetz bündeln, das wir in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten am Gesundheitswesen erarbeiten werden.“ Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung hat Eckpunkte für ein Patientenrechtegesetz bis Ende 2010 angekündigt. Die SPD-Fraktion hat im Deutschen Bundestag einen näher begründeten Antrag (vgl. Bundestagsdrucksache 17/907) gestellt, mit dem die Bundesregierung aufgefordert wird, einen Gesetzentwurf zum Schutz der Patientenrechte einzubringen. Schwerpunkte der Forderungen sind z. B. die gesetzliche Regelung des Behandlungsvertrages, Neuverteilung der Beweislast im Arzthaftungsprozess, Patientensicherheit, Patientenbeteiligung in Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sowie alternative Entschädigungssysteme bei Behandlungsfehlern.

III.

Statt eines neuen Gesetzes fordert die Ärzteschaft die verlässliche Sicherung folgender grundlegender Patientenrechte in der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung:

- 1. Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung.** Das setzt einerseits voraus, dass für den Patienten ausreichende Information und Aufklärung sowie die Nutzung der Prinzipien "gemeinsame Entscheidungsfindung" und "Informed Consent"

gewährleistet sind. Darüber hinaus ist die Therapiefreiheit des Arztes ebenso wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel unabdingbar. Eine Rationierung medizinischer Leistungen oder auch der Weg in eine Checklistenmedizin führen jedoch zu einer schlechten medizinischen Versorgung. Eine nach der Sozialgesetzgebung nicht mögliche oder nicht finanzierte Behandlung darf haftungsrechtlich zukünftig nicht zu Lasten Dritter, etwa des einzelnen Arztes im haftungsrechtlichen Verfahren, abgeladen werden.

2. **Der Patient hat Anspruch auf die freie Arztwahl.** Patientenrechte und Patientenautonomie bleiben aber nur Phrasen, wenn dieses Recht auf freie Wahl und damit auf die individuelle Vertrauensbeziehung zum Patienten aufgehoben wird.
3. **Der Patient hat Anspruch auf Transparenz.** Die Ärzteschaft setzt sich deshalb nachdrücklich für eine regelmäßige Information des Patienten über Art, Menge, Umfang und vor allem die Kosten der für ihn erbrachten Leistungen ein. Zugleich aber muss der Patient die Möglichkeit erhalten, zwischen Sachleistung und Kostenerstattung auf der Basis einer amtlichen Gebührenordnung zu wählen.
4. **Der Patient hat Anspruch auf Wahrung des Patientengeheimnisses.** Grundlage einer freien und vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt ist die ärztliche Schweigepflicht. Gesetzliche Mitteilungspflichten müssen auf das medizinisch unerlässlich Notwendige begrenzt bleiben. Abgelehnt werden alle Versuche, das Patientengeheimnis zu durchbrechen. Bei der Erfassung und Verwendung von Patientendaten ist in jedem Einzelfall die Zustimmung des Patienten unerlässlich.
5. **Der Patient hat Anspruch auf die Solidarität der Gesellschaft.** Solidarität heißt, dass jeder entsprechend seiner finanziellen Möglichkeiten einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu leisten hat und die Krankenversicherung auch nur nach Maßgabe des Notwendigen in Anspruch nimmt. Zugleich muss im Wettbewerb der Krankenversicherung Raum für die private Krankenversicherung bleiben. Eine Einheitsversicherung widerspricht den Prinzipien der Eigenverantwortung sowie der Patientenautonomie und wird deshalb von der Ärzteschaft abgelehnt.
6. **Der Patient hat Anspruch auf eine solidarische Krankenversicherung,** die diesen Namen verdient. Als Versicherter zahlt er Beiträge in die Krankenversicherung ein, um im Krankheitsfall notwendige Leistungen zu erhalten.
7. **Der Patient hat Anspruch auf ein bürgernahes Gesundheitswesen.** Dies ist nur durch eine Selbstverwaltung der Beteiligten und Betroffenen zu gewährleisten. Wird die Selbstverwaltung jedoch abgeschafft, sind Anonymisierung, Deprofessionalisierung und weitere Mangelverwaltung nicht mehr aufzuhalten und die Rationierung als Strukturprinzip unausweichlich. Menschlichkeit und medizinischer Fortschritt sind dann Luxus in einer Zwei-Klassen-Medizin.
8. **Der Patient erwartet Fürsorge und Zuwendung** von den im Gesundheitswesen Tätigen. Doch die zunehmende Reglementierung im Gesundheitswesen, die zum Teil menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen und die überbordende Bürokratie führen zu wachsender Demotivation der Gesundheitsberufe. Die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen müssen deshalb endlich so gestaltet werden, dass diese Berufe wieder an Attraktivität

gewinnen. Anderenfalls droht ein empfindlicher Personalmangel in der medizinischen Versorgung.

Die Ärzteschaft bekennt sich zu einem partnerschaftlichen Kooperationsmodell zwischen Patient und Arzt. Es ist verfehlt, nur einseitig von Pflichten des Arztes und Rechten des Patienten zu sprechen.

Der Deutsche Ärztetag widerspricht nicht einer Kodifikation der schon gegenwärtig in mehreren Gesetzen und in der vieljährigen Rechtsprechung entwickelten Patientenrechte. Wir halten aber eine eigenständige neue Gesetzgebung im Kern für nicht notwendig.

Eine eigenständige, bundesdeutsche Kodifikation der Patientenrechte wäre auch aus übergreifenden europapolitischen Erwägungen verfehlt. Unverkennbar ist die zunehmende Europäisierung der Patientenrechtefragen. Zu erwähnen sind die vorgesehenen Vorhaben zu Patientenrechten bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung, zur Patienteninformation im pharmazeutischen Bereich und zur Organtransplantation.

Unstreitig ist für die ärztliche Versorgung des Patienten ein objektiver medizinischer Standard grundsätzlich der Maßstab. Eine finanzierungsbedingte sozialrechtliche Leistungseinschränkung ist vom Gesetzgeber transparent zu machen und zu verantworten. Auf keinen Fall kann sie durch die Ärzte belastende Veränderungen der Arztspflichten und beweislasterleichternde und neue entschädigungssystematische Änderungen kompensiert werden: Verschärfung der Behandlungsstandards und eine über Wahrscheinlichkeitsvermutungen und Beweislastumkehrungen „neu“ geordnete Arzthaftung sind keine Spielmasse zur politischen Befriedung der Rationierungsfalle der GKV-Gesundheitsversorgung.

Die Politik sollte bedenken: Die Berufszufriedenheit der Ärzte ist ein Garant der Patientenrechte. Eine nur „symbolische“ Gesetzgebung über Behandlungsstandards und Verantwortung wäre angesichts eines Vakuums der Finanzierbarkeit für die Realität der Patientenversorgung funktionslos.

2. *Verbessertes Informationsangebot für Patienten*

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Pfaffinger und Herrn Dr. Rechl (Drucksache IV - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag hält ein transparentes Informationsangebot gegenüber den Patienten für dringend geboten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich gemeinsam mit anderen betroffenen Institutionen konstruktiv bei der Entwicklung von Konzepten einzubringen, die einerseits zu einer Verbesserung des Informationsflusses gegenüber den Patienten beitragen, andererseits aber im Krankenhaus- und Praxisalltag leicht umsetzbar sind.

Begründung:

Die Zeiten, in denen fundiertes medizinisches Wissen ausschließlich in Universitätsbibliotheken oder -buchhandlungen zu finden war, sind mit dem Aufkommen des Internets endgültig vorbei. Immer öfter sind in den Praxen Patienten, die sich eigenständig über Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten informiert haben. Dabei stammen die Informationen aber leider nicht immer aus unabhängigen und inhaltlich korrekten Quellen.

Daneben verfügt ein Teil unserer Patienten nicht über die persönlichen und technischen Voraussetzungen, in Eigeninitiative Informationen zu erschließen.

Deshalb ist es notwendig, dass die behandelnden Ärzte auf den gesteigerten Informationsbedarf reagieren und die Patienten mit umfassenden Informationen aus medizinisch fachkundiger Hand versorgen. Auf diese Weise haben die Patienten auch die Möglichkeit, ihre individuellen Fragen im direkten Kontakt mit dem Arzt ihres Vertrauens zu klären.

3. Gleiche Regelungen im Haftungs- und Leistungsrecht

Auf Antrag von Herrn Werner und Herrn Dr. Meinke (Drucksache IV - 03) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Rechte der Patientinnen und Patienten werden in der Bundesrepublik Deutschland gewahrt. Es bedarf daher keines besonderen Gesetzes. Dennoch wird der Gesetzgeber aufgefordert sicherzustellen, dass Leistungszusagen an Patienten auch eine Finanzierungszusage für die Leistungserbringer gegenübersteht. Die Regelungen im Leistungsrecht und im Haftungsrecht müssen auf gleiches Niveau gebracht werden.

4. Zentrales Patientenverfügungsregister

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Fabian und Herrn Dr. Schulze (Drucksache IV - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen, wie im Internet ein eigenes zentrales Patientenverfügungsregister eingerichtet werden kann.

Seit dem 01.09.2009 ist das Rechtsinstitut der Patientenverfügung im Betreuungsrecht verankert (§ 1901a BGB – neu). Jeder Arzt hat seit diesem Termin eine schriftliche Patientenverfügung strikt zu beachten. Unbefriedigend ist, dass Ärzte oft erst relativ spät erfahren, ob eine Patientenverfügung existiert und welchen Wortlaut sie hat. Diesen Missstand kann die Bundesärztekammer ganz einfach durch die Einrichtung eines eigenen zentralen Patientenverfügungsregisters analog dem zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer beseitigen.

Davon unabhängig sind Ärzte häufig Berater ihrer Patienten bei der Abfassung von Patientenverfügungen. Dies ist auch Ausdruck der ärztlichen Kompetenz in diesem sensiblen Bereich. So sollte es auch Ausdruck der Servicekompetenz unseres Kammerwesens sein, dies am langen Ende eines Prozesses aus einer Hand anzubieten. Neben Beratung und Registrierung kämen später noch Identitätsprüfung des Anfragers und seine Berechtigung bei der Abfrage nach Patientenverfügungen hinzu. Die deutsche Ärzteschaft hat immer betont, dass sensible Daten bei ihr gelagert werden müssen und nicht auf zentralen Servern anderer Institutionen.

5. Gefährdung der Patientengeheimnisse durch Krankenversicherungen

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache IV - 05) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden kritisiert die weiterhin bestehenden Versuche von gesetzlichen und privaten Krankenkassen, das Recht der Patienten auf Wahrung der Patientengeheimnisse zu unterlaufen.

Mit dem Hinweis auf die Pflicht zur Mitarbeit und der Möglichkeit von Leistungsminderungen im Versagensfall lassen sich die Versicherer von Patienten eine Entbindung von der Schweigepflicht unterzeichnen. Mit diesem Papier fordern sie dann von den behandelnden Ärzten umfangreiche Daten an (Krankenhausentlassungsbericht, Befundberichte etc.), deren Weitergabe an die Krankenkassen gesetzlich nicht gedeckt ist.

Trotz einer früheren Feststellung des Deutschen Bundestages zur Ungesetzlichkeit solchen Vorgehens haben die Krankenkassen dieses bislang nicht unterlassen.

6. *Sorge um den Fortbestand der Rechtsmedizin*

Auf Antrag von Herrn Dr. Josten, Herrn Dr. Hülskamp, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Mitrenga und Herrn Dr. Jonitz (Drucksache IV - 06) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft betrachtet den fortschreitenden Abbau der rechtsmedizinischen Versorgung in Deutschland mit Sorge. WeiÙe Flecken in der medizinischen Versorgung und im Rechtswesen sind eines demokratischen Rechtsstaates unwürdig.

Die Rechtsmedizin hat Anteil an der medizinischen Versorgung der Opfer von Gewalt wie auch an der Aufrechterhaltung der Rechtsordnung des Staates.

Der Bestand der rechtsmedizinischen Institute darf nicht ausschließlich den betriebswirtschaftlichen Überlegungen der medizinischen Fakultäten unterliegen, denn die rechtsmedizinischen Institute sind ebenso Instrumente eines demokratischen Staates zur Daseins- und Sicherheitsvorsorge und damit zur Aufrechterhaltung der Rechtsordnung.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher die Bundesregierung auf, in Abstimmung mit den Bundesministerien für Wissenschaft und Forschung, Justiz und Gesundheit in Zusammenarbeit mit den Bundesländern den notwendigen Bestand der rechtsmedizinischen Institute zu prüfen, um den berechtigten Erwartungen der Opfer und ihrer Angehörigen zu entsprechen.

7. *Patientenrechte in Europa*

Auf Antrag von Herrn Mälzer (Drucksache IV - 07) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Freizügigkeit in Europa für Patienten beim Zugang zu ärztlichen Leistungen im Regelfall (über den medizinischen Notfall hinaus).

Deshalb fordert der 113. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung und die Europäische Kommission auf, die rechtlichen Grundlagen dafür zu schaffen.

8. *Telekommunikationsüberwachung von Ärzten*

Auf Antrag von Herrn Bodendieck und Herrn Dr. Lipp (Drucksache IV - 08) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, die besonders schützenswerte Patient-Arzt-Beziehung insbesondere dadurch wiederherzustellen, dass in der

Strafprozessordnung zukünftig wieder Ärzte mit Strafverteidigern, Seelsorgern und Abgeordneten gleichgestellt werden.

Zu Punkt V der Tagesordnung:

TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

Fachärztliche Versorgung

1. Sprachregelung in der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Bilger, Herrn Dr. Roder, Herrn Dr. Prentner und Frau Dr. Dicke (Drucksache V - 01b) zum Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auf Seite 4 des Entschließungsantrages sind die ersten beiden Sätze wie folgt zu ändern:

Die Rolle des ersten Ansprechpartners und Koordinators übernimmt in der Regel der Hausarzt. Die Übernahme der medizinischen Case-Manager-Funktion ist bei bestimmten, definierten Erkrankungen, die eine spezielle Versorgung erfordern, die regelmäßig nur von Gebietsärzten erbracht werden kann, grundsätzlich auch durch einen Gebietsarzt möglich.

Das dem Sozialrecht entstammende Gegensatzpaar hausärztlich-fachärztlich entspricht nicht der Sprachregelung der Weiterbildungsordnung. Der Begriff "Gebietsarzt" drückt an dieser Stelle deutlicher aus, was im Unterschied zum Facharzt für Allgemeinmedizin gemeint ist. Dieser kann nicht auf die Rolle eines Koordinators reduziert werden. Es ist nachvollziehbar, dass hier keine Festlegung auf ein bestimmtes Zugangssystem im Sinne eines verpflichtenden Primärarztsystems erfolgen soll. Die ursprüngliche Formulierung "oder auf Patientenwunsch" erscheint allerdings zu weit gefasst, denn es ist nicht zielführend, wenn Patienten mit beliebigen Erkrankungen unterschiedslos auf der spezialisierten Versorgungsebene behandelt werden.

2. Fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Schröter, Herrn Dr. Scheiber, Herrn Dr. Roy, Frau Dr. Lundershausen, Herrn Dipl.-Med. Michaelis, Herrn Dr. Andrae, Herrn Dipl.-Med. Menzel und Herrn Prof. Dr. Bertram (Drucksache V - 01a) fasst der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Positionen zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung

1. Strukturierte Facharztversorgung als Stärke des deutschen Gesundheitswesens

Historisch gewachsen fächert sich die fachärztliche Versorgung in Deutschland in eine ambulante wohnortnahe fachärztliche Grundversorgung, in eine ambulante zentrumsnahe (hoch-)spezialisierte Versorgung sowie in die stationäre Versorgung der Patienten auf. Die strukturierte Facharztversorgung mit niedergelassenen Fachärzten und stationär tätigen Fachärzten trägt maßgeblich zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens bei. Ambulante fachärztliche Versorgung und

stationäre Versorgung stellen sich ergänzende Versorgungsbereiche dar. Gesundheitssysteme mit Konzentration der fachärztlichen Versorgung im Krankenhaus, wie zum Beispiel in den Niederlanden, sind der strukturierten Facharztversorgung in Deutschland weder im Hinblick auf das Qualitätsniveau noch in der Kosteneffektivität überlegen, die Erreichbarkeit der fachärztlichen Versorgung ist sogar schlechter. Darüber hinaus ist die in der hausärztlichen Versorgung angestrebte Kontinuität der Patient-Arzt-Beziehung auch in der fachärztlichen Versorgung in der Regel ein hohes Gut, das wesentlich zu einer guten Patientenversorgung insbesondere der chronisch Kranken beiträgt. Neuregelungen im Zuge der letzten Gesundheitsreformen haben die Konkurrenz zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern verschärft.

Die Rahmenbedingungen müssen so umgestaltet werden, dass anstelle eines kontraproduktiven Wettbewerbs zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhausfachärzten eine konstruktive Zusammenarbeit und Synergieeffekte im Interesse der Patientenversorgung ermöglicht werden. Dabei sollten insbesondere die Kontinuität der Patient-Arzt-Beziehung und die kooperative Gestaltung der Schnittstellen zwischen den fachärztlichen Versorgungsebenen besondere Beachtung finden. Aus der Patientensicht wird hierdurch die Behandlungsführung wesentlich transparenter als bisher, mit dem erwartbaren Ergebnis einer erhöhten Akzeptanz.

2. Konfliktvermeidende Neuregelung des § 116b SGB V

Gerade der § 116b SGB V führt in seiner jetzigen Ausgestaltung in vielen Bereichen zu kontraproduktiven Konkurrenzsituationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten, die korrigiert werden müssen. Der § 116b SGB V soll nicht eine breite und undifferenzierte Öffnung der Krankenhäuser für eine zusätzliche Erbringung ambulanter Leistungen bewirken, sondern der Ergänzung der ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Verlauf dienen. Die Planungsbehörden in den Ländern sollen unter Einbindung der Organe der ärztlichen Selbstverwaltung hierzu die bestehende Versorgungssituation analysieren und Einvernehmen mit dem für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zuständigen Zulassungsausschuss herstellen. Die institutionelle Öffnung eines Krankenhauses für Leistungen nach § 116b SGB V sollte nur dann vorgesehen werden, wenn die Möglichkeit der persönlichen Ermächtigung eines dazu geeigneten Krankenhausarztes ausscheidet. Bei der persönlichen Ermächtigung sollten Ermächtigungsumfang und -zeitraum für die ermächtigten Ärzte planungssicher ausgestaltet werden.

Bei der institutionellen Öffnung muss das Krankenhaus in regelmäßigen Abständen nachweisen, dass es die zur Erbringung der § 116b-Leistungen erforderliche Facharztkompetenz kontinuierlich vorhält und die für die Leistungserbringung vorgegebenen allgemeinen und personengebundenen Qualitätsvorgaben vorliegen und eingehalten werden.

Der Katalog der ambulant erbringbaren Leistungen nach § 116b SGB V muss im Konsens der Vertreter der niedergelassenen Fachärzte und der Vertreter der Krankenhäuser im Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) festgelegt werden. Eine regelmäßige Überprüfung des § 116b-Katalogs muss nicht nur im Hinblick auf die Aufnahme, sondern auch in Hinsicht auf den Verbleib von Leistungen erfolgen.

Allen Versuchen, an dieser Stelle die Ärzteschaft durch einen ungeordneten Wettbewerb aufzuspalten, wird eine klare Absage erteilt. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass auf diesem Wege die

sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Ärzte im Hinblick auf eine verbesserte Patientenversorgung unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen im Mittelpunkt steht.

3. Steigende Bedeutung der ambulanten Versorgung

Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht es, dass zunehmend mehr medizinische Leistungen ambulant erbracht werden. Diese Entwicklung kommt dem sich wandelnden Versorgungsbedarf mit immer mehr älteren, multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten entgegen, die auf eine wohnortnahe oder in der häuslichen Umgebung stattfindende medizinische Versorgung angewiesen sind und einer kontinuierlichen fachärztlichen Arzt-Patient-Beziehung bedürfen. Eine Hospitalisation bei nichtschwerwiegenden Erkrankungen wird im Unterschied zu früher als unnötige Belastung wahrgenommen. Eine wohnortnahe ambulante fachärztliche Versorgung sollte insbesondere auch für Bevölkerungsgruppen vorgehalten werden, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Gesundheitsförderung und Prävention stellen Versorgungsziele von gesamtgesellschaftlichem Interesse dar und setzen eine gute Erreichbarkeit sowie einen niederschweligen Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen voraus. All dies spricht dafür, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht aufzugeben, sondern vielmehr auszubauen. Als gesetzliche Grundlage zur nachhaltigen Sicherung der wohnortnahen ambulanten fachärztlichen Versorgung in Deutschland ist es erforderlich, deren Legaldefinition im § 73 SGB V zu verankern – analog zu § 73 Abs. 1 bis 1c SGB V für die hausärztliche Versorgung.

4. Fachärztliche Versorgung durch Kooperation und Vernetzung attraktiv und zukunftssicher machen

Das entscheidende Optimierungspotential für die Versorgung der Zukunft liegt in der Förderung von Kooperation und Vernetzung. Die Koordination sollte medizinisch begründbaren Regularien folgen, die zwischen den Versorgungsebenen vereinbart werden. Hochtechnisierte Diagnostik und Therapie und multimodale Behandlungskonzepte machen bereits jetzt eine stärkere interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit unabdingbar. Durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, anderen Gesundheitsberufen und Krankenhäusern lassen sich die Versorgung patientenzentriert organisieren, Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsdruck besser beherrschen und die eigene Berufszufriedenheit steigern. Die Schaffung bzw. Einführung neuer Versorgungsebenen würde demgegenüber neue Schnittstellenprobleme verursachen und Abgrenzung statt Integration fördern.

Mit der Novellierung des ärztlichen Berufsrechts und des Vertragsarztrechts wurden Voraussetzungen für eine Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen geschaffen, worunter im Hinblick auf die Schnittstelle ambulant - stationär u. a. die Gründung von Praxen am Krankenhaus sowie die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt hervorzuheben sind. Eine bessere Ausschöpfung der vorhandenen Kooperationsmöglichkeiten oder der Nutzung von Anstellungsmöglichkeiten kann maßgeblich zur Steigerung der eigenen Berufszufriedenheit beitragen. Die Wettbewerbsfähigkeit des in wirtschaftlicher Selbstständigkeit tätigen Facharztes wird langfristig nur durch proaktive Kooperationsbereitschaft gesichert werden können. Mit dem Ziel, die Freiberuflichkeit ärztlicher Tätigkeit nicht einzuschränken, begrüßt der Deutsche Ärztetag darüber hinaus, dass laut Koalitionsvereinbarung die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zukünftig Ärzten zustehen soll. Aus Sicht der Ärzteschaft ist zudem zu

fordern, dass diese Ärzte in dem Medizinischen Versorgungszentrum auch beruflich tätig sind.

Die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die niedergelassenen Ärzte bei einer rechtssicheren Umsetzung der vorhandenen Kooperationsmöglichkeiten sowie bei der Fortbildung in den dazu erforderlichen neuen Qualitätsmanagement-, Führungs- und Unternehmenssteuerungsaufgaben.

5. Koordination statt Einschränkung der freien Arztwahl

Ein weiteres Optimierungspotential stellt eine gezieltere Inanspruchnahme der Versorgung dar, die sich am ehesten durch eine verbesserte Koordination der Versorgung erreichen lässt. Praxisgebühr oder ein verpflichtendes Primärarztsystem stellen demgegenüber rigide Instrumente der Patientensteuerung dar, ohne dass sich hierdurch ein nachhaltiger oder ein überzeugender Steuerungseffekt hätte nachweisen lassen (wie bei der Praxisgebühr).

Die Rolle des Koordinators übernimmt in der Regel der Hausarzt. Die Übernahme der medizinischen Case-Manager-Funktion ist bei Erkrankungen, die eine regelmäßige, engmaschige fachärztliche Versorgung erfordern, oder auf Patientenwunsch grundsätzlich auch für einen Facharzt möglich. Durch eine kontinuierliche Begleitung des Patienten in Form einer nahtlosen haus- und fachärztlichen Versorgung kann den zukünftigen Herausforderungen bei einer Zunahme chronischer und polymorbider Patienten begegnet werden. Die Koordination hat nach patientenzentrierten, medizinischen Gesichtspunkten zu erfolgen. Ausschließlich von ökonomischen Motiven getriebene Managed-Care-Programme werden von der deutschen Ärzteschaft strikt abgelehnt.

Für ein umfassendes ärztliches Versorgungsmanagement muss eine Refinanzierung sichergestellt werden, die dem erhöhten Koordinierungsaufwand entlang der gesamten Versorgungskette adäquat ist und die neben der ärztlichen Behandlungssteuerung auch das organisatorische Case Management mit abdeckt.

6. Belegarztwesen erhalten und fördern

Im Unterschied zu der ansonsten immer noch starken sektoralen Abgrenzung im deutschen Gesundheitswesen stellt das Belegarztwesen traditionell eine effektive Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dar. Speziell das sogenannte kooperative Belegarztwesen, das sich in den letzten zwanzig Jahren entwickelt hat, ermöglicht eine nahtlose vorstationäre, stationäre, nachstationäre und ambulante Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärzte. Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die neue Regierungskoalition das Belegarztwesen in seiner jetzigen Form beibehalten und stärken will. Die Auswirkungen der Wahloption, nach der ein Belegarzt auch direkt vom Krankenhaus vergütet werden kann, wie es mit dem Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG) ermöglicht wurde, müssen sorgfältig beobachtet werden, da hiermit ein einseitiges Wahlrecht für die Krankenhausträger geschaffen wurde und der individuelle Behandlungsvertrag zwischen Patient und Belegarzt entfällt. Darüber hinaus bestehen Unklarheiten bei belegärztlichen Honorarverträgen sowie hinsichtlich der Rückkehrmöglichkeiten. Negativfolgen für das Belegarztwesen müssen im Interesse am Erhalt der Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit sowie speziell im Hinblick auf die Attraktivität fachärztlicher Tätigkeit in wirtschaftlicher Selbständigkeit ausgeschlossen werden.

7. Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung fördern

Die sinkende Attraktivität fachärztlicher Weiterbildung in den deutschen Krankenhäusern und die zunehmende Relevanz ambulanter Versorgung bei allgemeinem Ärztemangel machen Überlegungen zur Anpassung der Facharztweiterbildung an die geänderten Rahmenbedingungen erforderlich. Förderung und Evaluation der Weiterbildung stellen hoheitliche Aufgaben der Ärztekammern dar, die zukünftig verstärkt auch Verbundweiterbildung nicht nur in der Allgemeinmedizin, sondern auch für andere Fachgebiete unter Einbeziehung weiterbildungsbereiter und hierzu befugter niedergelassener Fachärzte koordinieren werden. Die Vernetzung von ambulanter und stationärer Weiterbildung über die Verbundweiterbildung ist geeignet, das persönliche Verhältnis von Weiterbilder zu Weiterzubildenden nachhaltig zu verbessern. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) stellt ausdrücklich fest, dass die Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erfolgen kann, sofern für die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildung nichts anderes bestimmt ist. Um niedergelassenen Fachärzten, die weiterzubildende Ärzte anstellen, die Refinanzierung eines den arzt-spezifischen Tarifverträgen entsprechenden Gehalts für den Weiterzubildenden zu ermöglichen, müssen gesonderte Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden.

8. Zugang zu Innovationen ermöglichen

Die Implementierung von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist derzeit unterschiedlich für den stationären und den ambulanten Sektor geregelt. Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, für neue, ambulant erbringbare Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung angemessene Zulassungskriterien für die fachärztliche Versorgung zu schaffen.

9. Regionale Versorgungsengpässe gemeinsam bewältigen

Versorgungsengpässe in der Fläche sind nicht mehr nur in der hausärztlichen Versorgung, sondern zunehmend auch in der wohnortnahen ambulanten fachärztlichen Versorgung sowie in der stationären Versorgung zu beobachten. Die Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen stellt ein sektorenübergreifendes Problem dar, das nur durch eine konzertierte Aktion von Planungsbehörden der Länder, Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften, Landesverbänden der Krankenkassen und Kommunen bewältigt werden kann. Die Ärztekammern bringen die sektorenübergreifende Perspektive der Ärzteschaft ein.

Der Deutsche Ärztetag befürwortet die aktive (stimm-berechtigte) Beteiligung der Ärztekammern an der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung auf Landesebene. Der Deutsche Ärztetag begrüßt darüber hinaus die Entwicklung von Instrumenten und Methoden zur sektorenübergreifenden Bedarfsanalyse und transsektoralen Qualitätssicherung der Versorgung durch die Bundesärztekammer. Diese sollen als Modelle der Ärzteschaft zur Unterstützung der Beratungen in den zuständigen Landesgremien und vor allem im Gemeinsamen Bundesausschuss im Zusammenhang mit den Gestaltungsproblemen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und überfälligen Weiterentwicklung der Bedarfsplanung eingebracht werden.

Telematik/elektronische Gesundheitskarte (eGK)

1. Stopp des Projektes Elektronische Gesundheitskarte

Auf Antrag von Herrn Dr. Brunngraber, Herrn Grauduszus, Herrn Dr. Ramm, Frau Haus, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Stagge, Herrn Dr. Rütz, Frau Bartels, Herrn Dietrich, Herrn Brock und Herrn Kroll (Drucksache V - 118) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert von der Bundesregierung, das verfehlte Projekt elektronische Gesundheitskarte (eGK) in der weiter verfolgten Zielsetzung endgültig aufzugeben. Damit können bis zu 14 Milliarden Euro Versichertengelder eingespart werden. Insbesondere wendet sich der 113. Deutsche Ärztetag entschieden gegen die Verwandlung der Arztpraxen in Außenstellen der Krankenkassen durch Verlagerung des Versichertendatenmanagements in die Praxen. In Zeiten drohenden Ärztemangels, vor allem in ländlichen Regionen, ist dieses Vorhaben kontraproduktiv.

Vier Jahre nach dem ursprünglichen Einführungsjahr der eCard 2006 ist die neue Versichertenkarte noch immer nicht praxisreif, aber 700 Millionen Euro an Beitragsgeldern wurden allein im Jahr 2009 für die 1. Phase des sogenannten „Roll-out“ im Gesundheitsfonds eingeplant.

Die bisherigen Testergebnisse waren negativ, und die Tests wurden bereits 2008 weitgehend eingestellt. Eine kostspielige Neuauflage in Nordrhein wäre unverantwortlich.

Das neue Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Thema Vorratsdatenspeicherung bei Telefondaten widerspricht einem Beharren auf dem „weltgrößten IT-Projekt“ mit geplanter Vorratsdatenspeicherung aller Kontakte zwischen Ärzten und Patienten und insbesondere auch allen weitergehenden Anwendungen im Rahmen einer Telematikinfrastruktur, wie der Erstellung von E-Rezepten oder elektronischen Patientenakten, die derzeit nur verschoben, nicht aber ad acta gelegt wurden.

Die jetzt vorgesehene „Online-Stammdatenaktualisierung“ der Versichertendaten an der Anmeldung der Arztpraxen mit der Speicherung der sensiblen Stammdaten, wie z. B. der Teilnahme am „Chronikerprogramm“ Diabetes oder Brustkrebs, in einer zentralen Serverstruktur widerspricht dem Recht der Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung durch die mögliche Erstellung von Bewegungsprofilen. Das Recht der Ärztinnen und Ärzte auf geschützte und praktikable Durchführung ihrer ärztlichen Aufgaben wird missachtet. Es ist zu befürchten, dass vor allem zu Quartalsbeginn in allen Regionen ohne schnellen DSL-Anschluss die Arbeit in den Arztpraxen lahmgelegt wird.

Moderne Möglichkeiten der Datenübertragung können auch ohne die staatlich aufgezwungene Telematikinfrastruktur für die ärztliche Versorgung genutzt werden. Für den elektronischen Arztbrief ist eine Totalvernetzung nach staatlichen Vorgaben überflüssig.

Auch der Notfalldatensatz ist in allen Tests bisher gescheitert und wäre besser auf einem ohne Online-Infrastruktur auslesbaren Ausweis aufgehoben.

Das eCard-Projekt war von Anbeginn ein Teil des Plans zur Umgestaltung unseres Gesundheitswesens im Sinne einer Managed-Care-Medizin. Wir lehnen eine renditeorientierte Massenabfertigung unserer Patienten ab. Patienten sind keine

Kunden, Ärzte keine Dienstleister, und das eCard-Projekt untergräbt die Schweigepflicht, widerspricht der europäischen Berufsordnung und gefährdet das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis.

2. Elektronische Gesundheitskarte wiederholt abgelehnt

Auf Antrag von Herrn Stagge und Herrn Dr. Oberschelp (Drucksache V - 89) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Wiederholt hat der Deutsche Ärztetag die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in der derzeitigen Form abgelehnt.

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt seine Ablehnung der elektronischen Gesundheitskarte in der derzeitigen Form.

Der Deutsche Ärztetag stellt fest:

1. Wir Ärzte sind selbstverständlich neuen Techniken gegenüber offen und wollen sie zum Nutzen unserer Patienten einsetzen.
2. Der schnelle Datenaustausch soll zum Nutzen unserer Patienten verbessert werden.
3. Beim Datenaustausch ist darauf zu achten, dass Daten gezielt versandt werden können, ohne dass sie in falsche Hände gelangen.
4. Das rein elektronische Abrufen von Daten wird abgelehnt.
5. Elektronische Patientenakten gehören in die Hand
 - des Hausarztes,
 - des Patienten,
 - des behandelnden Arztes in Praxis, Krankenhaus und Reha-Einrichtungen.
6. Elektronische Patientenakten gehören NICHT
 - in die Hand von Kostenträgern,
 - auf Zentralserver, von denen sie abgerufen werden können,
 - in webbasierte Lösungen.

3. Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher Sicht

Der Änderungsantrag von Frau Taube (Drucksache V - 02c) zum Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 4. Absatz wird wie folgt geändert:

Der 113. Deutsche Ärztetag bittet die Bundesärztekammer, einen Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher, rechtlicher, organisatorischer und technischer Sicht zu erarbeiten."

Zum Aufbau einer Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen werden deutschlandweite Standards benötigt, die alle der vier oben genannten Umsetzungsebenen und deren zielführende Verknüpfung im Sinne gut praktikabler, rechtlich sicherer Anwendungen mit akzeptablem Kosten-Nutzen-Verhältnis

beinhalten. Nur die Ärzteschaft selbst kann definieren, inwieweit welche Anforderungen dabei zwingend umzusetzen und wo Kompromisse notwendig und möglich sind, um eine elektronische Patientenakte (ePatientenakte) in der täglichen ärztlichen Praxis zu etablieren.

4. Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher Sicht

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 02) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn Stagge (Drucksache V - 02a) und (Drucksache V - 02b) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

In den letzten Jahren hat sich ein breites Angebot an elektronischen Patientenakten (ePatientenakten) etabliert. Neben kostenpflichtigen Angeboten von IT-Unternehmen (Vita-X, LifeSensor u. a.) stehen kostenfreie Angebote von Internetdienstleistern (Google, Microsoft etc.) sowie Angebote von gesetzlichen Krankenkassen (z. B. BARMER-GEK) zur Verfügung. Auch gibt es elektronische Patientenakten auf dezentralen Datenträgern, wie z. B. USB-Speichermedien.

Die bestehenden Angebote differieren erheblich in den Aspekten Sicherheit, Ort der Speicherung und Zugriffsberechtigungen. Die Frage, wer wirklich Herr seiner Daten ist, bleibt häufig unklar.

Zur Gewährleistung der Vertraulichkeit des Patienten-Arzt-Verhältnisses und der ärztlichen Schweigepflicht brauchen Ärztinnen und Ärzte verlässliche Hinweise, welchen Anforderungen eine ePatientenakte aus ärztlicher und berufsrechtlicher Sicht entsprechen muss.

Der 113. Deutsche Ärztetag 2010 bittet daher die Bundesärztekammer, einen entsprechenden „Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher Sicht“ zu erarbeiten.

5. Telematikinfrastruktur und ärztlicher Behandlungsprozess

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 22) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Es muss der Entscheidung des Patienten überlassen bleiben, ob er Personen und/oder Institutionen benennt, zwischen denen ein elektronischer Datenaustausch stattfinden kann.

Jedwede Software für elektronische Datenerfassung, -speicherung und -transfer muss dem Patienten garantieren, dass er maßnahmen-, personen- und institutionsbezogen die Speicherung von und den Zugriff auf persönliche Daten festlegen kann. Gleichzeitig sind die Erfordernisse ärztlicher Dokumentationspflicht sicherzustellen, ohne dass es zu einer Konkurrenz beider Prinzipien kommt.

Die verwendete Software muss den Anforderungen an die ärztliche Schweigepflicht in jeder Hinsicht genügen.

6. Praxissoftware-Hersteller zu kompatibler Schnittstelle verpflichten

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 37) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme zu einer kompatiblen Schnittstelle zu verpflichten, die elektronische Datentransfers direkt in die jeweilig unterschiedlichen Praxisverwaltungssysteme möglich macht.

Die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme versuchen durch nicht vorhandene Kompatibilität Marktanteile zu sichern. Diese zunächst nach rein marktwirtschaftlichen Kriterien übliche und legitime Vorgehensweise stellt den wesentlichen Hinderungsgrund vom zeitlichen Aufwand vertretbaren, praktikablen und wirtschaftlich sicheren Datentransfer zwischen den Arztpraxen bzw. anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen dar. Insofern sollte die gesetzliche Forderung darin bestehen, dass die Akkreditierung des jeweiligen Praxisverwaltungssystems durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ab einem bestimmten Stichtag nur erfolgen kann, wenn die beschriebene Schnittstelle konfiguriert ist.

7. Gemeinsames Vorgehen der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz des eArztausweises

Beschlussantrag von Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Eßer, Herrn Dr. Dreyer, Herrn Prof. Dr. Griebenow und Herrn Dr. Hülskamp (Drucksache V - 55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die zurückliegenden Deutschen Ärztetage haben mit ihren bestätigenden Beschlüssen zum elektronischen Arztausweis (eArztausweis) eine verlässliche Grundlage für das Handeln der Ärztekammern geschaffen.

Der 113. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass Anwendungsszenarien des eArztausweises z. Z. insbesondere im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) entstehen; zuallererst ist dies die elektronische Online-Abrechnung der KVen. Hierbei finden verschiedene Instrumente mit unterschiedlichem Sicherheitsniveau (Username/Password, Grid-Karte, Standard-Signaturkarte, eArztausweis) für die Identifikation des abrechnenden Arztes Verwendung.

Der 113. Deutsche Ärztetag bittet die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, ihre jeweiligen Aufgaben und Projekte – Herausgabe von eArztausweisen und Angebot von Online-Aktivitäten – zu synchronisieren, mit dem Ziel, den eArztausweis als das einheitliche elektronische Instrument für die sichere elektronische Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte zu etablieren.

Geschieht dies nicht, werden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte an verschiedenen, ggf. kostenpflichtigen Verfahren teilnehmen müssen, ohne dass bestehende Synergien genutzt werden.

8. Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises zur Kommunikation und Entbürokratisierung

Auf Antrag von Frau Taube (Drucksache V - 123) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Gesetzgeber, die gematik und die ärztlichen Körperschaften werden aufgefordert, die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen im Sinne von Patienten und Ärzteschaft so zu gestalten, dass der elektronische Heilberufsausweis mit seiner Signatur- und Verschlüsselungsfunktion in allen dafür geeigneten ärztlichen Arbeitsgebieten einschließlich ärztlicher Verwaltungstätigkeit

zur rechtssicheren Anwendung genutzt wird. Dabei ist die Freiwilligkeit der Nutzung durch die Ärzte unbedingt zu wahren.

Eine zeitnahe und technisch praktikable Arzt-zu-Arzt-Kommunikation (elektronischer Arztbrief) führt zu einer unmittelbaren Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten. Der elektronische Heilberufsausweis ermöglicht einen sektorenübergreifenden Transfer verschlüsselter Behandlungsdaten auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte mit einem hohen Sicherheitsstandard. Dessen Nutzung zur Übermittlung sensibler Sozialdaten, beispielsweise im Rahmen der Online-Abrechnung ärztlicher Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, ist vor dem Hintergrund der Notwendigkeit einer Entbürokratisierung von Praxisabläufen anzustreben.

Telemedizin

1. Voraussetzungen für gute Telemedizin

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 03) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Stagge (Drucksache V - 03a) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag begrüÙt und befürwortet die vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegten „Voraussetzungen für gute Telemedizin“.

I. Ausgangslage: Telemedizin in Deutschland

Die Weiterentwicklung einer interdisziplinären und interkollegialen Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitswesen erfordert den Einsatz moderner Kommunikationsmedien und eine zunehmende elektronische Vernetzung von Einrichtungen. Darüber hinaus etablieren sich auch in der unmittelbaren Patientenbehandlung zunehmend medizinische Versorgungsmodelle, die sich telematische Verfahren zu Nutze machen.

II. Leitsätze

Telemedizin: Mehrwert in der Patientenversorgung

Mittlerweile existieren in nahezu allen Fachbereichen der Medizin telemedizinische Versorgungsmodelle. Im Rahmen von Pilotprojekten werden Patienten in vielen Regionen Deutschlands bereits heute telemedizinisch versorgt – vereinzelt haben diese Modelle bereits den Schritt in die Regelversorgung geschafft. So findet beispielsweise bei chronischen Erkrankungen das Telemonitoring zunehmend Anwendung. Insbesondere im Bereich der Kardiologie werden hier Parameter von herzinsuffizienten Patienten im häuslichen Umfeld überwacht, um bei drohenden Dekompensationen rechtzeitig gegenzusteuern. Auch in anderen Bereichen der Inneren Medizin wie beispielsweise der Diabetologie oder der Hypertensiologie stellt das Telemonitoring häufig einen zentralen Bestandteil umfassender Programme in der Betreuung chronischer Erkrankungen dar und hilft, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Untersuchungen zeigen, dass Patienten diese Form der engmaschigen Begleitung sehr begrüÙen.

Die interkollegiale Kommunikation wird zunehmend durch Telekonsultationen verändert. Meist im Bereich der Akutversorgung von Patienten angesiedelt, werden durch diese Systeme räumliche Barrieren überwunden und der fachliche Austausch zwischen Kollegen gefördert. Als Beispiele lassen sich hier eine ganze Reihe von

regionalen und teilweise auch überregionalen Netzwerken in den Bereichen Telepathologie, Teleradiologie und Teleneurologie nennen.

Telemedizin unterstützt ärztliches Handeln – ersetzt es nicht!

Parallel zu dieser Entwicklung ist festzustellen, dass Telemedizin insbesondere von Seiten der Politik als scheinbar vielversprechende Lösungsoption gegen den sich verschärfenden Ärztemangel entdeckt wird. Dies entspricht einer falschen Sichtweise. In der Telemedizin wird der Kontakt von Arzt-zu-Arzt oder Patient-zu-Arzt intensiviert. Dies ist stets additiv zum konventionellen Patienten-Arzt-Kontakt zu sehen und bietet somit keine Grundlage für arztersetzende, also substitutive Prozesse. Der 113. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass Telemedizin kein Instrument ist, ärztliche Kompetenz zu ersetzen.

Telematikinfrastuktur: Überwindung von Insellösungen

Telemedizinische Projekte entstehen derzeit häufig auf Initiative einzelner Ärzte, die mit einem Versorgungsdefizit konfrontiert sind. Dabei erweisen sich die Anlaufprobleme für die jeweiligen telemedizinischen Projekte als gewaltig. Neben technischen Fragen (sichere Kommunikationswege über Vernetzung, geeignete technische Komponenten) müssen in Abstimmung mit Landesdatenschützern eigens entsprechende Datenschutzkonzepte erarbeitet werden. Im Ergebnis ist allen Projekten gemein, dass sie Insellösungen darstellen. Im deutschen Gesundheitswesen ist eine Telemedizinlandschaft entstanden, die ein sehr heterogenes Bild unterschiedlichster medizinischer Versorgungsszenarien mit variierenden technischen Konzepten und Komponenten sowie unterschiedlichen Kommunikations- und Datenschutzkonzepten zeigt. Zukünftige Telemedizinprojekte werden den gleichen mühsamen Weg gehen müssen, wenn nicht eine bundeseinheitliche, diskriminierungsfreie Telematikinfrastuktur als technische und datenschutzrechtliche Grundlage etabliert wird. Diese Infrastruktur soll den Anwendern von telemedizinischen Verfahren auch eine Unabhängigkeit gegenüber IT-Unternehmen gewährleisten, deren Geschäftsmodell in einer Nichtkompatibilität ihrer jeweiligen Lösungen gegenüber konkurrierenden Angeboten liegt.

Telemedizin: Zukunftsaufgabe für die Ärzteschaft

Telemedizin wird zunehmend seitens der Medizinprodukte- und IT-Industrie als neuer lukrativer Absatzmarkt in der Gesundheitswirtschaft eingeordnet. Hierin besteht die Gefahr, dass die qualitative Verbesserung der Patientenversorgung gegenüber anderen Zielsetzungen in den Hintergrund tritt. Die Entwicklung telemedizinischer Verfahren muss von Ärzten entsprechend medizinischen Notwendigkeiten initiiert werden. Der bisher nicht selten beobachtete Weg, dass für technische Entwicklungen der Industrie medizinische Anwendungsmöglichkeiten gesucht werden, hat sich als untauglich erwiesen. Telemedizin dient der Patientenversorgung und nicht der Erschließung neuer Absatzmärkte für die Industrie.

Telemedizinische Versorgungsmodelle greifen tief in juristische, organisatorische und finanzielle Zusammenhänge der Behandlungsprozesse ein und beeinflussen das Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Somit ist der Einzug telemedizinischer Verfahren in die Patientenversorgung mit einer ganzen Reihe von Herausforderungen für die Ärzteschaft verbunden.

Die Ärzteschaft muss die sehr dynamische Entwicklung im Bereich der Telemedizin, die ureigene ärztliche Prinzipien berührt, aktiv gestalten und darf diese Entwicklung nicht externen Kräften überlassen. Hierzu ist eine eindeutige Positionierung der

Ärzeschaft hinsichtlich der Voraussetzungen für eine patientengerechte Anwendung telemedizinischer Methoden notwendig. Diese berücksichtigt das Statement des Weltärztebunds (WMA) „Guiding Principles for the Use of Telehealth for the Provision of Health Care“ (Oktober 2009).

VORAUSSETZUNGEN FÜR GUTE TELEMEDIZIN

Telemedizin umfasst diagnostische und therapeutische Methoden unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen unter Überbrückung einer räumlichen oder zeitlichen Distanz zwischen Arzt und Patient oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärzten mittels Telekommunikation.

Der folgende Katalog stellt die Voraussetzungen zusammen, die telemedizinische Projekte einerseits selbst erfüllen müssen (Teil A) und die andererseits als Rahmenbedingungen (Teil B) notwendig sind, um medizinisch sinnvolle, innovative Strukturen dauerhaft in der Patientenversorgung verankern zu können.

A) INNERÄRZTLICHE VORAUSSETZUNGEN

1. Versorgungsszenarien für Telemedizinprojekte werden von Ärzten identifiziert
 - Zielsetzung sowie inhaltliche und technische Ausgestaltung der Projekte müssen sich an medizinischer Notwendigkeit und nicht an technischer Machbarkeit orientieren. Telemedizinische Lösungen von kommerziellen Anbietern sind stets dahingehend zu prüfen, inwieweit diesem Grundsatz gefolgt wird.
2. Telemedizin und konventionelle Medizin bedürfen der Akzeptanz der beteiligten Ärzte und dürfen nicht als Gegensätze angesehen werden
 - Telemedizinische Anwendungen unterstützen ärztliches Handeln und sollten als ergänzende Bestandteile konventioneller Versorgungsszenarien angesehen werden, die wesentlich zur Steigerung der Versorgungsqualität beitragen können.
3. Telemedizin ist kein Instrument, um Qualitätsstandards konventioneller medizinischer Behandlung zu unterlaufen
 - Telemedizinische Verfahren sollen nur dann zur Anwendung kommen, wenn konventionelle Methoden unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderung des Verfahrens, des Orts und der Zeit der Inanspruchnahme nicht verfügbar sind oder nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verfügbar gemacht werden können.
4. Der qualitative Anspruch an ärztliches Handeln im Rahmen von Telemedizin folgt den gleichen Prinzipien wie bei der konventionellen Patientenversorgung
 - Patienten haben auch im telemedizinischen Setting den Anspruch auf eine Versorgung nach Facharztstandard. Die Verwendung telemedizinischer Technik in der Patientenversorgung kann Grundprinzipien der ärztlichen Arbeit wie beispielsweise die gründliche Erhebung einer Anamnese nicht ersetzen. Zur Sicherstellung des qualitativen Anspruchs sollen qualitätssichernde Systeme innerhalb der telemedizinischen Anwendung verankert werden.
5. Die Anwendung telemedizinischer Verfahren setzt beim Arzt folgende Fähigkeiten voraus:

- fachliche Kompetenz für das gesamte Spektrum möglicher medizinischer Anforderungen des jeweiligen telemedizinischen Verfahrens
- Beherrschen der speziellen Anforderungen an die Kommunikation bei telemedizinischen Verfahren
- Kenntnis des Leistungsspektrums sowie der technischen und inhaltlichen Grenzen des jeweiligen telemedizinischen Verfahrens
- Beherrschen der technischen Komponenten
- Kenntnis der Abläufe sowie der Kommunikations- und Dokumentationsprotokolle des telemedizinischen Verfahrens
- Kenntnis des Konsiliarius über die Fähigkeiten, Ausstattung und Arbeitsbedingungen des Anforderers im Rahmen eines Telekonsultationsverfahrens

6. Förderung der wissenschaftlichen Evaluation von Telemedizinprojekten

- Telemedizinische Projekte müssen sich wissenschaftlichen Evaluationen hinsichtlich Sicherheit und Wirksamkeit der Anwendungen stellen. Die Forschungsansätze müssen den vielfältigen Versorgungsszenarien in der Telemedizin gerecht werden und bestmöglich den Ansprüchen evidenzbasierter Medizin genügen.

7. Ärztliches Handeln bei telemedizinischen Verfahren berücksichtigt Kommunikations- und Dokumentationsstandards

- Patienten werden nur mit deren Zustimmung telemedizinisch behandelt. Liegen Alternativen zum telemedizinischen Verfahren vor, müssen die Patienten hierauf aufmerksam gemacht werden. Der Datenschutz wird bei der Datenübermittlung, Bewertung und Dokumentation eingehalten. Neben der Dokumentation der medizinischen Informationen sollen technische Besonderheiten aufgezeichnet werden.

B) EXTERNE RAHMENBEDINGUNGEN

1. Entwicklung von Finanzierungskonzepten für telemedizinisch erbrachte Leistungen

- Die Finanzierung muss den unterschiedlichen Telemedizinikonzepten gerecht werden und Spezifika verschiedener Behandlungssektoren abbilden.

2. Berücksichtigung spezieller Anforderungen der Telemedizin in der ärztlichen Qualifikation und Fortbildung

- Neben fachspezifischen Inhalten sollen insbesondere die möglichen Einflüsse der Telemedizin auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen Ärzten sowie die damit einhergehenden rechtlichen Aspekte vermittelt werden. Ziel ist die Befähigung der Ärzte, telemedizinische Instrumente sicher und nutzenbringend anzuwenden.

3. Akzeptanz und Unterstützung sinnvoller telemedizinischer Anwendungen durch die jeweiligen Fachgesellschaften

- Telemedizinische Anwendungen sollen von den Fachgesellschaften als Teil der medizinischen Innovation akzeptiert und bei der Evaluation und Überführung in die Regelversorgung unterstützt werden.

4. Klare rechtliche Rahmenbedingungen

- Haftungsrechtlich, berufsrechtlich und datenschutzrechtlich müssen die speziellen Aspekte telemedizinischer Verfahren geklärt und transparent sein. Bei der Klärung und gegebenenfalls anstehenden Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen soll stets die Verbesserung des medizinischen Behandlungsprozesses zum Wohle des Patienten im Vordergrund stehen.

5. Einheitliche Datenformate erleichtern Telemedizin

- Telemedizinische Zusammenarbeit wird erleichtert durch die Verwendung einheitlicher Datenformate.

2. *Telemedizin und GKV-Leistungskatalog*

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird aufgefordert, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Überprüfung zu beauftragen, für welche telemedizinischen Anwendungen ein Nutzen für die Patienten als nachgewiesen gelten kann. Die so positiv bewerteten Verfahren sollen in den Regelleistungskatalog der GKV aufgenommen werden.

3. *Vergütungsregelung Telemedizin*

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 39) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Stellen auf, telemedizinische Anwendungen als konkrete Leistungen und differenziert nach dem entsprechenden Apparatenaufwand im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) abzubilden.

Sinnhaftigkeit und Nutzen der Telemedizin sind inzwischen erprobt und erwiesen. Einen Anreiz für den Arzt, diese in der Praxis auch anzuwenden, gibt es bislang dagegen nicht. Bei entsprechender Berücksichtigung in der Gebührenordnung der Ärzte und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab könnten nicht nur notwendige Anreize zur praktischen Anwendung geschaffen, sondern auch Behandlungsprozesse effizienter gestaltet werden.

4. *Positionierung der Ärzteschaft zur Entwicklung der Telemedizin*

Auf Antrag von Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Eßer, Herrn Prof. Dr. Griebenow und Herrn Dr. Pollok (Drucksache V - 78) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 113. Deutschen Ärztetages fordern die Bundesärztekammer auf, eine Zusammenstellung von Entscheidungskriterien für telemedizinische Methoden zu erarbeiten. Die Interessen von Patienten und Ärzteschaft müssen bei Einführung und dauerhafter Etablierung gewahrt bleiben.

Die Ärzteschaft muss die sehr dynamische Entwicklung in diesem Bereich ärztlicher Berufsausübung, in dem ureigene ärztliche Prinzipien berührt werden, aktiv gestalten und darf diese Entwicklung nicht externen Kräften überlassen, die rein ökonomischen Interessen folgen.

Im Rahmen von Pilotprojekten werden Patienten bereits heute telemedizinisch versorgt – vereinzelt haben diese Modelle bereits den Schritt in die Regelversorgung geschafft. In den Bereichen Telepathologie und Teleradiologie existiert bereits eine ganze Reihe von regionalen und teilweise auch überregionalen Netzwerken. Telemonitoring chronisch kranker Patienten findet insbesondere in den Bereichen Telekardiologie und Telediabetologie statt. Die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten hat den Bereich der Teleneurologie geprägt. Auch die Notfallmediziner haben telemedizinische Projekte entwickelt. Derzeit entstehen solche Projekte überwiegend auf Initiative einzelner Ärzte. Gemeinsam ist allen Projekten, dass es sich jeweils um Insellösungen handelt. So entsteht derzeit in der Telemedizinlandschaft ein sehr heterogenes Bild unterschiedlicher technischer Konzepte und Komponenten mit unterschiedlichen Kommunikations- und Datenschutzkonzepten.

Entscheidungskriterien sind zum Beispiel:

- medizinische Notwendigkeit für das telemedizinische Projekt
- negativer Einfluss durch kommerzielle Anbieter in Bezug auf das medizinisch Sinnvolle
- Verschlechterung des Verhältnisses zwischen Patient und Arzt durch das telemedizinische Projekt
- Methoden für bestimmte Patientengruppen ungeeignet
- Notwendigkeit spezifischer Fortbildung für Ärzte und Praxispersonal
- negative Beeinflussung der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten durch die neuartigen Konsultationsmethoden
- Ausgrenzung bestimmter Ärztegruppen durch die Finanzierung
- haftungsrechtliche, berufsrechtliche und datenschutzrechtliche Vorgaben

Solidarität im Ärztestreik

1. *Solidarität mit streikenden Ärztinnen und Ärzten*

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Ungemach, Herrn Dr. Gehle und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache V - 52) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag ohne Gegenstimmen:

Der 113. Deutsche Ärztetag erklärt sich solidarisch mit den streikenden Ärztinnen und Ärzten an kommunalen Krankenhäusern und fordert alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland auf, den Kampf ihrer Kolleginnen und Kollegen um bessere Arbeitsbedingungen und Arbeitsentgelte zu unterstützen.

Um den Patientinnen und Patienten unnötige Wartezeiten zu ersparen, werden alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gebeten, während der Zeit des Arbeitskampfes keine elektiven Einweisungen in kommunale Krankenhäuser zu veranlassen.

Für die Steigerung der Attraktivität der kurativen ärztlichen Tätigkeit in Krankenhäusern ist insbesondere eine bessere Bezahlung der Arbeit zu ungünstigen Zeiten unverzichtbar.

Studium

1. Allgemeinmedizin im Studium stärken

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 08) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Prof. Dr. Niebling (Drucksache V - 08a) Herrn Zimmer, Herrn Dr. Funken, Herrn Dr. Marx, Herrn Dr. Massing und Herrn Biedendieck (Drucksache V - 08b) fasst der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Die Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses beginnt während des Medizinstudiums. Gerade aufgrund der hohen Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten, die in den kommenden Jahren altersbedingt ausscheiden werden, muss bereits während des Medizinstudiums bei Studierenden das Interesse an einer hausärztlichen Berufstätigkeit geweckt bzw. vielmehr das häufig zu Beginn des Studiums bestehende Interesse weiter gefördert und verstärkt werden.

Der Deutsche Ärztetag sieht hier auch die medizinischen Fakultäten in der Pflicht, insbesondere durch die Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Hochschulen, die Entscheidung für eine Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin positiv zu beeinflussen. Eine unabdingbare Voraussetzung ist die Einrichtung von allgemeinmedizinischen Lehrstühlen an allen medizinischen Fakultäten. Möglichst frühzeitig sollten Studierende erste Einblicke in das Fachgebiet Allgemeinmedizin erhalten. Die von der Approbationsordnung eröffneten Möglichkeiten, die klinisch-praktische Tätigkeit einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes kennenzulernen, Blockpraktika, Famulatur und Wahltertial im Praktischen Jahr, sind stärker zu promoten und ggf. weiter auszubauen.

Das Kennenlernen der besonderen Versorgungssituation einer hausärztlichen Praxis und ambulanter Betreuungsstrategien dient nicht nur dazu, Studierende in ihrer späteren Berufswahl positiv auf die Allgemeinmedizin einzustimmen, sondern fördert auch das Verständnis und somit die Kooperationsbereitschaft der verschiedenen Versorgungsebenen (haus- und fachärztliche ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Reha etc.).

Um Medizinstudierende positiv auf das Fachgebiet Allgemeinmedizin einzustimmen, bedarf es einer motivierenden qualifizierten Lehre. Der Deutsche Ärztetag bittet daher die Lehrärztinnen und Lehrärzte sowie die Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA), sich weiterhin intensiv in die Entwicklung von Kriterien und Anforderungen zur Sicherung der Strukturqualität der allgemeinmedizinischen Lehre einzubringen und sich für die Einhaltung dieser Strukturqualität an allen Universitäten einzusetzen.

Die medizinischen Fakultäten werden erneut aufgerufen, den akkreditierten Lehrpraxen eine angemessene Aufwandsentschädigung zu zahlen. Nur dadurch kann erreicht werden, dass ausreichend allgemeinmedizinische Lehrpraxen zur Verfügung stehen, um möglichst jedem Medizinstudierenden das Kennenlernen des hausärztlichen Versorgungsbereichs im Praktischen Jahr zu ermöglichen.

2. Verlagerung des schriftlichen Teils des Zweiten Staatsexamens in der Medizin vor das Praktische Jahr

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 09) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Approbationsordnung dahingehend zu ändern, dass der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr verlagert wird.

Das bislang nach dem Praktischen Jahr stattfindende schriftliche Examen ermöglicht keine Überprüfung der theoretischen Kenntnisse der Studierenden, bevor sie ihre praktische Ausbildung am Patienten beginnen.

Die Entflechtung von schriftlichen Prüfungen vor dem Praktischen Jahr und mündlich-praktischen Prüfungen nach dem Praktischen Jahr erscheint sinnvoller.

3. Liberalisierung im Praktischen Jahr

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 19) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass die Ausbildung der Studierenden im Praktischen Jahr liberalisiert wird und die Studierenden größere Gestaltungsräume bei der Wahl des Ausbildungskrankenhauses erhalten. Die Beschränkung auf wenige bestimmte Lehrkrankenhäuser sollte aufgegeben werden. Der Studierende sollte frei wählen können, in welchem geeigneten Krankenhaus er das Praktische Jahr absolviert.

4. Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Auf Antrag von Herrn Dr. Kobes (Drucksache V - 64) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, zugunsten der Erhöhung der Attraktivität und Basisnähe des Praktischen Jahres (PJ) die Vorschriften in den §§ 3 und 4 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) zu ändern.

Der Einsatz der PJ-Studenten muss in allen qualifizierten Krankenhäusern auch ohne den Status Lehrkrankenhaus anerkannt werden.

5. Praxis- und patientennähere Ausbildung im Praktischen Jahr in Krankenhäusern der Regelversorgung fördern

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache V - 69) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die medizinischen Fakultäten auf, eine praxis- und patientennähere Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) unter besonderer Einbindung der Krankenhäuser der Regelversorgung zu fördern.

6. Kein weiteres Pflichtfach im Praktischen Jahr

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, an § 3 Abs. 1 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) dahingehend festzuhalten, dass die aktuelle Struktur des Praktischen Jahres (PJ) mit drei Tertialen, von denen zwei Pflichtfächer und eines ein Wahlfach abdecken, weiterhin bestehen bleibt.

7. Keine „Landarztquote“ bei der Zulassung zum Medizinstudium

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 24) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt eine über das Zulassungsverfahren der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) hinausgehende Quotierung der Studienplätze in der Humanmedizin kategorisch ab. Eine „Landarztquote“ darf bei der Zulassung zum Medizinstudium kein Auswahlkriterium werden. Die Zurückhaltung einer Anzahl von Studienplätzen für Abiturienten mit schlechterem Abiturschnitt oder Personen ohne Abitur, die sich nach Studium und der Weiterbildung auf dem Land niederlassen sollen, hält der 113. Deutsche Ärztetag für ein ungeeignetes Kriterium bei der Auswahl der Studienplatzbewerber.

8. Zulassungskriterien zum Medizinstudium

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 25) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag spricht sich für die Abiturnote als ein Kriterium zur Auswahl für die Zulassung zum Medizinstudium aus.

9. Dem Ärztemangel begegnen - Erhöhung der Anzahl der Studienplätze

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 34) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, zu prüfen, ob auch durch eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze in der Medizin mittelfristig dem Nachwuchsmangel begegnet werden kann. Zugleich müssen dann aber auch die Kapazitäten in der klinischen Ausbildung – am Krankenbett des Patienten also – erweitert werden. Vorher und auch kontinuierlich müssen aber die Qualität der Lehre deutlich verbessert und mehr Praxisbezug hergestellt werden. Außerdem müssen die Lehr- und Prüfungsinhalte überprüft und am Ausbildungsziel orientiert werden.

Bisher übernehmen nur die Universitätskliniken diese Aufgabe. Die Einbeziehung auch anderer Krankenhäuser in die klinische Ausbildung der Medizinstudenten – unter der Lehrverantwortung der medizinischen Fakultäten – ist in die Überlegungen mit einzubeziehen.

10. Beteiligung von Vertretern der Ärztekammern bei den Auswahlgesprächen für Medizinstudierende

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache V - 43) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag möge beschließen, dass zu den Auswahlgesprächen für Studierende der Medizin an den jeweiligen Hochschulen Vertreter der Landesärztekammern hinzuzuziehen sind. Damit einhergehend sollen die Ärztekammern ihre Vorstellung über die Ausgestaltung dieser Gespräche und die Auswahlkriterien für die Einladung bei den Hochschulen einbringen.

Die Abiturabschlussnote als wesentliches Kriterium für die Zulassung zum Studium der Medizin ist zunehmend in die Kritik geraten. Die Ausübung des Arztberufes ist nicht nur abhängig von den kognitiven Fähigkeiten, sondern in besonderer Weise auch von emotionaler und sozialer Kompetenz. Der von den Fakultäten genutzte Spielraum zur Auswahl von Studierenden hat zu unterschiedlichstem Vorgehen geführt. Eine spürbare Änderung des Zugangs zur Hochschule ist dadurch aber keineswegs gesichert. Durch entsprechende Vorselektierung, z. B. Konzentrierung auf Zensuren in naturwissenschaftlichen Fächern, bleibt die Zensur im Abschlusszeugnis in vielen Fällen doch das Hauptkriterium.

Bundesärztekammer und Landesärztekammern sollen deswegen mit dem Medizinischen Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland bzw. mit den Fakultäten die Diskussion aufnehmen, mit dem Ziel, eine angemessene Öffnung für den Zugang zum Medizinstudium zu erreichen und an den Auswahlgesprächen beteiligt zu werden.

11. Beteiligung der Ärztekammern bei der Auswahl von Medizinstudentinnen und -studenten

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Jonitz (Drucksache V - 110) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert dafür Sorge zu tragen, dass in den Auswahlverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium die Ärztekammern aktiv beteiligt werden.

Die Ärztekammern gewähren unabhängigen und umfassenden ärztlichen Sachverstand. Sie überblicken alle Facetten der ärztlichen Tätigkeit und die gesamte berufliche Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten. Sie sind damit bestens geeignet, künftige Ärztinnen und Ärzte anhand der Notwendigkeiten und Herausforderungen der täglichen Praxis auszuwählen.

12. Bundesweite Mobilität im Praktischen Jahr

Auf Antrag von Frau Köhler, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 51) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Stellen erneut auf, die Rahmenbedingungen für die Studienordnungen dahingehend zu erweitern, dass die Medizinstudierenden die Lehrkrankenhäuser für ihre Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) deutschlandweit frei wählen können.

13. Bachelor-Studiengang löst nicht das Problem des Ärztemangels

Auf Antrag von Herrn Dr. Kaplan, Herrn Dr. Rechl und Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Hahn (Drucksache V - 73) fasst der 113. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag weist entschieden den Vorschlag des Gesundheitspolitikers Jens Spahn zurück, für den Studiengang Medizin den Bachelor-/Master-Studiengang einzuführen. Insbesondere ist der Vorschlag für ein „mehrstufiges Studium“ abzulehnen, in dem das bisherige Medizinstudium auf drei Jahre verkürzt wird, an die sich vier Jahre Facharzt Ausbildung anschließen. Dies würde bedeuten, dass die bisherige Facharzt Weiterbildung als Ausbildung erfolgt.

Ein dreijähriges grundständiges Bachelorstudium findet im Übrigen in der Medizin kein Berufsfeld, insbesondere auch deshalb nicht, weil die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 07.09.2005 ausdrücklich festlegt, dass die ärztliche Grundausbildung mindestens sechs Jahre oder 5.500 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität umfasst. Der Vorschlag, den Bachelor in der Medizin einzuführen, fußt also auf völlig sachfremden Erwägungen und zeigt, dass auch die Vorgaben des Europarechts völlig unberücksichtigt bleiben.

Im Interesse eines qualifizierten, einheitlichen Studiums als Voraussetzung für die jeweilige Facharzt Weiterbildung ist an der bisherigen Struktur des Medizinstudiums mit Abschluss durch das Staatsexamen festzuhalten. Hierbei wird ein verstärkt praxisorientiertes Studium zur verbesserten Vorbereitung auf die Patientenversorgung als notwendig erachtet.

14. Bachelor-/Masterstruktur in der medizinischen Ausbildung wird abgelehnt

Auf Antrag von Herrn Dr. Crusius, Herrn Dr. Schimanke, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Prof. Dr. habil. Schulze, Frau Prof. Dr. Braun und Herrn Prof. Dr. habil. Haupt (Drucksache V - 109) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung einer Bachelor-/Masterstruktur in der Medizin ab. Er begrüÙt in diesem Zusammenhang die klare Positionierung des Bundesgesundheitsministers Dr. Rösler gegen eine Umsetzung des Bologna-Prozesses für das Medizinstudium. Das einheitliche und hochwertige Medizinstudium mit dem Abschluss Staatsexamen muss erhalten bleiben, da

- die EU-Richtlinie 2005/36/EG bereits eine gegenseitige Anerkennung der Studienabschlüsse regelt. Für alle EU-Staaten sind in Artikel 24 Richtlinie 2005/36/EG mindestens 5.500 Stunden theoretischer und praktischer Unterricht an einer Universität verbindlich festgelegt. Das Ziel der Bologna-Deklaration einer Vereinheitlichung des europäischen Hochschulraums ist für den medizinischen Bereich damit gewährleistet.
- ein Medizinbachelor-Absolvent nach dreijähriger Ausbildung kein Berufsfeld im Medizinbereich findet. Ein Bachelorabschluss unterhalb des Status der Approbation darf keinesfalls eine ärztliche Tätigkeit ermöglichen.
- der hohe Qualitätsstandard, der von der Gesellschaft vom Medizinstudium erwartet wird, durch eine sechssemestrige Bachelorausbildung nicht sicherzustellen ist.

15. Änderung der Kriterien für die Studienplatzvergabe

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. habil. Bach (Drucksache V - 81) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Bundes- und die Landesgesetzgeber auf, die Zugangskriterien für die Studienplatzvergabe an den medizinischen Fakultäten zu ändern. Eine besondere Berücksichtigung sollten in viel höherem Maße bereits vor Studienbeginn geleistete Praktika oder eine bereits abgeschlossene medizinische Berufsausbildung finden. In diesem Zusammenhang sollten vom 113. Deutschen Ärztetag die medizinischen Fakultäten aufgefordert werden, die Möglichkeiten der Bewerberauswahl durch Eignungsgespräche im jetzt schon möglichen vollen Umfang zu nutzen.

16. Freizügigkeit im Praktischen Jahr

Auf Antrag von Herrn Werner und Herrn Dr. Meinke (Drucksache V - 85) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber und die Fakultäten auf, einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten, wie die Mobilität im Praktischen Jahr (PJ) des Medizinstudiums innerhalb Deutschlands ermöglicht werden kann.

Den Studierenden muss die Möglichkeit gegeben werden, ihr Praktisches Jahr oder Teile davon im gesamten Bundesgebiet auch an Ausbildungsstätten gemäß der Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) zu absolvieren, die nicht als Lehrkrankenhäuser an die eigene Fakultät angeschlossen sind.

17. Praktisches Jahr in der Arbeitsmedizin

Der EntschlieÙungsantrag von Herrn MR Dr. Groß, Herrn Dr. Wolter und Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache V - 100) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, sich bei den Universitäten dafür einzusetzen, dass geeignete Einrichtungen der betriebsärztlichen Betreuung den Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung im Sinne der Approbationsordnung für Ärzte (Praktisches Jahr – § 3 Abs. 2) gleichgestellt werden.

18. Änderung der Approbationsordnung – Abschaffung des "Hammerexamens"

Auf Antrag von Herrn Dr. Crusius, Herrn Prof. Dr. habil. Haupt, Herrn Prof. Dr. habil. Schulze, Herrn Dr. Mitrenga, Frau Prof. Dr. Braun und Herrn Dr. Schimanke (Drucksache V - 111) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Approbationsordnung dahingehend zu ändern, dass das jetzige "Hammerexamen" abgeschafft und der zweite Teil der ärztlichen Prüfung in einen schriftlich-theoretischen Teil vor dem Praktischen Jahr (PJ) und ein mündliches klinisch-praktisches Examen mit Patientenvorstellung gegliedert wird.

Ausbildung

1. Anerkennung "Rettungsassistent" für Krankenpflegepraktikum im Medizinstudium

Auf Antrag von Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 30) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den § 6 Absatz 2 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) um die krankenflegerische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum Rettungsassistenten zu ergänzen.

Die Ausbildung zum Rettungsassistenten enthält krankenflegerische Tätigkeiten. Da diese bisher nicht an der entsprechenden Stelle der Ärztlichen Approbationsordnung genannt ist*, sind die Landesprüfungsämter bislang gezwungen, bei der Anerkennung des für das Medizinstudium vorgeschriebenen Krankenpflegepraktikums Einzelfallentscheidungen vorzunehmen. Eine entsprechende Aufnahme der krankenflegerischen Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum Rettungsassistenten in der ÄAppO würde nicht nur die Landesprüfungsämter entlasten, sondern auch die Vorausbildung späterer Medizinstudenten angemessen und anerkennend berücksichtigen.

*bisherige Formulierung des § 6 Abs. 2 ÄAppO:

(2) Auf den Krankenpflegedienst sind anzurechnen:

1. eine krankenflegerische Tätigkeit im Sanitätsdienst der Bundeswehr oder in vergleichbaren Einrichtungen,
2. eine krankenflegerische Tätigkeit im Rahmen eines sozialen Jahres nach den Vorschriften des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres,
3. eine krankenflegerische Tätigkeit im Rahmen eines Zivildienstes nach den Vorschriften des Zivildienstgesetzes,
4. eine Ausbildung als Hebamme oder Entbindungspfleger, in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Krankenpflegehilfe.

2. Hygiene als eigenständiges Fach an den medizinischen Fakultäten erhalten

Auf Antrag von Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache V - 82) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Landesministerien auf, das Fach Hygiene als eigenständiges medizinisches Institut an den medizinischen Fakultäten zu erhalten.

3. Öffentlichen Gesundheitsdienst als Querschnittsbereich an den Medizinischen Fakultäten etablieren

Der EntschlieÙungsantrag von Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache V - 83) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Landesministerien auf, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) als Querschnittsbereich an den medizinischen Fakultäten zu etablieren.

Der ÖGD ist in Deutschland die historisch gewachsene dritte Säule des Gesundheitswesens, dessen Hauptaufgabe die Prävention von Erkrankungen ist. Er verfügt über die notwendigen Erfahrungen und die erforderliche Vernetzung im gesellschaftlichen Umfeld. Der ständige Arbeitsdruck unter mangelhafter materieller und personeller Ausstattung und die direkte Unterstellung und Abhängigkeit vom jeweiligen politischen Vorgesetzten im Landkreis oder der kreisfreien Stadt führten und führen in praxi zu mangelnder Wissenschaftlichkeit in der Routinearbeit, die allein Garant für höchste Qualität und Effektivität ist. Der ÖGD muss daher als eine wissenschaftliche medizinische Disziplin an einer Universität etabliert werden und nicht wie eine Verwaltungseinheit eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt unmittelbar den wechselnden sozialmedizinischen Vorstellungen der jeweiligen Gesundheitspolitiker ausgesetzt sein.

4. Begriff „Ärztin/Arzt“

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter (Drucksache V - 130) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt den Begriff „Ärztin/Arzt“ bzw. „Weiterzubildende/r Ärztin/Arzt“ anstatt „Assistenzärztin/Assistenzarzt“ bzw. „Weiterbildungsassistentin/Weiterbildungsassistent“. Mit der Approbation wird der Status Ärztin/Arzt erlangt.

5. Begriff "Arzt in Weiterbildung"

Auf Antrag von Frau Dr. Dicke (Drucksache V - 126) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt den Begriff "Arzt/Ärztin in Weiterbildung" statt "Assistenzarzt/Assistenzärztin" bzw. "Weiterbildungsassistent/Weiterbildungsassistentin", da dieser besser die Qualifikation, die mit der Approbation erlangt wurde, widerspiegelt.

Zulassung/Bedarfsplanung

1. Grundlagen für die Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Sektor verbessern

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 14) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Bildung und Forschung auf, im Rahmen der vorgesehenen Förderung der Versorgungsforschung im Gesundheitswesen – siehe Bekanntmachung vom 28.01.2010 – auch Vorhaben zu fördern, die eine bessere Grundlage für die Ermittlung des Bedarfs an Gesundheitseinrichtungen im ambulanten und stationären Bereich sowie für Rehabilitation und Pflege schaffen.

Das zentrale Maß für die Bedarfsplanung im ambulanten Sektor ist die Relation von Ärzten – unterteilt nach Fachgebieten – zu der Gesamtzahl der Einwohner. Dieses Maß ist aber nicht empirisch im Sinne eines Bedarfs an Versorgung mit bestimmten ärztlichen Leistungen ermittelt, sondern eine in den 1970er Jahren rein rechnerisch gebildete Relation der damaligen Anzahl von Ärzten in den einzelnen Fachgebieten

zur Gesamtbevölkerung. Die Verhältniszahlen, die sich daraus ergeben haben, gelten bis heute als Ausgangspunkt für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Ärzten. Es haben lediglich Korrekturen bei der Bildung von regionalen Planungsbereichen stattgefunden, bedingt durch Wanderungsbewegungen der Bevölkerung. Einige wenige Forschungsprojekte – so auch im Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung der Bundesärztekammer initiierte – zeigen schon andere Wege auf. Eine echte prospektive Berechnung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen für alle Fachdisziplinen und für das gesamte Bundesgebiet hat bis heute aber nicht stattgefunden.

Der Mangel an echten Planungsgrößen ist auch von der Konferenz der Gesundheitsminister der Länder erkannt. Hier wird ebenfalls die Notwendigkeit gesehen, den Bedarf empirisch zu ermitteln und dabei nicht vor den Grenzen der einzelnen Versorgungssektoren halt zu machen.

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) aufgelegte Programm zur Förderung der Versorgungsforschung wäre eine gute Gelegenheit zu erheben, welche Folgerungen aus dem demographischen Wandel, aus regionalen Wanderungsbewegungen und aus Verlagerungen von Gesundheitsleistungen zwischen den Versorgungssektoren für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der ambulanten und der stationären Versorgung zu ziehen sind. Für den stationären Bereich wäre es dabei besonders wichtig, die neuen Anforderungen an sektorenübergreifende Versorgung darzustellen sowie Wege aufzuzeigen, mit deren Hilfe von den auch heute oft noch kleinräumige an Landesgrenzen endenden Planungsinstrumenten Abschied genommen werden kann. Dabei sind die Verbindungen im Sinne einer umfassenden sektorenübergreifenden Versorgung zur Pflege und zur Rehabilitation zu knüpfen.

Nur mit einer am tatsächlichen Bedarf orientierten Ausgestaltung der Leistungsebene kann das Gesundheitswesen zukunftsfest gemacht und können die begrenzten Ressourcen zielgerichteter eingesetzt werden.

2. Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Auf Antrag von Frau Dr. Pfaffinger und Herrn Dr. Römer (Drucksache V - 32) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag missbilligt die Bestrebungen zur Schwächung des ambulanten fachärztlichen Bereiches in dem „Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“ (1).

Insbesondere die geforderte Ausdünnung der ambulanten fachärztlichen Leistungen und die Verlagerung des spezialisierten fachärztlichen Versorgungsbereichs an Zentren, Krankenhäuser und kooperierende Einrichtungen gefährdet den Erhalt einer wohnortnahen fachärztlichen Versorgung.

(1) Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes „Zukunft der ambulanten Versorgung – Differenzierte, sektorübergreifende Bedarfsplanung/Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“. Abgedruckt im „Dienst für Gesellschaftspolitik“ (dfg) vom 15.04.2010.

3. Schnittstelle ambulant – stationär (§ 116): Rückumwandlung Angestelltenstelle in Zulassung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. habil. Schang (Drucksache V - 60) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Kurzfassung Begründung:

Der Antrag soll erreichen, dass vertragsärztliche Zulassungen, die in Angestelltenverhältnisse umgewandelt wurden, entgegen der gültigen Rechtslage auch wieder in vertragsärztliche Zulassungen rückumgewandelt werden können.

Antragstext:

Der Ärztetag empfiehlt dem Gesetzgeber eine Änderung des § 103 SGB V, Abs. 4 und 4a.

Gesetzestext:

(4) Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.

Empfohlener neuer Zusatz:

Gleiches gilt, wenn ein Vertragsarzt eine Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 halb- oder ganztags angestellten Arztes, die aus einer ehemaligen vertragsärztlichen Zulassung entstanden ist, mit einem selbstständig tätigen Arzt nachbesetzen will.

Gesetzestext:

(4a) Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen; eine Fortführung der Praxis nach Abs. 4 ist nicht möglich.

Empfohlener neuer Zusatz:

..., es sei denn, die Stelle des angestellten Arztes wird auf Antrag des Betreibers des medizinischen Versorgungszentrums im Wege einer Ausschreibung nach § 103 Abs. 4 erneut umgewandelt in eine Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit.

Mit § 103 Abs. 4 u. 4a verfolgte der Gesetzgeber den Zweck, ärztliche Anstellungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Arztpraxen zu erleichtern. Damit wird dem zunehmenden Wunsch von Ärztinnen und Ärzten nach ambulanter Tätigkeit in Anstellungsverhältnissen entsprochen und die Gründung von MVZ gefördert. Nachteilig wirkt sich jedoch eine damit verbundene Tendenz zur räumlichen Konzentration von ambulanter medizinischer Versorgung in Zentren aus bei gleichzeitiger Ausdünnung der Versorgung in der Fläche, besonders problematisch in der hausärztlichen ländlichen Versorgung oder der städtischen

Versorgung sozialer Brennpunkte. Eine einmal erfolgte Umwandlung einer vertragsärztlichen Zulassung in eine Angestelltenstelle ist nach derzeitiger Rechtslage nicht mehr rückgängig zu machen.

Damit sollte der Betrieb eines MVZ oder einer größeren Vertragsarztpraxis mit angestellten Ärzten auf eine kalkulierbare Basis gestellt werden. Ein Nebeneffekt dieser Regelungen besteht jedoch im unwiederbringlichen kontinuierlichen Abbau von Vertragsarztsitzen und einem stetigen Rückgang der Möglichkeiten zu freiberuflich selbstständiger Tätigkeit im Sinne einer Einbahnstraße. Dies steht im Widerspruch zur erklärten Absicht der derzeitigen Regierungskoalition zum Erhalt der freiberuflich selbstständigen Tätigkeit von Ärzten. Die derzeitige Gesetzeslage kann sich auch nachteilig auf den Betrieb eines MVZ oder einer größeren Praxis mit angestellten Ärzten auswirken. Der Betreiber eines MVZ oder einer größeren Praxis kann die einmal getätigte Investition eines erworbenen Arztsitzes nicht wieder veräußern. Schwerer wiegt aber, dass die Betreiber eines MVZ oder einer Praxis hochqualifiziertes Personal nicht halten können, wenn dieses eine selbstständige Tätigkeit anstrebt.

Die vorgeschlagene Regelung wirkt sich nicht nachteilig auf MVZ- oder Praxisbetreiber aus, bietet aber Vorteile für MVZ- und Praxisbetreiber sowie für niederlassungswillige Ärzte und stellt einen Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung durch freiberuflich selbstständige Ärzte dar.

Gesetzliche Krankenversicherung

1. *Bessere Verzahnung der Sektoren*

Der Entschließungsantrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag begrüßt die im Koalitionsvertrag festgehaltene Absicht der Fortsetzung einer besseren Verzahnung des stationären und des ambulanten Sektors.

Dies betrifft insbesondere die kritische Überprüfung und eventuelle Präzisierung des Zulassungsverfahrens für Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.

§ 116b SGB V in der jetzigen Fassung sorgt eher für Konfrontation als für Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern, schürt den Konkurrenzkampf und sorgt für unnötige Rechtsstreitigkeiten.

Die Rechtsvorschrift muss daher im Sinne einer intelligenten Versorgungssteuerung künftig so ausgestaltet werden, dass die Öffnung der Krankenhäuser keine ambulanten Parallelstrukturen bewirkt, sondern nur eine Ergänzung im Bereich hochspezialisierter Leistungen sowie bei seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Verlauf, wenn zur Leistungserbringung weder niedergelassene noch ermächtigte Fachärzte zur Verfügung stehen.

Zu diesem Zweck ist ein geregeltes Abstimmungsverfahren mit dem Ziel einer Klärung der jeweiligen Versorgungssituation und Herstellung eines Einvernehmens zwischen den Krankenhausplanungsbehörden und den Organen der ärztlichen Selbstverwaltung gesetzlich zu verankern.

2. Verankerung des Rettungsdienstes und der Notfallmedizin im SGB V

Auf Antrag von Herrn Dr. Dipl.-Chem. Nowak (Drucksache V - 35) fasst der 113. Deutsche Ärztetag in 2. Lesung folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Rettungsdienst mit der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport endlich eigenständig im SGB V zu regeln und als Teil der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V anzuerkennen.

Der Rettungsdienst mit der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport hat sich in Deutschland als eigenständiger medizinischer vorklinischer Leistungsbereich entwickelt und ist einer der besten der Welt. Ihn weiterhin unter dem Bereich „Fahrkosten“ (§ 60 SGB V) zu subsumieren, hieÙe, die sich seit Jahren vollzogene Entwicklung der vorklinischen und insbesondere der Notfallmedizin weiterhin sträÙlich zu ignorieren. Es ist in diesem Zusammenhang daran zu erinnern, dass der Bundesgesetzgeber den Leistungsbereich Krankentransport 1989 aus dem Personenbeförderungsgesetz ausgegliedert hat. Bereits seit 1996 gab es verschiedene Initiativen vom Ausschuss „Rettungswesen“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), der Innenministerkonferenz und des Bundesrates, die gesetzliche Verankerung zu erreichen, bislang allerdings ohne Erfolg.

Der Rettungsdienst, bestehend aus Notfallrettung und Krankentransport, ist als Länderzuständigkeit in den 16 Bundesländern in eigenständigen Rettungsdienstgesetzen geregelt. Diese Ländergesetze gehen alle von einem einheitlichen Begriff „Rettungsdienst (Notfallrettung und Krankentransport)“ aus. Dagegen wird im bisherigen SGB V der Rettungsdienst lediglich als Bestandteil der „Fahrkosten“ (§ 60) bzw. der „Versorgung mit Krankentransportleistungen“ (§ 133) angesehen.

Die Krankenkassen erkennen als ihre Rechtsgrundlage lediglich das SGB V an. Durch diese Diskrepanz kommt es zu unnötigen Schiedsstellen- und Gerichtsverfahren.

Deshalb muss endlich die Länderaufgabe „Rettungsdienst“, geregelt als Landesrecht, als präklinisches System mit seinen rund 9 Mio. Einsätzen jährlich eine gesetzlich klare Verzahnung mit dem Bundesrecht (SGB V) erfahren. Dadurch entstehen der GKV keine Mehrkosten, möglicherweise sogar Einsparungen, weil dadurch ein falscher Anreiz abgeschafft und zum anderen der Kompetenz und den Leistungsmöglichkeiten eines notarztgestützten Rettungsdienstes Rechnung getragen werden.

3. Evaluation der Präventions- und Früherkennungsprogramme in der GKV

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 40) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die aktuell im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthaltenen Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen auf ihre Wirtschaftlichkeit und medizinische Sinnhaftigkeit hin evaluieren zu lassen.

Der Deutsche Ärztetag steht voll und ganz hinter dem Präventions- und Früherkennungsgedanken, sowohl aus medizinischen Gründen als auch mit Blick auf einen zielgerichteten Einsatz immer knapper werdender Mittel. Gerade aus

diesem Grund ist dabei die Überprüfung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, bezogen auf den betreffenden Personenkreis, und ausgehend davon ggf. eine Neujustierung in inhaltlicher Hinsicht und im Hinblick auf die betreffende Zielgruppe besonders wichtig.

4. Selbstverwaltung in den Ländern stärken

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 50) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Selbstverwaltung in den einzelnen Bundesländern bzw. KV-Bezirken dahingehend zu stärken, dass die Vertragsabschlusskompetenz von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen(verbänden) „vor Ort“ erweitert wird und so regionale Besonderheiten wieder stärker Berücksichtigung finden können.

5. Der Arzt ist kein Beauftragter der Krankenkassen

Auf Antrag von Herrn Dr. Rütz, Herrn Prof. Dr. Bertram, Frau Haus und Herrn Brock (Drucksache V - 57) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag::

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, aktiv dazu beizutragen, dass Rechtsmittel gegen das Urteil des Oberlandesgerichts Braunschweig vom 23.02.2010 (Az.: WS17/10) eingelegt werden, und alle Bemühungen einzelner Ärzte oder Verbände zu unterstützen, die das Ziel haben, dieses Urteil zu revidieren.

Entgegen der bisher herrschenden juristischen Meinung hat das Oberlandesgericht Braunschweig entschieden, dass ein Arzt zum "Beauftragten der Krankenkassen" wird, wenn er ein Rezept ausstellt. Von diesem "Gehilfenstatus" ist es nicht mehr weit zum "Auftragnehmer" der Krankenkassen.

Die Entscheidung ist nicht nur rechtsdogmatisch fragwürdig, sondern sie stellt die Krankenkassen anstelle des Patienten in den Mittelpunkt ärztlicher Entscheidungen. Dieser Tendenz muss auf allen Ebenen entgegengewirkt werden.

6. Gesetzgeber muss für Chancengleichheit beim Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren auch bei der Filialbildung sorgen

Auf Antrag von Herrn Dr. Kaplan und Herrn Dr. Rechl (Drucksache V - 62) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Kaplan (Drucksache V - 62a) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Nach dem Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 24. Juni 2009 (L 1 Ka 8/09) kann ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mehr als zwei Nebenbetriebsstätten unterhalten, da Normadressat der ärztlichen Berufsordnung ausschließlich der Arzt ist. Deshalb ist § 17 Abs. 2 Satz 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns:

„Über den Praxissitz hinaus ist es dem Arzt gestattet, in bis zu zwei weiteren Praxen selbstständig ärztlich tätig zu sein“ auf ein MVZ selbst auch nicht entsprechend anwendbar. Das Sächsische Landessozialgericht hebt in dem Urteil hervor, dass die Berufsordnung insoweit keine Regelungslücke enthält. Da ein MVZ als ärztlich geleitete Einrichtung nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht Mitglied der Sächsischen

Landesärztekammer sein kann, unterliegt ihre Tätigkeit somit nicht der Regelungskompetenz der Ärztekammer.

Wir appellieren an den Bundesgesetzgeber, die dadurch entstehende Ungleichbehandlung durch eine entsprechend korrespondierende Regelung im SGB V zu beseitigen.

Wie das Sächsische Landessozialgericht ausführt, kann die ärztliche Berufsordnung schließlich das ärztliche Wirken des Arztes regeln. Ärztlich geleitete Einrichtungen wie MVZ können somit nicht Normunterworfenen sein, da sie auch nicht Mitglieder der zuständigen Ärztekammer sind. Da sich MVZ und niedergelassene Ärzte im Wettbewerb untereinander befinden, muss in diesem Fall der Bundesgesetzgeber dafür Sorge tragen, dass es nicht zu einer Ungleichbehandlung und Bevorteilung eines Versorgungsanbieters kommt. Insofern ist es nur folgerichtig, wenn im SGB V betreffend dieser Einrichtungen eine dem § 17 Abs. 2 Satz 1 der Berufsordnung korrespondierende Regelung alsbald eingeführt wird.

7. Verträge über die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung müssen zwingend die medikamentöse Versorgung enthalten

Auf Antrag von Herrn Dr. Kaplan, Herrn Dr. Rechl, Herrn Dr. univ. Lengl und Herrn Dr. Krombholz (Drucksache V - 72) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die gesetzlichen Krankenkassen werden gebeten, die im Rahmen der spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgung (SAPV) notwendige Arzneimittelversorgung als Vertragsgegenstand auÙerhalb der Budgetierung in den Verträgen über die SAPV stets vorzusehen.

Die Arzneimittelversorgung für Patienten, die im Rahmen der SAPV betreut werden, geht häufig zu Lasten des Budgets der behandelnden Hausärzte.

Zwar erhalten die im Rahmen der SAPV tätigen Care-Teams nach dem zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vertrag eine eigene Betriebsstättennummer und können somit die erbrachten Leistungen abrechnen bzw. veranlassen. Jedoch sind Medikamentenverordnungen nur möglich, wenn die nach § 132d SGB V zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern der SAPV geschlossenen Verträge auch die entsprechende Arzneimittelverordnung einschließen.

Dies muss somit Vertragsgegenstand sein, da nach § 5 der SAPV-Richtlinien auch Leistungen zur Krankenbehandlung vereinbart werden können. Die Krankenbehandlung umfasst nach § 27 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 3 SGB V u. a. die Versorgung mit Arzneimitteln.

8. Festzuschüsse, Festbeträge und Mehrkostenregelungen

Der EntschlieÙungsantrag von Herrn Stagge (Drucksache V - 88) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Ausweitung von Festzuschüssen, Festbeträgen und Mehrkostenregelungen als Instrument des Wettbewerbs in weiteren Bereichen zu prüfen. Erfahrungen im zahnmedizinischen Bereich haben gezeigt, dass die Patienten diese Möglichkeiten, die ihnen mehr Entscheidungsfreiraum lassen, gut annehmen. Den Krankenkassen müssen Möglichkeiten eingeräumt werden, entsprechende zusätzliche Versichertenpakete über Satzungsleistungen anzubieten.

9. Honorierung psychotherapeutischer Leistungen

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache V - 97) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sich im Bewertungsausschuss dafür einzusetzen, die Honorierung der ärztlichen Psychotherapie innerhalb der somatischen Fächer der Honorierung in den psychotherapeutischen Fächern (wieder) gleich zu stellen.

Ärztliche Psychosomatik und Psychotherapie sind ein unverzichtbarer und integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit. Gerade die ganzheitliche, also somato-psycho-soziale Sicht auf die Krankheit ist eine wesentliche Grundlage für ärztliches Handeln. Die Einbeziehung psychosomatischer und psychotherapeutischer Fachkompetenz in alle Fachgebiete bei der Betreuung von Patienten ist eine wichtige und unverzichtbare Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten und durch die derzeitige Honorarpraxis erheblich behindert.

10. Einführung der geplanten Diagnosen-Kodierrichtlinien im Vertragsarztsystem stoppen

Auf Antrag von Herrn Dr. Geis (Drucksache V - 106 neu) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die geplante Einführung der neuen Diagnose-Kodierrichtlinien umgehend zu stoppen.

Hier werden Daten dazu missbraucht, um Honorarverteilung zu organisieren. Dabei geht man von der irrigen Meinung aus, der Wert und die Intensität der täglichen Arbeit in der Arztpraxis an den kodierten Diagnosen ablesen zu können.

Darüber hinaus wird hier von Funktionären ein weiteres bürokratisches Monstrum geschaffen, vergleichbar mit den Kodierungen im Zusammenhang mit den Diagnosis Related Groups (DRGs) im Krankenhaus. So wie im Krankenhaus ganze Arztstellen für die Kodierung geschaffen werden mussten, wird eine geordnete Praxisverwaltung durch diese unsinnigen Kodierrichtlinien unmöglich gemacht und Zeit für die notwendige Patientenbetreuung gestohlen.

In der Arztpraxis wird der Patient in der Gesamtheit seiner Beschwerden behandelt und es werden nicht irgendwelche Diagnosen zur Abrechnungsbegründung formuliert.

11. Gleichberechtigte Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarife in der gesetzlichen Krankenversicherung

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Köhler und Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 115) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, bis zur Einführung des Kostenerstattungsprinzips als primärem Abrechnungs- und Vergütungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die bestehenden Benachteiligungen für gesetzlich Krankenversicherte bei der Wahl der Kostenerstattung zu beseitigen und eine Gleichberechtigung von Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V und Sachleistungsprinzip in der GKV herzustellen.

12. Einführung einer Medikamentenkostenbeteiligung

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Fink (Drucksache V - 116a) zum Entschließungsantrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz und Herrn Dr. Lipp (Drucksache V - 116) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Einfügung eines neuen 3. Absatzes im Antrag V-116:

Zur Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten bzgl. der Medikamentenausgaben ist die Einführung einer prozentualen Medikamentenkostenbeteiligung bei gleichzeitiger Festlegung einer Obergrenze der Eigenbeteiligung sinnvoll (soziale Abfederung, komplette Befreiung von der Medikamenten- und Selbstbeteiligung für sozial Schwache).

13. Sozialverträgliche Selbstbeteiligung statt Praxisgebühr

Der Entschließungsantrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz und Herrn Dr. Lipp (Drucksache V - 116) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, in der gesetzlichen Krankenversicherung eine sozialverträgliche Selbstbeteiligung für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen einzuführen. Ziel ist, Anreize für ein kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen. Die Praxisgebühr ist abzuschaffen.

Dabei ist sicherzustellen, dass niemand von notwendigen Arztbesuchen abgehalten wird. Die Selbstbehalte sind prozentual nach der Höhe der Arztrechnung mit negativer Progression zu staffeln. Die nach § 62 SGB V geltende Begrenzung der jährlichen Gesamtbelastung der Versicherten durch Zuzahlungen ist beizubehalten. Menschen mit geringem Einkommen (z. B. ALG-II-Empfänger) zahlen einen Euro je Arztbesuch.

Begründung:

Die 2004 eingeführte Praxisgebühr hat keine steuernden Effekte in der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten auslösen können. Die Zahl der Arztbesuche steigt seit Jahren. Derzeit dient die Praxisgebühr vorrangig der Mitfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit einer sozial verträglich ausgestalteten Selbstbeteiligung könnten hingegen die Arztbesuche zum einen auf die notwendigen und versorgungsintensiven Fälle reduziert werden, wodurch die Ärztinnen und Ärzte wieder mehr Zeit für ihre Patienten bekämen. Zum anderen schüfe eine derartige Selbstbeteiligung Anreize für ein kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten bei den Versicherten und würde der im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages festgelegten Zielstellung entsprechen.

14. Abschaffung von Richtgrößen und Budgets

Auf Antrag von Herrn Dr. Brunngraber (Drucksache V - 124) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, dafür zu sorgen, dass Richtgrößen und Budgets für Arzneimittel sowie Heilmittel unverzüglich abgeschafft werden.

Durch zahlreiche Regelungen wie Rabattverträge kann man Ärzten die Verantwortung für die Einhaltung dieser Regeln nicht mehr zumuten.

Die konsekutiven Bedrohungen durch existenzvernichtende Regresse hält den Nachwuchs, besonders in ländlichen Gebieten, von einer Niederlassung ab.

15. Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors

Auf Antrag von Herrn Dr. Dewitz und Frau Dr. Keller (Drucksache V - 125) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird beauftragt, eine Zusammenstellung aller gesetzlichen Normen zu erstellen, die eine sinnvolle und erwünschte Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern auch ohne Beteiligung von Krankenkassen systematisch verhindern.

Die Bundesärztekammer wird weiterhin beauftragt, zu prüfen, welche Regelungen in der (Muster-)Berufsordnung (MBO) zur Lösung der Problematik denkbar wären und welche weiteren Rechtsquellen angepasst werden müssten, und ggf. eine entsprechende Änderung gesetzlicher Regelungen beim Gesetzgeber anzumahnen.

Qualitätssicherung

1. Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im GKV-System zu einer gemeinsamen Qualitätskultur

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 06) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Im Hinblick auf die notwendige Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Krankenversorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fordert der Deutsche Ärztetag:

1. Einführung besonderer Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen nach SGB V nur dort, wo nachweislicher Handlungsbedarf besteht
2. Abbau der Überregulierung der Qualitätssicherung im SGB V
3. Entwicklung einer gemeinsamen Qualitätskultur
4. Patientenorientierte Auswahl und evidenzbasierte Vorgehensweise bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
5. Nutzung vorhandener Strukturen der Qualitätssicherung auf Landesebene und gleichberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
6. Umsetzung der potentiell jetzt schon möglichen Routedatennutzung und Beteiligung der Ärztekammern
7. Sorgfältige Beobachtung der Startschwierigkeiten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) und Verlängerung der Konvergenzphase für die Verschmelzung von stationärer und sektorenübergreifender Qualitätssicherung

Zu den Forderungen im Einzelnen:

1. Einführung besonderer Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen nach SGB V nur dort, wo nachweislicher Handlungsbedarf besteht

Die originäre Zuständigkeit für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung liegt bei den Ärztekammern. Berufsrechtliche Regelungen zur Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung gelten übergeordnet für die ärztliche Versorgung aller Patientinnen und Patienten, ungeachtet des jeweiligen Versicherungsstatus im Einzelfall.

Zusätzliche Regelungen zur Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung im System der gesetzlichen Krankenversicherung wurden erstmals vor 20 Jahren in das SGB V eingeführt. Zahlreiche der zwischenzeitlich auf Basis des SGB V beschlossenen Strukturqualitäts-, Mindestmengenvereinbarungen etc. vermitteln eher den Charakter von mehr oder weniger willkürlich festgesetzten Marktzugangsregulierungen für die Leistungserbringer als den von veritablen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Besondere Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen, die über landesrechtliche Regelungen, z. B. zur ärztlichen Berufsausübung, hinausgehen, sollten nur dort eingeführt werden, wo nachweislicher, d.h. evidenzbasierter Handlungsbedarf besteht.

2. Abbau der Überregulierung der Qualitätssicherung im SGB V

Status quo ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V Richtlinien über die Qualitätssicherung beschließen soll. Über diese allgemeine Ermächtigung hinausgehend sind Einzelregelungen zur Qualitätssicherung über das gesamte SGB V verstreut und u. a. in folgenden Paragraphen wiederzufinden:

- § 73b Hausarztzentrierte Versorgung
- § 73c Besondere ambulante ärztliche Versorgung
- § 87 Bundesmantelvertrag
- § 87b Vergütung der Ärzte (Regelleistungsvolumina)
- § 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus
- § 116b Ambulante Behandlung im Krankenhaus
- § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- § 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung
- § 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen
- § 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung
- § 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität
- § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme
- § 139a IQWiG
- § 140a-b Integrierte Versorgung

- § 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

Der Deutsche Ärztetag fordert, diese Regelungsvielfalt wegen der bekannten Missstände zurückzubauen. Im Sinne einer Rahmengesetzgebung sollten sich die Vorschriften zur Qualitätssicherung im SGB V auf die Formulierung übergeordneter Qualitätsziele und der Voraussetzungen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität (Rahmenbedingungen für ein „lernendes System“) konzentrieren:

- Beteiligung aller Leistungserbringer an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
- Kontinuierliche Optimierung der Versorgungsqualität auf Basis eines obligatorischen einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- Qualitätsdarlegung in regelmäßigen Abständen
- Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen mit der gebotenen statistisch-biometrischen Sorgfalt (Risikoadjustierung u. a.), Interpretation der Ergebnisse mit der gebotenen klinischen Expertise
- Transsektorale Weiterentwicklung der Qualitätssicherung unter Einschluss der Leistungen, die in Einzel-/Selektivverträgen erbracht werden
- Qualitätsdarlegung und Evaluation von Qualitätssicherungsmaßnahmen für Versorgungsforschung und -steuerung sowie zur Unterstützung der Patientensouveränität in regelmäßigen Abständen
- Gebot der Datensparsamkeit und Ermöglichung von Routinedatennutzung unter Beachtung des Datenschutzes

3. Entwicklung einer gemeinsamen Qualitätskultur

Analog zur derzeitigen Regelungsvielfalt im SGB V sind auf der Umsetzungsebene die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung vielfältig und detaillistisch, beispielhaft sei auf die überaus umfassenden Strukturqualitätsanforderungen zu einzelnen §-116b-Leistungen oder zur Versorgung Früh- und Neugeborener hingewiesen. Da die Qualitätssicherung von den verschiedenen Bänken des G-BA als Marktaufteilungs- bzw. Marktberreinigungsinstrument entdeckt wurde, sind die diesbezüglichen Beratungen im Regelfall langwierig und konfliktiv, hierzu sei beispielhaft auf die jahrelange Entwicklung der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung hingewiesen.

Trotz der zahlreichen Richtlinien ist das GKV-System von einer patientenorientierten, wahrhaft qualitätsgekoppelten Versorgungssteuerung noch weit entfernt. Ohne Mobilisation der unverzichtbaren Eigenmotivation der verschiedenen Beteiligten und Erhaltung von regionalen Gestaltungsspielräumen wird dieses Ziel nicht zu erreichen sein. Für die Zukunft sollte der G-BA seine Rolle als Katalysator und Moderator einer gemeinsamen Qualitätskultur verstehen. Die Übernahme gemeinsamer Verantwortung für die Versorgung, eine patientenzentrierte Sichtweise und eine Steuerung über Ziele anstatt über Kontrollvorschriften und Strukturen müssen dabei im Fokus stehen.

4. Patientenorientierte Auswahl und evidenzbasierte Vorgehensweise bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Seit Gründung des G-BA im Jahr 2004 erfolgt die Auswahl der Beratungsthemen im Unterausschuss Qualitätssicherung mehr oder weniger auf Zuruf. Zwar ist in der Verfahrensordnung des G-BA eine Priorisierung der in die Qualitätssicherung einzubeziehenden Krankheiten oder Leistungen vorgesehen, ein entsprechendes Konzept ist aber bislang nicht verabschiedet worden.

Qualitätsindikatoren zur Beurteilung von Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen mit Bezug auf patientenrelevante Zielgrößen für den medizinischen Nutzen von Diagnose- und Behandlungsverfahren definiert und spezifiziert werden. Für Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen ähnliche Kriterien wie für medizinische Diagnose- und Behandlungsverfahren gelten – auch sie müssen zweckmäßig, ausreichend und notwendig sowie wirtschaftlich sein –, wobei den besonderen Belangen der Risikoabwehr sowohl im Hinblick auf die Evidenzanforderungen als auch im Hinblick auf die zu akzeptierende statistische Unsicherheit Rechnung getragen werden muss.

5. Nutzung vorhandener Strukturen der Qualitätssicherung auf Landesebene und gleichberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Trotz der Vorgabe des Gesetzgebers, insbesondere für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung möglichst auf bereits vorhandene Strukturen zurückzugreifen, ist dies in der hierfür maßgeblichen Richtlinie Nr. 13 des G-BA nur unvollständig erfolgt. Ungeachtet der Tatsache, dass die Landesärztekammern in fast allen Bundesländern in die Strukturen der externen vergleichenden Qualitätssicherung der Krankenhäuser jahrelang erfolgreich integriert waren, ist deren Rolle in den künftigen Landesarbeitsgemeinschaften der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung unnötig marginalisiert worden.

Um zukünftig eine bessere Nutzung mit den auf Landesebene geschaffenen Strukturen und Maßnahmen für die Qualitätssicherung und grundsätzlich eine bessere Harmonisierung zwischen Bundes- und Landesebene herbeizuführen, fordert der Deutsche Ärztetag eine gleichberechtigte, d.h. stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA. Dies würde gleichzeitig endlich eine adäquatere Einbeziehung der Expertise und Standpunkte der Krankenhausärzte ermöglichen.

In den zu gründenden Landesarbeitsgemeinschaften für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung bzw. in deren Lenkungsgremien sollte die laut Richtlinie vorgesehene Option eines unparteiischen Vorsitzenden dahingehend genutzt werden, hierfür einen Vertreter der jeweiligen Landesärztekammer einzusetzen.

6. Umsetzung der potentiell jetzt schon möglichen Routinedatennutzung und Beteiligung der Landesärztekammern

Sogenannte Routinedaten, in der Regel Abrechnungsdaten, können nicht als alleinige Grundlage der Qualitätssicherung dienen. Sie stellen jedoch einen umfangreichen zusätzlichen Datenpool dar, der trotz der bereits geschaffenen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen in § 299 und § 303a-f SGB V nicht genutzt wird. Um endlich Bewegung in die Routinedatennutzung zu bringen, sollte die Rolle der Vertrauensstellen/Datenaufbereitungsstellen unabhängigen Dritten, die gleichzeitig fachkompetent sind, übergeben werden, zum Beispiel den Landesärztekammern. Die Landesärztekammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Gemeinwohlbindung die gesetzlich vorgesehene Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte in allen Sektoren und sind weder an der

Leistungserbringung noch an den Geldflüssen beteiligt. Unabhängige Stellen bei den Landesärztekammern könnten das komplette Datenhandling für beide Sektoren, die Funktion der Auswertungsstelle für dezentrale Verfahren und die Rückmeldungen an alle Leistungserbringer übernehmen.

7. Sorgfältige Beobachtung der Startschwierigkeiten der sektorübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) und Verlängerung der Konvergenzphase für die Verschmelzung von stationärer und sektorenübergreifender Qualitätssicherung

Nachdem die Richtlinie Nr. 13 zur sQS nun endlich im März 2010 vom Plenum des G-BA trotz formaler Mängel zumindest inhaltlich konsentiert werden konnte, zeigt nunmehr das Methodenpapier des vom G-BA beauftragten AQUA-Instituts erhebliche Schwächen:

Allgemeine Kritikpunkte:

- Fehlendes klares zeitliches Konzept zu gegenwärtigen Möglichkeiten der Qualitätssicherung und zu zukünftigen Perspektiven
- Z. T. unwissenschaftliche Vorgehensweise durch Behauptungen ohne Herleitung bzw. Festlegungen ohne Begründungen
- Inkonsistente und widersprüchliche Verwendung von Fachbegriffen
- Ungleichgewicht im Konzept zwischen ausführlicher Propädeutik einerseits und zu kurz gehaltenen Texten zu wichtigen Kernfragen andererseits

Spezielle Kritikpunkte:

- Kein erkennbares Gesamtkonzept zum Kernauftrag der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- Fehlendes Konzept zur Auswahl und zum Einsatz unterschiedlicher Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität
- Nicht angemessene Vereinfachungen bei der Kriterienauswahl im zentralen Prozess der Qualitätsindikatorenentwicklung, insbesondere bezüglich der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung (Public Disclosure)
- Alleinige Fixierung auf die Sekundärnutzung vorhandener Indikatoren bei fehlendem Konzept für die Neuentwicklung von Indikatoren
- Unklares Konzept zur Identifikation von Datenquellen, z. B. Routinedaten, in der Indikatorenentwicklung und zur Berücksichtigung bestehender Dokumentationsstandards (z. B. DMP)
- Fehlendes Konzept zur zentralen Frage der Stichproben- vs. Vollerhebung
- Fehlendes Konzept zu den Auslösebedingungen zur Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren bzw. zur Überprüfung der Vollständigkeit
- Nichttransparente Kriterien bei der Einbindung und Vergütung von Fachexperten in Expertenpanels bzw. Fachgruppen
- Fehlende Transparenz zu Art und Umfang der Einbindung von Kooperationspartnern bzw. Unteraufnehmern

Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb das Bundesministerium für Gesundheit zu einer sorgfältigen Beobachtung der persistierenden Startschwierigkeiten der sQS auf. Um wenigstens die Kontinuität der stationären Qualitätssicherung aufrechtzuerhalten, sollte die Konvergenzphase für die Verschmelzung von stationärer und sektorenübergreifender Qualitätssicherung über 2010 hinaus um wenigstens ein weiteres Jahr verlängert werden.

Krankenhaus

1. Familienfreundliches Krankenhaus

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 27) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt das im Rahmen des Bund-Länder-Spitzengesprächs am 6. Mai 2010 von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler erneut hervorgehobene Ziel, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch in den Gesundheitsberufen verbessern zu wollen.

Bereits seit Jahren hat der Deutsche Ärztetag u. a. durch seine Kampagne "Für ein familienfreundliches Krankenhaus" aktiv dafür geworben, diesem Thema einen höheren Stellenwert einzuräumen.

Angesichts des bereits bestehenden Ärztemangels und des gemeinsamen Interesses von Ärztinnen und Ärzten, Beruf und Familie zu vereinbaren und damit die Attraktivität des Berufes zu steigern, bedarf es der gemeinsamen Anstrengung aller Beteiligten, um zügig und kreativ nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

2. Familienfreundliche Arbeitspolitik im Krankenhaus

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp, Frau Haus, Herrn Dr. Lutz und Herrn Dr. Fitzner (Drucksache V - 46) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhäuser auf, zeitnah familienfreundliche Arbeitsplätze zu schaffen.

Die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf hat sich als ein wesentlicher Grund für den in Deutschland bestehenden Ärztemangel erwiesen. Nur zögerlich und vereinzelt wird seitens der Krankenhäuser hierauf reagiert. Zur Förderung der Vereinbarkeit des ärztlichen Berufsbildes mit der Familie kommen unter anderem folgende Maßnahmen in Betracht:

- flexible Arbeitszeiten,
- verlässliche Arbeits- und Bereitschaftszeiten,
- gesicherte Kinderbetreuung,
- unbürokratische und zeitnahe Umsetzung flexibler Elternzeitregelungen,
- Kontaktpflege- und Wiedereinstiegsprogramme,
- familienfreundliches Krankenhausleitbild,

- steuerbegünstigte finanzielle Beihilfen zur Geburt,
- Auditierung.

Die Maßnahmen werden zum Teil steuerlich gefördert, können zeitnah umgesetzt werden und begünstigen die Attraktivität des Berufsbildes. Diese haben eine positive Wirkung und hätten einen Rückgang des Ärztemangels zur Folge.

3. Keine gesonderte Dokumentation von fachspezifischer Fortbildung

Auf Antrag von Herrn Dr. Fabian, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 36) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, in der Neufassung der Vereinbarung zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus vom 19. März 2009 die Sätze 2 und 3 des § 2 (1) noch im Jahr 2010 rechtlich wirksam zu streichen. In diesen Sätzen wird geregelt, dass 60 % der Fortbildung fachspezifisch sein müssen. Da dies bei allen Krankenhausärzten schon auf Grund der internen Fortbildungen eine Selbstverständlichkeit ist, stellt diese Regelung nur eine zusätzliche Bürokratisierung dar.

4. Vergütung der Belegärzte

Der EntschlieÙungsantrag von Herrn Dr. Lutz, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt und Herrn Dr. Fitzner (Drucksache V - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass stationär von Belegärzten erbrachte operative Leistungen adäquat zur Honorierung ärztlicher Leistungsanteile im Krankenhaus vergütet werden. Dazu ist die durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführte Regelung des § 18 Abs. 3 KHEntgG zu streichen und sicherzustellen, dass die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) berechneten Arztleistungsanteile für Hauptabteilungen für die Vergütung der belegärztlichen Leistungen zur Verfügung gestellt werden.

Begründung:

Die Minderung der Fallpauschalen für Hauptabteilungen (A-DRG) im Falle des Abschlusses von Honorarverträgen gem. § 121 Abs. 5 SGB V für belegärztliche Leistungen ist weder nachvollziehbar noch hinnehmbar. Sie bewirkt – neben dem Punktwertverfall im Rahmen der vertragsärztlichen Honorarreform – eine weitere Verminderung der Honorarbasis für die belegärztliche Tätigkeit. Damit wird eine betriebswirtschaftlich sinnvolle Kalkulation dieser Leistungserbringung unmöglich, was letztlich zum Sterben des Belegarztsystems in Deutschland führen wird, obwohl nachgewiesen ist, dass das Belegarztprinzip aufgrund der kontinuierlichen Betreuung durch den bisher behandelnden Facharzt sowohl bei den Patienten eine große Akzeptanz erfährt als auch besonders für kleinere Krankenhäuser eine wirtschaftlich sinnvolle Alternative zur Schließung von Abteilungen darstellt. Damit leistet auch das Belegarztprinzip einen Beitrag zur Sicherstellung der stationären Versorgung, auch außerhalb von Ballungsgebieten.

5. *Ärztliche Führung der Krankenhäuser für Qualität und Patienteninteressen*

Auf Antrag von Herrn Dr. Hermann, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 48) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag setzt sich für den Ausbau moderner, kooperativer und ärztlich geprägter Führungsstrukturen der Krankenhäuser ein. Dies ermöglicht eine erfolgreiche fachübergreifende Steuerung und kontinuierliche, an medizinischer Evidenz orientierte Weiterentwicklung der Kliniken. Eine ärztliche Führung der Krankenhäuser stärkt die Qualität der Patientenversorgung auch gegenüber ökonomisch dominierten Interessen.

Die Führungskonzepte in den Krankenhäusern haben sich in der jüngeren Vergangenheit zunehmend von der Ärzteschaft wegentwickelt hin zu den patientenfremden – vorrangig administrativen und betriebswirtschaftlichen – Disziplinen.

Zudem erfordert die Entwicklung des Arztberufes im Krankenhaus – heute geprägt von Bürokratisierung und ökonomischem Zwang – eine Neuausrichtung; hierfür sind konkrete Verbesserungen und mehr Zufriedenheit am Arbeitsplatz auch vor dem Hintergrund des rasch steigenden Ärztemangels in den Kliniken dringend erforderlich.

6. *Arbeitsbedingungen in den Kliniken*

Auf Antrag von Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Emminger und Herrn Dr. Lammel (Drucksache V - 63) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Chefärzte auf, die Ärzte in den Kliniken in ihren Bemühungen um bessere Arbeitsbedingungen und adäquate Bezahlung zu unterstützen.

7. *Implementierung von Führungsqualitäten in Kliniken*

Auf Antrag von Herrn Dr. Tegethoff und Herrn Dr. Wyrwich (Drucksache V - 119) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die ärztlichen Leiter in den Kliniken, insbesondere den Universitätskliniken, beeinflussen durch ihren Führungsstil in außerordentlicher Weise das Arbeitsklima in der stationären Krankenversorgung. Dort erfahren Medizinstudierende i. d. R. zuerst die Realität des Arbeitsalltags.

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass alle in diesen Positionen Verantwortlichen die dazu notwendigen Führungsqualitäten nachweisen.

Transplantationsmedizin

1. *Optimierung der Organspende*

Auf Antrag von Herrn MD Dr. Breu (Drucksache V - 59) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 113. Deutsche Ärztetag befürwortet ein gleichzeitiges, zweigleisiges Vorgehen zur Optimierung der Organspende. Neben der Intensivierung der bereits

eingeleiteten strukturellen, organisatorischen und finanziellen Maßnahmen muss eine zeitnahe neue gesetzliche Regelung im Sinne der Widerspruchslösung angestrebt werden.

Gendiagnostik

1. Gendiagnostikgesetz

Auf Antrag von Herrn Dr. Müller, Frau Dr. Pfann, Herrn Dr. Rechl und Herrn Fuchs (Drucksache V - 107) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag begrüÙt grundsätzlich die Intention des Gendiagnostikgesetzes (GenDG), das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und ihr Recht auf Nichtwissen ebenso gesetzlich zu verankern wie das Verbot der Diskriminierung aufgrund genetischer Eigenschaften. Prädiktive genetische Untersuchungen bedürfen unzweifelhaft eines besonderen Schutzniveaus. Dies trifft allerdings nicht gleichermaßen für andere diagnostische genetische Untersuchungen zu. Die mit dem GenDG vom 31. Juli 2009 geschaffenen bürokratischen Anforderungen bringen für diagnostische genetische Untersuchungen keinen Zugewinn an Qualität oder Sicherheit für die Betroffenen.

Es ist z. B. absolut unpraktikabel, wenn bei der Anforderung von Labordiagnostik bei der Abklärung von Mutationen von Faktor-II-Prothrombin oder Faktor-V-Leiden dem Laborarzt eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten vorgelegt werden muss. Im Gegensatz zum von der Politik erst kürzlich zugesagten Abbau von Bürokratie in der Medizin ist mit dem GenDG ein neuer Bürokratieschub ausgelöst worden, der in dieser Form nicht akzeptabel ist.

Die gesetzlichen Anforderungen, die das GenDG allgemein an diejenigen Ärztinnen und Ärzte stellt, die diagnostische genetische Untersuchungen durchführen, bedingen einen erhöhten zeitlichen und finanziellen Aufwand, insbesondere für niedergelassene Frauenärzte, Internisten, Kinderärzte und Neurologen, ohne dass damit ein Zugewinn an Qualität oder Sicherheit für die Patienten verbunden wäre. Auch die mit genetischen Untersuchungen nach dem GenDG verbundenen Auswirkungen (z. B. im Versicherungsbereich!) sind weder für die Ärzte noch für die Betroffenen derzeit absehbar. Der 113. Deutsche Ärztetag fordert daher den Gesetzgeber auf, im Interesse der Patientinnen und Patienten eine Änderung bzw. Klarstellung des Anwendungsbereiches des GenDG vorzunehmen.

Arbeitszeit

1. Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Bestimmungen

Auf Antrag von Herrn Dr. Lutz, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Reinhardt und Herrn Dr. Lipp (Drucksache V - 31) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhäuser auf, sich strikt an die gesetzlichen Bestimmungen der Arbeitszeit zu halten und die arbeitszeitrechtlichen Höchstgrenzen nur in Ausnahmefällen auszureizen.

Der inzwischen mit 5.000 freien Stellen in der stationären Versorgung bezifferte Ärztemangel und eine auch in Zukunft zunehmende Entwicklung der Fallzahlen mit einer daraus resultierenden intensivierten Arbeitsverdichtung sorgen in Kliniken immer häufiger für Arbeitszeitverstöße (beispielsweise Schichten von mehr als

24 Stunden). Der 113. Deutsche Ärztetag erinnert die Krankenhäuser daran, dass dies nicht nur zu einer erhöhten Gefährdung von Patienten und ärztlichem Personal führen kann, sondern per se mit erheblichen Sanktionen geahndet wird, und fordert die unverzügliche Einstellung dieser Missbräuche.

2. Evaluierung des Ärztemangels

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus und Herrn Dr. Fitzner (Drucksache V - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf zu eruieren, inwieweit der subjektiv immer stärker wahrgenommene Ärztemangel durch die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, gesellschafts- und sozialpolitisch gewünschte Effekte, eine zunehmende Differenzierung der fachlichen Qualifikation oder ähnliche Effekte bedingt ist.

Begründung:

Während durch die Ärzteseite, zunehmend auch durch Regierungspolitiker und in der täglichen Wahrnehmung der Patienten, ein zunehmender Ärztemangel beklagt wird, der in den Folgejahren drastisch zunehmen wird, vertreten die Krankenkassen und auch Oppositionspolitiker immer häufiger die Position, es gäbe genug Ärzte, sie seien nur „falsch“ verteilt, und verweisen zur Bestätigung auf die steigenden Absolventenzahlen im Bereich Humanmedizin.

Für die politische Auseinandersetzung ist es daher unumgänglich, mit statistisch relevantem Zahlenmaterial, flankiert von soziologischen Betrachtungen, argumentieren zu können und, ausgehend vom tatsächlichen Ausmaß des Problems, realistische Lösungsmöglichkeiten anstelle populistischer „Schnellschüsse“ anbieten zu können.

3. EU-Arbeitszeitrichtlinie – Geplanter Änderung widersetzen

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 29) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, sich erneuten Änderungsversuchen der EU-Arbeitszeitrichtlinie zu widersetzen.

Die EU-Arbeitszeitrichtlinie bezweckt den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Der zum wiederholten Male von der EU-Kommission vorgetragene Änderungsbedarf, insbesondere die Aufteilung des Bereitschaftsdienstes in einen aktiven und einen inaktiven Teil, dient ausschließlich ökonomischen Interessen der Krankenhausarbeitgeber und widerspricht dem Zweck der Arbeitszeitrichtlinie. Im Interesse der Ärztinnen und Ärzte und der Patienten darf der Zweck der EU-Arbeitszeitrichtlinie nicht relativiert werden.

4. Beibehaltung arbeitszeitrechtlicher Vorschriften

Auf Antrag von Herrn Dr. Hermann, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz, Frau Haus und Herrn Dr. Fitzner (Drucksache V - 49) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Europäische Kommission auf, die bestehenden Arbeitszeitrichtlinien nicht zu Lasten der Arbeitnehmerschaft zu verändern,

insbesondere den Bereitschaftsdienst auch weiterhin vollumfänglich als Arbeitszeit bestehen zu lassen und die Opt-Out-Regelungen nicht weiter zu begünstigen.

Nach dem Scheitern des Vorstoßes in der letzten Legislaturperiode (April 2009) versucht die Europäische Kommission im Wege der Einleitung eines sozialen Dialogs gemäß Artikel 138 des EG-Vertrages nun erneut, eine Erweiterung der Höchstarbeitszeit von 48 Stunden herbeizuführen. Durch Zunahme der Fallzahlen und daraus folgend der Arbeitsverdichtung ist in der Ärzteschaft an den Krankenhäusern die maximale Belastbarkeit aber erreicht, wenn nicht sogar partiell überschritten. Eine Verschärfung des Arbeitszeitgesetzes würde eine weitere Abwanderung oder den Nichteintritt von Ärztinnen und Ärzten in einen kurativen Bereich somit nur fördern und den bereits bestehenden Ärztemangel damit vertiefen. Zudem wird bereits jetzt in 20 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union die geltende Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zum Bereitschaftsdienst nicht umgesetzt, sodass die Europäische Union angehalten ist, diese Vertragsbrüche zu sanktionieren.

Menschenrechte

1. Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 12) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass die medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nach wie vor mit Zugangsbarrieren versehen ist, die dazu führen, dass erkrankte Betroffene häufig zu spät ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Der Aufschub einer ärztlichen Behandlung führt aber in vielen Fällen zu Verschlimmerung oder sogar zu Chronifizierung von Erkrankungen, die durch frühzeitige Maßnahmen hätten verhindert werden können. Das damit einhergehende Leid und die Verschlechterung des individuellen Gesundheitszustandes sind nicht hinnehmbar. Ein kranker Mensch ist in erster Linie jemand, der ärztlicher Hilfe bedarf, und zwar unabhängig von seiner Herkunft, seiner Religion oder seinem Aufenthaltsstatus.

Die Finanzierung der ärztlichen Hilfe stellt die Zugangsbarriere dar. Entweder überfordern die zu erwartenden Kosten den Betroffenen oder die Beantragung der Kostenübernahme durch die Sozialämter geht mit der Furcht vor Aufdeckung des illegalen Aufenthaltsstatus einher.

Der 113. Deutsche Ärztetag bittet daher den Gesetzgeber, den Zugang zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus mit der Einführung eines anonymen Krankenscheins zu erleichtern. Die Ärzteschaft ist bereit, sich konstruktiv mit ihren Überlegungen einzubringen.

2. Rücknahme der Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 13 neu) fasst der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag begrüÙt, dass das Bundeskabinett am 3. Mai 2010 beschlossen hat, die seit 18 Jahren geltende Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention zurückzunehmen.

Die Rücknahme der Vorbehaltserklärung entspricht jahrelangen Forderungen der Ärzteschaft.

In der Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention, die am 6. März 1992 gegenüber den Vereinten Nationen abgegeben wurde, behielt sich die Bundesrepublik Deutschland trotz der Unterzeichnung der Kinderrechtskonvention u. a. ausdrücklich vor, Inländer und Ausländer rechtlich verschieden zu behandeln. Daher haben insbesondere minderjährige Asylbewerber, aber auch Kinder von Eltern ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht die gleichen Rechte wie deutsche Kinder und Jugendliche – zum Beispiel hinsichtlich der Schulpflicht oder bei Sozialleistungen. Die effektive Umsetzung der Rechte der Kinder im Asyl- und Ausländerrecht ist dringend geboten.

Angesichts der Rücknahme der Vorbehaltserklärung bittet der 113. Deutsche Ärztetag die Gesetzgeber auf Bundes- und Länderebene, die Gesetzesanwendung kritisch zu überprüfen sowie entsprechende Anpassungen im Asyl-, Aufenthalts- und Sozialrecht vorzunehmen.

3. Konsequente Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention als wichtige Aufgabe für Ärzteschaft und Gesellschaft

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 17) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Peters (Drucksache V - 17a) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Im Jahr 2006 haben die Vereinten Nationen das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verabschiedet. Die Konvention versteht sich als Konkretisierung der allgemeinen Menschenrechte angesichts der besonderen Lebenssituation von Menschen mit Behinderung; sie wurde im Januar 2009 von der Bundesregierung ratifiziert und ist am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten.

Der 113. Deutsche Ärztetag 2010 sieht die Notwendigkeit einer konsequenten Umsetzung der Konvention durch die Ärzteschaft und unterstützt uneingeschränkt die Forderung der Konvention nach einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen, die der Qualität und dem Standard der Versorgung von Menschen ohne Behinderungen entspricht. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben und die volle und gleichberechtigte Teilhabe.

Ein wichtiger Schritt dazu ist die von der Zentralen Ethikkommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer erstellte und im Deutschen Ärzteblatt vom 19. Februar 2010 veröffentlichte Stellungnahme „Die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen“.

Die Umsetzung der Konvention erfordert eine dauerhafte öffentliche Auseinandersetzung und Reflektion. Bereits auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 wurden die Verantwortung der Ärzteschaft bei der Umsetzung der Konvention hervorgehoben und die vielfältigen Ursachen für die Defizite in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung aufgezeigt.

Auf dem Weg zu einer konsequenten Umsetzung der Konvention im Gesundheitswesen müssen konkrete Vorschläge realisierbarer Maßnahmen aufgezeigt werden, die sich insbesondere an den in der Stellungnahme der

Zentralen Ethikkommission herausgehobenen Bereichen, wie z. B. Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte, Anreize für eine behindertengerechte Ausstattung von Praxen und Kliniken, assistive Technologien und spezifische Versorgungsforschung, orientieren. Vor diesem Hintergrund unterstützt und begrüßt der Deutsche Ärztetag den Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer zur Erarbeitung eines Positionspapiers „Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung“.

Dabei spricht sich der Deutsche Ärztetag zugleich nachdrücklich dafür aus, dass die Umsetzung der Konvention durch die Ärzteschaft unter Wahrung des notwendigen Augenmaßes erfolgen muss: Eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen kann nicht allein durch die Ärzteschaft gewährleistet werden. Der erhöhte Aufwand an Zeit und Ressourcen muss durch organisatorische und strukturelle Anpassungen im Gesundheitswesen entsprechend flankiert und finanziert werden.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt in diesem Zusammenhang das Vorhaben der Bundesregierung, einen Aktionsplan zur Umsetzung der Konvention zu erarbeiten und sich mit den Organisationen und Institutionen, die am Prozess der Umsetzung beteiligt sind, auszutauschen. In Analogie zu den bewährten sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) die Behinderte bis zum 18. Lebensjahr versorgen, sollten medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) etabliert werden.

4. Altersfestlegung bei minderjährigen Jugendlichen

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Herrn Dr. Scholze (Drucksache V - 93) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Aufgrund mehrfacher, weiterer Altersfeststellungen bei minderjährigen Flüchtlingen durch Röntgen der Handwurzelknochen wird nochmals an die Ärztetagsbeschlüsse von 1995 und 2007 erinnert.

Danach ist die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten zur Feststellung des Alters mit aller Entschiedenheit abzulehnen.

5. Abschiebehaft und Abschiebung

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Herrn Dr. Scholze (Drucksache V - 94) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Freiheitsentzug und Abschiebehaft bedeuten eine hohe psychische Belastung, dies trifft insbesondere auf Flüchtlinge zu, die als Kinder und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge nach Deutschland kommen und einen Asylantrag stellen.

Flüchtlingskinder und unbegleitete minderjährige Jugendliche (UMF) haben als besonders schutzbedürftige Personen (EU-Richtlinien 1 und 2) und nach der UN-Kinderrechtskonvention (KRK) Anrecht auf Schutz und Betreuung, sie dürfen nicht in Abschiebungshaft genommen und abgeschoben werden.

Die Psyche eines Kindes ist besonders verletzlich, da sein noch ungefestigtes Welt- und Selbstbild sich an der Traumaerfahrung orientiert und folglich geprägt ist von traumabezogenen Erwartungen (vgl. Fischer, G., Riedesser, P., 2003).

Diese erneuten Belastungen vertiefen Traumafolgestörungen wie Ängste, Hoffnungslosigkeit, Depressionen und ggf. Suizidalität.

Dies muss bei der rechtlichen Behandlung ihrer Asylanträge, aber auch bei der Ausgestaltung anderer Verfahren entsprechend berücksichtigt werden. So führen weitere Gewaltanwendung, Unsicherheit und fehlender Schutz für Kinder und Jugendliche, die durch erlittene Gewalterfahrungen besonders verletztlich geworden sind, zur Fortsetzung des traumatisierenden Prozesses.

Nach der Neufassung des § 42 SGB VIII sind ausländische Kinder und Jugendliche vom zuständigen Jugendamt in Obhut zu nehmen, wenn sie ohne Erziehungsberechtigten ins Bundesgebiet einreisen.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist die Abschiebungshaft rechtswidrig, wenn die Ausländerbehörde mildere Mittel – z. B. Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung – nicht geprüft hat (Oberlandesgericht München, OLG München, Beschluss v. 9.5.2005 – 34 Wx 037/ 05).

6. Die Behinderung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Der Entschließungsantrag von Herrn Janßen und Herrn Dr. Veelken (Drucksache V - 103) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Bundestag auf, die generelle Pflicht öffentlicher Stellen zur Meldung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde aufzuheben. Diese Verpflichtung trifft nach geltendem Recht auch Behörden im Bereich des Gesundheitswesens und der Sozialhilfe (Sozialämter).

Der Deutsche Ärztetag schließt sich dabei der Forderung nach einer Gesetzesänderung an, nämlich die Übermittlungspflicht nur für solche öffentliche Stellen aufrechtzuerhalten, deren Aufgabe die Gefahrenabwehr und Strafrechtspflege sind, wie Polizei- und Ordnungsbehörden sowie öffentliche Stellen der Strafverfolgung und Strafvollstreckung.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Feststellung der Bundesregierung zum „verlängerten Geheimnisschutz“ durch die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz vom 18.09.2009. Hierdurch wird klargestellt, dass auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal der Krankenhäuser der Schweigepflicht unterliegt und damit in der Regel auch das mit der Kostenerstattung befasste Sozialamt. Das gilt allerdings nur für die Notfallbehandlung. Denn bei „geplanten“ ambulanten und stationären Behandlungen ist die vorherige Beantragung der Leistung durch den Patienten beim Sozialamt erforderlich. Dies löst weiterhin die Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde aus, weil hier der verlängerte Geheimnisschutz nicht greift, denn das Sozialamt erhält die Informationen vom Patienten selbst und nicht von einer schweigepflichtigen Person oder Einrichtung.

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ist es also weiterhin nicht möglich, die ihnen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zustehenden Rechte – außer bei der Notfallbehandlung – auch wahrzunehmen, ohne die Aufdeckung ihres Status und die daraus möglicherweise folgende Abschiebung befürchten zu müssen. Die medizinischen und sozialen Folgen sind in der Vergangenheit der Bundesregierung von den Vertretern der Ärzteschaft umfassend und mehrfach geschildert worden und bedürfen dringend der Abhilfe.

Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1. Novellierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 07) fasst der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt, dass sich die Regierungskoalition für eine Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Berücksichtigung der Kostenentwicklungen ausgesprochen hat. Die letzte umfassende Novellierung der GOÄ trat zum 1. Januar 1983 in Kraft; seither stieg der GOÄ-Punktwert lediglich um 14 Prozent (von 10,00 auf 11,40 Pfennige = 5,82873 Cent). Der Deutsche Ärztetag erwartet nunmehr im Anschluss an die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) eine zügige Aufnahme der Beratungen zur Novellierung der GOÄ unter Beachtung folgender Eckpunkte:

- Fairer Ausgleich der berechtigten Interessen der Patienten und der Ärzte im Sinne von § 11 Bundesärzteordnung (BÄO)
- Weiterentwicklung der GOÄ zu einer modernen Gebührentaxe, die als sektorenübergreifende Referenzgebührenordnung die maßgeblichen Orientierungswerte für die Honorierung ärztlicher Leistungen vorgibt und in einem zunehmend marktorientierten Gesundheitswesen unverzichtbar ist
- Gewährleistung wirtschaftlicher Stabilität und Attraktivität des freien Arztberufs als Garant für eine hochwertige, an medizinischen Gesichtspunkten ausgerichtete Gesundheitsversorgung
- Zugrundelegung des Vorschlags der Bundesärztekammer:
 - Umfassende Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsverzeichnisses unter Einbeziehung von rund 160 ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
 - Kein IST-Kostenansatz auf „Break-even“-Niveau, sondern normative Bewertung auf empirischer Datengrundlage
 - betriebswirtschaftlicher, am Schweizer TARMED orientierter, Bewertungsansatz, innerärztlich ausgewogen
 - Allgemeine Aufwertung der ärztlichen Leistungskomponente
- Ablehnung einer Öffnungsklausel, da
 - wettbewerbsrechtlich nicht haltbar
 - mit Doppelschutzfunktion der amtlichen Gebührentaxe (§ 11 BÄO) nicht vereinbar
 - einseitige Stärkung der Marktmacht der Kostenträgerseite zu Lasten der Leistungserbringer
- Differenzierte Betrachtung der Ausgabensituation in der privaten Krankenversicherung (PKV)
 - PKV-Darstellung der „Mengenexplosion“ bei den ambulanten privatärztlichen Leistungen nicht haltbar
 - Ausgabenanteil für ambulante privatärztliche Leistungen in den letzten Jahren konstant bei durchschnittlich 25 % der PKV-Gesamtleistungsausgaben

- Entwicklung von Lösungsansätzen zur Steuerung der überproportional hohen Steigerung für die Arzneimittelausgaben (z. B. durch Einführung von PKV-Generikatarifen)
- Reduzierung der exorbitant hohen Abschlussaufwendungen, insbesondere Vermittlerprovisionen (2,5 Mrd. Euro entsprechen rund 50 % der PKV-Leistungsausgaben für ambulante ärztliche Leistungen von insgesamt 4,94 Mrd. Euro in 2008)
- Forderung nach transparenter Ausweisung der PKV-Ausgaben für das kostenträchtige sog. „Leistungsmanagement“ (d. h. PKV-interne Prüfung von Arztrechnungen), die bisher umstandslos in die PKV-Ausgaben für ärztliche Leistungen eingerechnet werden

2. Angleichung der GOÄ an EBM-Niveau verhindern

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 45) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter vollständiger Berücksichtigung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft und der allgemeinen Kostenentwicklung. Die GOÄ muss eine leistungsgerechte Honorierung des Arztes unter den Prämissen der Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Honorargerechtigkeit und Rechtssicherheit gewährleisten. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, in den anstehenden Verhandlungen zur Novellierung der GOÄ alles dafür zu tun, die zu verzeichnende Kostenentwicklung vollumfänglich in die Bemessung der Kalkulationsgrundlagen einfließen zu lassen und die von verschiedenen Seiten angestrebte Öffnungsklausel unter Ausnutzung aller politischen und rechtlichen Möglichkeiten zu verhindern.

Es ist in jedem Falle auszuschließen, dass die GOÄ mit dem vorgeblichen Ziel einer Vereinheitlichung der ärztlichen Vergütungssysteme eine Anpassung an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfährt, sowohl im Hinblick auf das Honorarniveau als auch im Hinblick auf strukturelle Änderungen.

3. Leichenschau

Auf Antrag von Herrn Dr. Reichwein (Drucksache V - 79) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Beratungsgespräche im Zusammenhang mit der Durchführung der ärztlichen Leichenschau sind dem Beratungsbegriff im Sinne der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gleichzusetzen. Die Bundesärztekammer hat diesen Standpunkt zu vertreten.

Nach aktueller Rechtsprechung ist für die Leichenschau lediglich die Gebührenordnungsposition (GOP) 100 GOÄ (28,50 € bei 2,3fachem Satz) zuzüglich Wegegeld abrechenbar. Der obligat durchzuführende Hausbesuch zwecks Aufsuchen der Leiche nach GOP 50 (36,46 € bei 2,3fachem Satz) ist nicht abrechenbar, da die GOP Nr. 50 bereits eine Beratung enthält und eine Leiche (!) nicht beraten werden könne. Anlässlich einer Leichenschau sind jedoch diverse Gespräche mit Dritten (Angehörige, Nachbarn, Polizei) regelhaft notwendig (Anamnese, Begleitumstände, weiteres Vorgehen). Eine Pauschalierung der Abrechnung ist nicht zulässig.

Diese Regelungslücke muss geschlossen werden, um einer Kriminalisierung der durchführenden Kollegen entgegenzuwirken.

Arzneimittel, Betäubungsmittel

1. Anzeigepflicht für Arzneimittelherstellung nach dem Arzneimittelgesetz

Auf Antrag von Herrn Dr. Müller und Herrn Dr. Rechl (Drucksache V - 61) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit Inkrafttreten der 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) ist das Herstellen eines Arzneimittels durch einen Arzt und die unmittelbare Anwendung am Patienten anzeigepflichtig geworden (§ 67 Abs. 1 AMG). Der bisherige, im § 4a Abs. 3 AMG geregelte Ausnahmetatbestand der Nichtanwendung dieses Gesetzes bei Herstellung des Arzneimittels durch den Arzt entfällt somit.

Dies führt dazu, dass das Mischen zweier Fertigarzneimittel in einer Spritze oder das Zugeben eines Fertigarzneimittels in eine Infusionslösung als „Herstellung“ im Sinne des Gesetzes gilt und damit eine Meldepflicht auslöst.

Dieser sehr weit gefasste Begriff der „Herstellung“ im AMG ist kontraproduktiv und führt sowohl bei Ärzten und Krankenhäusern als auch bei den Überwachungsbehörden zu einer eklatanten Zunahme des Bürokratieaufwandes.

2. Kennzeichnung von Fertigarzneimitteln

Auf Antrag von Herrn Dr. Beck, Herrn Dr. Czermak und Herrn Dr. Reising (Drucksache V - 70) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln in § 10 (Kennzeichnung) dahingehend zu ändern, dass der Wirkstoffname und die Darreichungsstärke in hervorgehobener und mindestens gleich großer Schrift wie der Handelsname des Fertigarzneimittels angegeben werden müssen.

Durch den ständig wachsenden Generikamarkt und wegen der Unzahl von Rabattverträgen der Krankenkassen mit den pharmazeutischen Firmen ist es im Sinne der Arzneimittelsicherheit unerlässlich, den Wirkstoffnamen und die Darreichungsstärke des Fertigarzneimittels auf den Behältnissen und Umhüllungen der Präparate in den Vordergrund zu stellen. Der Handelsname und das Design des Arzneimittels verunsichern in diesem Kontext den Patienten. Außerdem wird die vom behandelnden Arzt verordnete Umstellung vom Erstanbieter zum Generikum durch eine deutliche Kennzeichnung des Wirkstoffnamens erleichtert.

3. Substitutionsgestützte Versorgung Opiatabhängiger weiterentwickeln

Auf Antrag von Herrn Dr. Ascheraden und Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache V - 74) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Dem substituierenden Arzt soll in Zukunft gestattet werden, einem Patienten das Substitut für einen Zeitraum von zwei Tagen mitzugeben. Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV) ist dementsprechend zu ändern.

4. Anpassung der BUB-Richtlinien (MVV-RL) zur Substitution Opiatabhängiger

Auf Antrag von Herrn Dr. Lorenzen und Herrn Dr. Ascheraden (Drucksache V - 99) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag begrüÙt die Verabschiedung der Novelle der Richtlinien zur Substitution Opiatabhängiger der Bundesärztekammer und fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auf, die Richtlinien für die Behandlung gesetzlich Versicherter entsprechend anzupassen.

5. Angemessene personelle und finanzielle Rahmenbedingungen für die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung

Auf Antrag von Herrn Janßen und Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache V - 101) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Diamorphingestützte Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger, insbesondere des § 10 Anforderungen an Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin, einzusetzen.

Nur so kann der dringend notwendige Aufbau von Diamorphinambulanzen gesichert werden.

Berufsbezeichnung

1. Korrektur der Legaldefinition des Begriffes „Psychotherapeuten“ im SGB V

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 16) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die unzutreffende Klammerdefinition „Psychotherapeuten“ im § 28 Abs. 3 SGB V zu korrigieren. Dazu ist in der geltenden Fassung von § 28 SGB V

„Ärztliche und zahnärztliche Behandlung“

„(3) Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt.“

die Klammer zu streichen und in der Konsequenz den entsprechend dieser Legaldefinition in anderen Bestimmungen des SGB V verwendeten Begriff „Psychotherapeuten“ durch die Wörter „Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ zu ersetzen oder eine andere Kurzbezeichnung zu wählen, die jedenfalls den Begriff „Psychotherapeut“ nicht exklusiv für die Angehörigen der psychologischen Berufe vorbehält.

Den Begriff des „Psychotherapeuten“ allein für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu reklamieren, ist inhaltlich unzutreffend und irreführend. Auch psychotherapeutisch versorgende Ärztinnen und Ärzte sind „Psychotherapeuten“.

Nach § 1 Abs. 1 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) darf die Bezeichnung „Psychotherapeut“ oder „Psychotherapeutin“ von anderen Personen als Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) nicht geführt werden. Damit wird eindeutig klargestellt, dass auch Ärzte vom Begriff „Psychotherapeut“ erfasst sind.

Vor diesem Hintergrund ist es geboten, im Interesse der Rechtsklarheit und Widerspruchsfreiheit die Klammerdefinition in § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V zu streichen, da diese nicht mit § 1 Abs. 1 PsychThG kompatibel ist.

Die unzutreffende Klammerdefinition in § 28 SGB V diente in der Vergangenheit als Grundlage, die Bezeichnung „Psychotherapeut“ allein für die Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) zu reklamieren. Sie war Grundlage der Fehlbenennung vieler Kammern für PP und KJP der Länder. Sie ist Grundlage für die im System der Kassenärztlichen Vereinigungen und in der Politik weithin verbreitete Sprachregelung, ausschließlich Psychologische Psychotherapeuten (PP) oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) als Psychotherapeuten zu bezeichnen und von den Psychotherapeuten aus der Ärzteschaft allenfalls als „psychotherapeutisch tätige Ärzte“ zu sprechen.

2. *Würde der ärztlichen Heilkunst*

Auf Antrag von Frau Bartels, Herrn Dietrich und Herrn Grauduszus (Drucksache V - 58) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag möge erneut beschließen, dass die Ärzteschaft die Vokabel "Leistungserbringer" nicht mehr verwendet.

Der Begriff ist mit der Würde der ärztlichen Heilkunst von Ärzten und Ärztinnen in Klinik und Praxis nicht vereinbar.

Die Vokabel wird von interessierter Seite benutzt, um die Deprofessionalisierung des Arztberufes voranzutreiben.

3. *Beseitigung von Mobilitätshindernissen für deutsche Notfallmediziner*

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Wyrwich, Herrn Dr. Tegethoff, Herrn Dr. Bobbert, Herrn Dr. Veelken, Herrn Dr. Pickerodt, Frau Prof. Dr. Braun, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Handrock (Drucksache V - 76) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen, um die Benachteiligung deutscher Notfallmediziner auf dem europäischen Arbeitsmarkt zu beenden. Hierzu sind Regelungen zu schaffen, die zu einer akkreditierungsfähigen Bezeichnung für Notfallmediziner führen, die z. B. dem „Emergency Physician“ gleichwertig ist.

Das Fehlen einer entsprechenden Bezeichnung in Deutschland macht es für deutsche Notfallmediziner nicht möglich, eine Tätigkeit im Ausland in der

Notfallmedizin auszuüben, obwohl sie über ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen verfügen.

Gesundheitspolitik

1. Gleichberechtigung universitärer und außeruniversitärer Forschungseinrichtungen im Rahmen der Nationalen Gesundheitsforschungsinitiative

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 10) fasst der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert Bund und Länder auf, den universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen im Rahmen der Nationalen Gesundheitsforschungsinitiative einen gleichberechtigten Zugang zu öffentlichen Forschungsmitteln zu ermöglichen.

Nur durch einen gleichberechtigten Mittelzugang von außeruniversitären und universitären Partnern können bei Institutionenübergreifender Zusammenarbeit

- das verfügbare Innovationspotenzial in der Gesundheitsforschung optimal mobilisiert,
- die komplexe Infrastruktur effizient genutzt und
- die Forschungsergebnisse zeitnah in der Patientenversorgung umgesetzt werden.

Dazu sind transparente Strukturen und verbindliche Rahmenbedingungen erforderlich, die eine Kooperation auf Augenhöhe ermöglichen. Der weitere Aufbau finanzieller und administrativer Abhängigkeitsstrukturen der Hochschulmedizin von der Helmholtz-Gemeinschaft durch den Bund verhindert die optimale Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Wohle der Patienten.

2. Sicherstellung stationärer Versorgung

Auf Antrag von Herrn Dr. Fuchs (Drucksache V - 47) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, die in Deutschland drohenden und bereits bestehenden Versorgungsengpässe sowie den bestehenden Ärztemangel mit aller Kraft und allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln zu bekämpfen, um eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung dauerhaft sicherzustellen. Die Ärzteschaft ist bereit, sich mit ihrer Kompetenz in die entsprechenden Konzepte einzubringen.

3. Ärztemangel

Auf Antrag von Herrn Stagge (Drucksache V - 92) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Schon seit Jahren spüren die Patienten in Deutschland den wachsenden Ärztemangel. Kliniken können vakante Stellen nicht mehr besetzen, niedergelassene Ärzte finden keine Nachfolger für ihre Praxen. Dies ist kein reines

Verteilungsproblem, wie die Krankenkassen gerne behaupten, sondern Folge des Attraktivitätsverlustes des Arztberufes in Praxis und Klinik.

Um den drohenden Ärztemangel abzuwenden, muss der Arztberuf wieder attraktiv werden. Mögliche Maßnahmen sind:

- Regelung des Zugangs zum Medizinstudium entsprechend den Erfordernissen des Arztberufes
- familiengerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen
- angemessene Bezahlung ärztlicher Arbeit
- flachere Hierarchien und Vermeidung nichtärztlicher Tätigkeiten
- neue, transparente und gerechte Honorarsystematik im ärztlichen Bereich
- Finanz- und Investitionsförderung für Neuniederlassungen.

4. *Entwicklung von Konzepten und Strategien zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele*

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. habil. Schulze (Drucksache V - 65) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) auf, flankierend Konzepte, Strategien und Initiativen zu entwickeln, die die Umsetzung und Finanzierung von Gesundheitszielprogrammen vorantreiben.

5. *Finanzierung der nationalen Gesundheitsziele*

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. habil. Schulze (Drucksache V - 67) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Zielthemen aus Gesundheitszielprogrammen explizit in ihren Förderprogrammen zu berücksichtigen, um eine spätere Umsetzung und Finanzierung der darin vorgeschlagenen Maßnahmen zu gewährleisten.

6. *Stärkung des ärztlichen Berufsgeheimnisses*

Auf Antrag von Herrn Dr. Kaplan und Herrn Dr. Rechl (Drucksache V - 75) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer wird gebeten, sich dafür einzusetzen, dass in den vorliegenden Referentenentwurf zur Änderung der Strafprozessordnung (StPO) neben Geistlichen, Verteidigern und Abgeordneten auch Ärzte in den § 160 a Abs. 1 StPO aufgenommen werden und das absolute Erhebungs- und Verwertungsverbot auch im ärztlichen Bereich wieder garantiert wird.

Die Anwaltschaft hat diesbezüglich bereits Anstrengungen unternommen und fordert die generelle Aufnahme aller ihrer Berufsangehörigen und nicht nur derjenigen, die Verteidiger sind.

Oberstes Ziel muss es deshalb sein, neben den erwähnten drei Berufsheimnisträgern auch alle weiteren in § 53 Abs. 1 StPO genannten Berufsheimnisträger wieder in die Vorschrift des § 160 a Abs. 1 StPO aufzunehmen.

7. Maßnahmen gegen den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen

Auf Antrag von Frau Taube, Herrn Bodendieck und Herrn Prof. Dr. sc. Sauermann (Drucksache V - 122) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die verfasste Ärzteschaft fordert den Gesetzgeber, insbesondere die Gesundheitspolitiker in Bund und Ländern auf, eine stabile Finanzierung ärztlicher Tätigkeit sicherzustellen sowie gravierende regionale Defizite der Infrastruktur zu beseitigen, um einer weiteren drastischen Verschärfung des Ärztemangels in strukturschwachen Regionen entgegenzuwirken.

8. Weiterentwicklung des Ulmer Papiers – Teil B

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Scheiber und Frau Dr. Lundershausen (Drucksache V - 127) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, Teil B des Ulmer Papiers zu überarbeiten und weiterzuentwickeln. Die dort gemachten Vorschläge zur systematischen Neugestaltung der Finanzierung des Gesundheitssystems sollten dem aktuellen Stand der innerärztlichen Diskussion unter besonderer Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte angepasst werden:

- Erstellung eines verbindlichen Leistungskataloges für alle Versicherungspflichtigen
- allgemeine Versicherungspflicht für jeden Erwachsenen auf der Grundlage dieses Kataloges
- Einführung eines kalkulierten Krankenkassenbeitrags (Gesundheitsprämie)
- Entkopplung von Gesundheitsprämie und Arbeitslohn und Übernahme der jetzigen Arbeitgeberbeteiligung in die Tarifverträge
- Kostenerstattung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- Zusatzversicherungsangebote der Krankenkassen als Wettbewerbsfaktor im Gesundheitswesen

Begründung:

Die Ärzteschaft sollte auf diesem Weg aktiver in die politische Diskussion um die Systemumgestaltung des Gesundheitswesens eingreifen und der Politik ganzheitliche Problemlösungen aufzeigen, die eine nachhaltige Finanzierung der Patientenversorgung auf hohem medizinischem Niveau ermöglichen.

Prävention

1. Weißbuch zur gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung und Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention

Der Beschlussantrag von Frau Dipl.-Med. Albrecht und Herrn Prof. Dr. habil. Schulze (Drucksache V - 68) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, eine Zusammenstellung und Veröffentlichung eines Weißbuches zur gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung und Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Auftrag zu geben.

Es wird angeregt, dass der Vorstand der Bundesärztekammer ein mit höchster wissenschaftlicher Kompetenz zusammengestelltes Handbuch in Auftrag gibt, in dem führende ärztliche Wissenschaftler die gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention i. S. eines Weißbuches zusammenstellen.

Vor dem Hintergrund der Herausforderungen des demografischen Wandels und den damit im Zusammenhang stehenden Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und den Arbeitsmarkt wächst das Erfordernis, die gesundheitliche Situation der Bevölkerung nachhaltig zu stabilisieren und zu verbessern.

Im Rahmen der aktuellen gesundheitspolitischen und gesundheitsstrategischen Diskussion muss sich die Ärzteschaft in den gesundheitspolitischen Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung stärker einbringen.

Wesentliche Initiativen zur Verbesserung von Gesundheit, Teilhabe und Leistungsfähigkeit für die Risikogruppen der Bevölkerung gehen mehr und mehr von Kostenträgern, Sozialwissenschaftlern, Epidemiologen und Statistikern aus.

Die Ärzteschaft sollte zukünftig die präventivmedizinischen Belange der Gesundheit aller Altersgruppen nachdrücklicher in ihr ärztliches Tun integrieren und den Anspruch der Optimierung der Lebensstile der Bevölkerung stärker in den Fokus nehmen.

Da Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention im medizintechnischen und im Arzneimittelbereich bisher eine noch unzureichende Akzeptanz erfahren, sind größtmögliche Anstrengungen der Ärzteschaft selbst erforderlich, die Bedeutung der Prävention gegenüber politischen Entscheidungsträgern nachvollziehbar darzulegen. Hierzu bedarf es offenbar weniger medizinethischer als vielmehr aus ärztlicher Sicht formulierter konkreter gesundheitsökonomischer, arbeitsmarktbezogener und gesundheitspolitischer Argumentation. Diese Argumentation sollte zum Ziel haben, entscheidend zur dringend erforderlichen politischen Verankerung der Problematik beizutragen.

Gemeinsames Anliegen der deutschen Ärzteschaft soll es sein, über die beantragte Zusammenstellung für politische Entscheidungsträger eine belastbare Grundlage zu schaffen, um die möglichst zeitnahe und konkrete Formulierung politischer Schwerpunkte sowie die Implementierung flächendeckender Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zu erwirken.

2. Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der zugeordneten medizinischen Landeseinrichtungen

Auf Antrag von Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache V - 71) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Landesministerien auf, die Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der entsprechenden zugeordneten medizinischen Landeseinrichtungen des ÖGD in vollem Umfang zu gewährleisten.

Der ÖGD hat historisch gewachsene präventivmedizinische Aufgaben, die in einer modernen Gesellschaft und im Rahmen der Globalisierung ständig zunehmen. Diese sind: Seuchenhygiene, Infektionsepidemiologie, Lebensmittelhygiene, Umweltmedizin, Krankenhaushygiene, Hygiene der Gemeinschaftseinrichtungen, Wasserhygiene (Roh-, Trink-, Schwimm-, Badewasser-, Oberflächengewässer-, Abwasserhygiene), Luft- und Bodenhygiene, Lärmhygiene, Siedlungs- und Bauhygiene, Gesundheitsberichterstattung, Überwachung von gesundheitlichen Gefahren im Blutspendewesen der Gentechnik usw., Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Biomonitoring) von Planungsvorhaben, Zertifizierungen, Begutachtungen, Impfwesen u. a.

Das Qualitätsniveau der Arbeit des ÖGD ist in Gefahr, da im Rahmen der Sparzwänge massive personelle und materielle Einsparungen erfolgen, oft verdeckt als Verwaltungsreform deklariert und gestützt auf externe Gutachten privater nichtmedizinischer Wirtschaftsprüfinstitutionen. Viele der gesetzlich fixierten Aufgaben werden oft unvollkommen oder gar nicht mehr wahrgenommen, z. B. jährliche Kontrollen der Gemeinschaftseinrichtungen (Kindergärten, Schulen, Alters- und Pflegeheime usw.) nach § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG), krankenhaushygienische Überwachungen, Maßnahmen bei methicillin-resistentem Staphylococcus Aureus (MRSA) in Heimen, Herdbekämpfungsmaßnahmen bei Ausbrüchen vor Ort (z. B. Rota- oder Norovirusgeschehen), Management von gemeldeten unerwünschten Nebenwirkungen nach Schutzimpfungen (Impfkomplikationen) u. a. So wird Deutschland auch das WHO-Ziel, die Masern bis 2010 zu eliminieren, zum wiederholten Male als eines der wenigen Länder der EU nicht erreichen.

Ohne die zugeordneten Landeseinrichtungen mit ihren Spezialabteilungen und Laborkapazitäten kann der ÖGD seine Aufgaben nicht wahrnehmen.

3. Tabakentwöhnung

Der EntschlieÙungsantrag von Herrn Dr. Scholze, Herrn Dr. Kaplan und Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich (Drucksache V - 117) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den § 34 SGB V den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen. Medikamente, die die Erfolgchancen eines Tabakentzuges verbessern, sollten in die Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden.

In § 34 SGB V Satz 8 sind „insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie der Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichtes oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen“ von der Erstattungspflicht durch die GKV ausgeschlossen.

Tabakrauchen ist eine Suchterkrankung, der jährlich über 100.000 Menschen in Deutschland zum Opfer fallen. Die Wissenschaft ist inzwischen einhellig der Meinung, dass Medikamente, die eine Tabakentwöhnung unterstützen, wirksam sind. Im Schnitt kann durch das Einbeziehen von Medikamenten zur Tabakentwöhnung die Erfolgsrate verdoppelt werden (siehe dazu S. 3, Leitlinie Tabakentwöhnung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie vom Mai 2008).

Die positiven gesundheitlichen Auswirkungen eines Tabakentzuges übertreffen bei weitem die Wirkungen von Acetylsalicylsäure, von Statinen, von Beta-Blockern oder ACE-Hemmern in der Morbiditätsreduktion. Der Gesetzgeber muss seiner Verpflichtung, Schaden vom deutschen Volk abzuwenden, endlich nachkommen.

4. Nikotinentwöhnung als Therapieoption

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache V - 77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass den Ärzten in Deutschland eine qualifizierte und leitliniengerechte Tabakentwöhnung als Therapieoption im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung an die Hand gegeben wird. Diese umfasst die Verhaltenstherapie sowie die medikamentöse Unterstützung. Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber dazu auf, die unzutreffende Einordnung der medikamentösen Unterstützung im § 34 SGB V als „Lifestyle“-Angelegenheit für den therapeutischen Einsatz der medikamentösen Unterstützung in der Tabakentwöhnung zu beseitigen. Weiter sind die Voraussetzungen zu schaffen, die es ermöglichen, eine qualitätsgesicherte verhaltenstherapeutische Tabakentwöhnung in der Hand geschulter Ärzte adäquat zu vergüten.

Die Tabakentwöhnung ist für zentrale wichtige Volkskrankheiten eine hoch effektive und hoch kosteneffektive Therapieform und steht z. B. für die Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Karzinome, chronische Krankheiten und für die koronare Herzkrankheit (KHK) an erster Stelle vor allen weiteren Therapieformen (sofern der Patient noch raucht). Sie verlängert Leben und steigert die Lebensqualität. Dieses ist in allen einschlägigen Leitlinien der betreffenden Erkrankungen so dokumentiert und inzwischen auch vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in dessen Stellungnahmen so aufgenommen. Es ist demnach nun an der Zeit, Barrieren und Hindernisse für die Tabakentwöhnung als Therapie dieser Erkrankungen aus dem Weg zu räumen.

5. Suchtprävention und -therapie bei Ärztinnen und Ärzten

Der Beschlussantrag von Frau Mühlfeld, Frau Dr. Rothe-Kirchberger, Herrn Dr. Lorenzen und Frau Bartels (Drucksache V - 108) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand auf, eine Untersuchung zum Thema Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und -missbrauch bei Ärztinnen und Ärzten zu initiieren.

Die vorliegenden, von den Suchtbeauftragten der Landesärztekammern erhobenen Daten reichen für eine fundierte Beurteilung der Situation nicht aus. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen der angemessenen Behandlung und einer gezielten Prävention dienen.

6. Entwicklung einer nationalen Strategie gegen Hepatitis-C

Auf Antrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache V - 113) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesregierung möge eine Expertenkommission zur „Entwicklung einer nationalen Hepatitis-C-Virus (HCV) Strategie“ einsetzen.

Anlässlich des Welt-Hepatitis-Tages am 19. Mai fordert der Ärztetag gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch die Bundesregierung auf, bundesweite zielgruppenspezifische Kampagnen zu initiieren, um über die Übertragungswege aufzuklären und die Impfquote bei Risikogruppen zu erhöhen.

Anders als viele unserer europäischen Nachbarn verfügt Deutschland nicht über ein nationales Strategiepapier oder einen Aktionsplan zum Thema Hepatitis.

Die Erfahrungen beim Thema HIV/AIDS zeigen, dass über einen Aktionsplan und die Einbeziehung von Fachleuten aus Medizin, Wissenschaft und Praxis sowie von Betroffenen Erfolge in der Prävention und Behandlung von Infektionserkrankungen zu erzielen sind.

In Deutschland ist ca. eine Million Menschen von Hepatitis B und C betroffen. Da viele Menschen keine Kenntnis von ihrer Infektion haben, wird die Dunkelziffer wesentlich höher eingeschätzt.

Hepatitis-B- und C-Infektionen werden als stille Epidemie bezeichnet, da sie vielfach symptomlos verlaufen und Betroffene erst in einem späteren Stadium von ihrer Infektion erfahren.

Drogenkonsumenten sind eine der Hauptbetroffenengruppe von Hepatitis-B- und -C-Infektionen. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass bis zu 80 % der intravenös Drogen Konsumierenden von Hepatitis-C-Infektionen betroffen sind.

Die Erfolgsraten der Interferonbehandlung bei Substituierten sind mit ca. 65 % ebenso hoch wie bei Nichtopiatabhängigen. Dennoch ist die Quote der Interferonbehandlungen bei chronisch HCV-infizierten Drogenkonsumenten mit etwa 10 % deutlich zu gering.

Wir fordern ferner ein verstärktes Engagement in der Prävention von Hepatitis-A- und -B-Infektionen. Durch praxisnahe Impfkampagnen können diese verhindert werden.

Das Aktionsbündnis ist ein offenes politisches Forum, das (fach-)politische Lobbyarbeit zum Thema „Hepatitis und Drogengebrauch“ macht.

Ziel und Aufgabe des Aktionsbündnisses ist es, die Bedeutung und Auswirkungen von Hepatitisinfektionen, insbesondere der Hepatitis C, auf die Gruppe der Drogenkonsumenten und unser Gesundheitswesen insgesamt deutlich zu machen.

Ärztliche Selbstverwaltung

1. Maßnahmenkatalog zum Bürokratieabbau

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. habil. Bach (Drucksache V - 80) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die Potentiale für einen Bürokratieabbau in der ärztlichen Selbstverwaltung systematisch zu untersuchen und auf dieser Basis einen Maßnahmenkatalog zum Bürokratieabbau dem 114. Deutschen Ärztetag vorzulegen.

Der zunehmenden Bürokratisierung gesellschaftlicher Prozesse unterliegt die Ärzteschaft, die natürlich berufsbedingt einer besonders hohen Regelungsdichte ausgesetzt ist, in außerordentlichem Maße. Dem zu begegnen genügen Appelle an die Politik und den Gesetzgeber nicht allein. Es sollten dem Bürokratieabbau in den eigenen Verwaltungsstrukturen hohe Aufmerksamkeit gewidmet und die vorhandenen Potentiale dazu aufgezeigt werden.

2. Erfassung der Tätigkeit von Honorarärzten

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Eichelmann, Herrn Dr. Schulze und Herrn Dr. Mitrenga (Drucksache V - 95) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Aufnahme von Angaben zur Tätigkeit als „Honorararzt“ in die Meldedaten nach technischer Richtlinie der Landesärztekammern.

Die technische Richtlinie der Meldedaten kennt unter dem Item „Tätigkeitsarten“ die klassischen Tätigkeitsbilder als niedergelassener Arzt, Assistenzarzt, Oberarzt, leitender Arzt/Chefarzt, Praxisvertreter, Gutachter etc.

Die Tätigkeit als „Honorararzt“ ist bislang nicht vorgesehen und läuft daher meist auf die nicht aussagekräftigen Kategorien „Praxisvertreter“ oder „sonstige ärztliche Tätigkeit“ hinaus. Dies wird der wachsenden Relevanz der Tätigkeit von Honorarärzten im deutschen Gesundheitssystem nicht mehr gerecht.

3. Erfassung von Teilzeit/Vollzeittätigkeit in den Meldedaten der Ärztekammern

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Eichelmann, Herrn Dr. Schulze und Herrn Dr. Mitrenga (Drucksache V - 96) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Aufnahme von Angaben zum Umfang der ärztlichen Tätigkeit (vollsichtlich/Teilzeit mit x Stunden etc.) in die Meldedaten gemäß technischer Richtlinie der Landesärztekammern.

Begründung:

Immer wieder wird in der überregionalen und regionalen Presse von steigenden Arztzahlen in der Bundesrepublik gesprochen. Vertreter der Krankenkassen sehen dies als einen Beleg für eine Überversorgung mit Ärzten in Deutschland, es bestünden lediglich Verteilungsprobleme zwischen Ballungszentren und strukturschwächeren Regionen. Um zuverlässige Aussagen zur ärztlichen Versorgung in Klinik und Praxis und der verzerrten Darstellung von Krankenkassen entgegenzutreten zu können, ist es erforderlich, über belastbare Daten zu verfügen. Trotz steigender Kopffzahlen sinkt die für die Patientenversorgung zur Verfügung stehende Zeit am Patienten.

Durch die Aufnahme von Angaben zum zeitlichen Umfang für die ärztliche Tätigkeit in die technische Richtlinie der Meldedaten sollen die Ärztekammern zumindest mittelfristig in die Lage versetzt werden, genauere Angaben und Prognosen zur

Entwicklung der tatsächlichen und erforderlichen Arztzahlen sowie zur Entwicklung der verfügbaren ärztlichen Arbeitszeit machen zu können.

4. Absicherung des Deckungsstockes der Versorgungswerke unter ethischen Gesichtspunkten

Auf Antrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache V - 98) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der 113. Deutsche Ärztetag fordert die Versorgungswerke für Ärzte in den jeweiligen Ländern auf, Investitionen zur Absicherung des Deckungsstockes unter ethischen Gesichtspunkten vorzunehmen.

Gesundheitsberufe

1. Rekrutierung, Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten für die ambulante medizinische Versorgung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 11) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Fink, Frau Dr. Blank und Herrn Dr. Meinke (Drucksache V - 11a) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Der Deutsche Ärztetag fordert alle Ärztekammern, deren Untergliederungen sowie alle niedergelassenen Ärzte auf, angesichts des absehbaren Fachkräftemangels im Gesundheitswesen verstärkt Maßnahmen einleiten, mit denen eine ausreichende Zahl von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten (MFA) und qualifizierten Mitarbeiter/innen gewonnen werden kann sowie eine weiterhin hochstehende Ausbildungs- und Fortbildungsqualität sicher gestellt wird.

Aufgrund der demografischen Entwicklung und des Arbeitskräftebedarfs wird sich bereits in naher Zukunft die Ausbildungsplatzsituation zu einem wachsenden Problemfeld und damit notwendiger Weise zu einem Handlungsfeld der Ärzteschaft entwickeln (müssen). Mehrere, vor allem demografische Ursachen spielen hierbei eine Rolle:

- der Geburtenrückgang und in dessen Folge der Schülerrückgang
- die Alterung der Erwerbsbevölkerung
- die Veränderung der Patientenstruktur und der Versorgungsbedarfe
- die Veränderung der Bildungsvoraussetzungen bei den Bewerbern.

Wenn nicht entsprechend gegengesteuert wird, besteht mindestens mittelfristig die Gefahr, dass der derzeitige Personalbestand in den Praxen sinkt und die anstehenden Aufgaben in der ambulanten Versorgung nicht mehr angemessen bewältigt werden können. Dies wäre insbesondere deswegen fatal, weil Medizinische Fachangestellte zur Entlastung der Ärzte zukünftig stärker in die medizinische Versorgung einbezogen werden sollen und müssen.

Für ein verstärktes zukunftsorientiertes Engagement sprechen folgende Argumente:

Bis 2030 wird die Anzahl der 17- bis 25-Jährigen – diejenige Gruppe also, die die Ausbildungsplatznachfrage im Wesentlichen bestimmt – von 7,7 Millionen auf 6,2 Millionen und damit um 19,7 % sinken.

Die Gegenüberstellung von Angebot und Nachfrage zeigt einen zusätzlichen Bedarf an Fachkräften im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen bis zum Jahr 2030 von ca. 700.000 Arbeitskräften. In den Bereichen „Medizin, Medizinische Dienste bzw. Sonstige, Gesundheitswesen“ wird bis zum Jahr 2030 ein Defizit an Arbeitskräften von bis zu 22 % angenommen. Aus dem Ranking „TOP TEN“ der Bundesagentur für Arbeit vom August 2009 ergibt sich (im Gegensatz zu Handwerk, EDV oder Warenverkauf) für das Gesundheits- und Sozialwesen eine Nachfragesteigerung zwischen 18 % und 41 %.

Aufgrund von Morbiditätsprognosen ergibt sich ein Zuwachs personalintensiver Aufgaben im Bereich der Langzeitbetreuung chronisch Kranker und multimorbider Patienten, bei der Begleitung und Koordination von Betreuungsleistungen, bei der Verzahnung von pflegerischer Versorgung und mit Rehabilitation sowie bei delegierbaren medizinischen Leistungen.

Im Durchschnitt bildet bundesweit höchstens jede zweite Arztpraxis (44,2 %) (Hessen: 35 %, Nordrhein: 24,6 %) aus. Das arbeitgeberseitige Potenzial zur Erhöhung der Auszubildendenzahl bzw. Kompensation des Rückgangs ist also gegeben.

Die moderne Ausbildungsverordnung, zahlreiche neue spezialisierende Fortbildungscurricula und passgenaue Aufstiegsmöglichkeiten (Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung, Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen) haben das Berufsbild der MFA bedarfsgerecht und zukunftsfest gemacht. Dies bietet zahlreiche Ansatzpunkte für Werbemaßnahmen. Zur Finanzierung von Rekrutierungsmaßnahmen und Fortbildungen existieren Förderprogramme auf Landes- und Bundesebene.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im Januar 2010 ein Handlungskonzept verabschiedet, das zeigt, wie die Landesärztekammern als „zuständige Stellen“ und die Bundesärztekammer den zukünftigen Fachkräftebedarf in der ambulanten medizinischen Versorgung durch konkrete Maßnahmen zur Rekrutierung und Ausbildung geeigneter Auszubildender und Mitarbeiter/innen zielorientiert und wirkungsvoll unterstützen können (www.bundesaerztekammer.de/Rekrutierungspapier). Die Maßnahmen gliedern sich in sieben Handlungsfelder:

- Direkte grundsätzliche Maßnahmen als „zuständige Stelle“ gemäß Berufsbildungsgesetz;
- Erhöhung der Ausbildungsqualität;
- Verbesserung der externen Öffentlichkeitsarbeit einschließlich Serviceleistungen;
- Verbesserung der internen Öffentlichkeitsarbeit sowie von Serviceleistungen;
- Steigerung der Akzeptanz des Berufsbildes MFA;
- Beteiligung an Projekten/Maßnahmen/Förderprogrammen auf Landesebene;
- Begleitung/Koordination/Unterstützung durch die Bundesärztekammer.

Aber auch jeder einzelne niedergelassene Arzt/Ärztin sollte sich verstärkt Fragen der Gewinnung von Auszubildenden und geeignetem Personal widmen und dabei die Inanspruchnahme von Fördermitteln prüfen.

2. Kooperation der Gesundheitsberufe rechtssicher weiterentwickeln

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 15) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert alle politisch Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene auf, der zunehmenden Aufweichung klarer rechtlicher Zuständigkeiten bei der Ausübung von Heilkunde Einhalt zu gebieten. Diese negativen Entwicklungen gehen zu Lasten der Versorgungsqualität und der Patientensicherheit und verletzen haftungsrechtliche Standards. Stattdessen ist das Delegationsprinzip fortzuentwickeln und rechtssicher so auszugestalten, dass alle Bereiche der Patientenversorgung hiervon profitieren. Dass dies möglich ist, belegen unter anderem die aktuellen Ergebnisse einer vom Vorstand der Bundesärztekammer 2009 in Auftrag gegebenen Studie „Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Berufe in der stationären Versorgung“ eindrucksvoll.

Die von verschiedenen Seiten seit einigen Jahren massiv geforderte neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen ist weniger an den Bedürfnissen der Patienten nach einer medizinisch optimalen und haftungsrechtlich korrekt gestalteten Versorgung orientiert als vielmehr an einer ökonomischen Vorgabe für möglichst effiziente Prozessoptimierung sowie an berufspolitischen Wunschvorstellungen. Dies zeigt zum Beispiel das in der anästhesiologischen stationären Versorgung wegen eines schweren Zwischenfalls gescheiterte Projekt des „Medizinischen Assistenten für Anästhesie“ (MAfA). Deshalb sind alle Qualifizierungskonzepte für andere Berufe, die in originär ärztliche Tätigkeitsfelder eingreifen, zum Beispiel auch im Operationsbereich, in der Diagnostik, der Anamnese, der Indikation und der Therapieentscheidung aus Gründen der Patientensicherheit abzulehnen.

Stattdessen müssen die Kompetenzen und Zuständigkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe synergetisch aufeinander abgestimmt und in einem interprofessionell gestalteten Versorgungsprozess zusammengeführt werden. Die verschiedenen Mustercurricula der Bundesärztekammer für Medizinische Fachangestellte, die der Stärkung des ambulanten therapeutischen Teams und der Entlastung des Arztes dienen, sind gute Beispiele hierfür. Auch die nichtärztliche Praxisassistentin nach § 87 Abs. 2b SGB V (mit dem entsprechenden Curriculum der Bundesärztekammer) schafft in unterversorgten Regionen die Möglichkeit zur Betreuung von Patienten in ihrer Häuslichkeit bei klar vorgegebenen Bedingungen, Kompetenzen und Qualifikationen. Diese guten Beispiele gilt es fortzuentwickeln. Die oben genannte Studie bietet zahlreiche Ansatzpunkte und Perspektiven, die ausschließlich den Notwendigkeiten des Versorgungsprozesses und nicht politischen Wunschvorstellungen einzelner Berufsgruppen gerecht werden.

3. Berufsschulunterricht für Medizinische Fachangestellte durch Ärzte und nicht durch Gesundheitslehrer

Auf Antrag von Frau Dr. Aden (Drucksache V - 105) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der Berufsschulunterricht für Medizinische Fachangestellte (MFA) im Bereich Behandlungsassistenz soll weiterhin von Ärzten und nicht von Gesundheitslehrern erteilt werden.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden aufgefordert, Konzepte zu entwickeln, um Ärztinnen und Ärzte für die Unterrichtstätigkeit zu gewinnen und durch Fortbildung zu unterstützen.

Berufshaftpflichtversicherung

1. Steigende Berufshaftpflichtbeiträge

Auf Antrag von Herrn Dr. König (Drucksache V - 42) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Patienten und Ärzte haben das Recht auf ausreichenden Versicherungsschutz für den Fall von Behandlungsfehlern/-komplika-tionen mit dauerhaften Schädigungen eine(r/s) Patient(in/en). Die Politik wird deshalb aufgefordert, die Möglichkeit zur berufshaftungsrechtlichen Absicherung für alle Ärztinnen und Ärzten nachhaltig zu gewährleisten. Dies kann dadurch geschehen, dass im Sinne einer Mischkalkulation Haftungsrisiken gleichmäßiger auf alle Versicherungsnehmer verteilt werden.

Zudem muss die Gebührenordnung (EBM und GOÄ) diesbezüglich angepasst werden, sodass besondere Risiken und damit höhere Kosten für den erbringenden Arzt dort besser abgebildet werden. Haftpflichtversicherer gehen zunehmend dazu über, bei ihnen versicherte Ärztinnen und Ärzte zu zwingen, neue Haftpflichtversicherungen abzuschließen. Dabei sollen sich die Kolleginnen und Kollegen entscheiden, entweder ein deutlich teureres Angebot anzunehmen oder die Kündigung zu akzeptieren.

Besonders betroffen sind Frauenärzte mit Geburtshilfe, Anästhesisten, Chirurgen und Plastische Chirurgen sowie Orthopäden. Aufgrund der teils verdoppelten Prämien tragen sich betroffene Ärztinnen und Ärzte mit konkreten Gedanken, z. B. ihre geburtshilfliche Tätigkeit aufzugeben.

Eine Haftpflichtversicherung für belegärztliche Geburtshilfe liegt in Deutschland zwischen 21.000 und 48.000 Euro.

Besondere Risiken, die entstehen, um die Bevölkerung mit den notwendigen medizinischen Leistungen versorgen zu können, dürfen nicht partikularisiert werden.

2. Beschwerde beim Bundeskartellamt wegen Berufshaftpflichtprämien

Auf Antrag von Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache V - 53) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der 113. Deutsche Ärztetag beauftragt die Bundesärztekammer, möglichst rasch eine Beschwerde beim Bundeskartellamt einzureichen bezüglich der enorm angestiegenen Berufshaftpflichtprämien, insbesondere in operativen Fächern wie der Gynäkologie.

Die gleichzeitige Erhöhung durch fast alle Versicherungen, ohne transparente Darlegung der Begründung der Erhöhung, legt den Verdacht der Absprache unter den Versicherungen nahe.

Ärztetag

1. Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Scheiber, Herrn Dr. Schröter, Herrn Dr. Roy, Frau Dr. Lundershausen, Herrn Dipl.-Med. Michaelis, Herrn Dipl.-Med. Menzel und Herrn Dr. Andrae (Drucksache V - 21) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt:

Anträge, die vor Beginn des Deutschen Ärztetages mit Unterstützung aller Delegierten einer Landesärztekammer und deren Präsidentin/deren Präsidenten eingereicht wurden, bedürfen keiner zusätzlichen Unterstützungsunterschriften zur Erreichung der Zahl von zehn stimmberechtigten Abgeordneten.

Die Sätze 2 und 3 des Absatzes 1 werden zu Sätzen 3 und 4.

§ 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages lautet in der gültigen Fassung:

Alle Anträge, die von zehn stimmberechtigten Abgeordneten unterstützt sein müssen, müssen dem Vorsitzenden schriftlich übergeben und der Versammlung alsbald mitgeteilt werden. Der Antragsteller erhält das Wort in der Reihenfolge, in der er gemeldet ist. Antragsberechtigt sind außer den Abgeordneten auch die Mitglieder des Vorstandes und der Geschäftsführung.

1. Die kleineren Landesärztekammern, welche weniger als zehn Delegierte entsenden, sind im Nachteil, da sie zur Antragstellung Unterstützungsunterschriften aus anderen Delegationen während des Ärztetages erarbeiten müssen. Die Landesärztekammern Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen sind bisher gehindert, selbstständige Anträge ihrer Delegationen zu stellen.
2. Die beantragte Verfahrensvereinfachung würde die Ärztetagsverwaltung vor Ort entlasten, da regional unstrittige Anliegen unkompliziert bereits vor den Ärztetagen beantragt werden könnten.

2. *Bereitstellung der Anträge des Deutschen Ärztetages für die Delegierten über eine Intranet-/Internetplattform*

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Roy (Drucksache V - 54) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bereitstellung der Anträge des Deutschen Ärztetages für die Delegierten über eine Intranet-/Internetplattform.

Bereits heute liegen alle Anträge des Deutschen Ärztetages elektronisch vor bzw. werden elektronisch erfasst (Antragsterminal z. B.). Diese werden anschließend gedruckt und dann verteilt. Viele Kollegen/Kolleginnen haben heute schon ihre eigenen Laptops bzw. Notebooks dabei. Auch haben hier viele Zugriff auf das Internet.

Dazu sollen die gestellten Anträge zeitgleich in einer gesonderten Intranetplattform (z. B. über die Internetseite der Bundesärztekammer) bereitgestellt werden.

So kann jeder Delegierte, der möchte, darauf zugreifen und selbst entscheiden, ob er die Papierform möchte oder sich für die elektronische Form entscheidet. Darüber hinaus könnten sich die Delegierten frühzeitig über die "Antragslage" informieren.

3. Spannungsfeld Arztberuf, Arztfamilie, Arztgesundheit als Tagesordnungspunkt

Der Beschlussantrag von Herrn Stagge, Frau Dr. Aden und Frau Löber-Kraemer (Drucksache V - 90) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auf einem der drei nächsten Deutschen Ärztetage soll in einem eigenen Tagesordnungspunkt das Thema: "Spannungsfeld Arztberuf, Arztfamilie und Arztgesundheit" behandelt werden.

4. Ärztetagsbeschilderung

Auf Antrag von Herrn Dr. Fuchs (Drucksache V - 104) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die Geschäftsführung der Bundesärztekammer wird gebeten, dafür zu sorgen, dass die Tagungsgebäude künftig wieder mit "xxx. Deutscher Ärztetag" beschildert sind.

Sonstiges

1. Bewahrung der Freiberuflichkeit des Arztes unter den Bedingungen neuer Finanzierungskonzepte im Großgerätebereich

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Dr. Ungemach, Herrn Prof. Dr. Haubitz und Frau Dr. Wenker (Drucksache V - 28) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der 113. Deutsche Ärztetag sieht mit großer Besorgnis, dass unter den Bedingungen neuer Finanzierungskonzepte im Großgerätebereich die Freiberuflichkeit von Ärztinnen und Ärzten leiden könnte. Der 113. Deutsche Ärztetag bittet die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern, die Entwicklungen in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen wachsam zu prüfen und Fehlentwicklungen entgegenzuwirken.

2. Europaweite Veröffentlichungspflicht klinischer Studien

Auf Antrag von Herrn Janßen, Herrn Dr. Veelken und Herrn Dr. Pickerodt (Drucksache V - 102) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer wird aufgerufen gegenüber der Politik zu fordern, dass

- europaweit eine gesetzliche Regelung gefunden wird, für sämtliche klinische Studien eine Registrierungspflicht einzuführen.
- Die Angaben des bestehenden EU-Registers EudraCT müssen uneingeschränkt und allgemein zugänglich gemacht werden.
- Insbesondere müssen zeitnah die Ergebnisse aller klinischen Studien, incl. Studien zu medizinischen Produkten und Verfahren, transparent und öffentlich zugänglich gemacht werden.
- Schließlich müssen die Vertragsbedingungen zwischen den beauftragenden Unternehmen und den klinischen Prüfärzten offengelegt werden.

3. Unterlassungserklärung der Bundesärztekammer zum Antrag des 113. Deutschen Ärztetages“ Verbot der „Ultimate-Fighting“-Veranstaltungen und ihrer TV-Übertragung“

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Frantz (Drucksache V - 128) hatte der 113. Deutsche Ärztetag eine EntschlieÙung über das Verbot von „Ultimate-Fighting“-Veranstaltungen und ihrer TV-Übertragung gefasst, die jedoch aufgrund einer gegenüber der Firma ZUFFA LLC abgegebenen Unterlassungs- und Verpflichtungserklärung aufgehoben wurde.

Aufgrund einer gegenüber der Firma ZUFFA LLC abgegebenen Unterlassungs- und Verpflichtungserklärung gibt die Bundesärztekammer folgende Stellungnahme ab:

Auf den Internetseiten der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de) unter der Rubrik „113. Deutscher Ärztetag“, im Beschlussprotokoll zum 113. Deutschen Ärztetag sowie im Rahmen einer Pressemitteilung vom 14. Mai 2010 fordert die Bundesärztekammer gestützt auf eine EntschlieÙung des Deutschen Ärztetages im Rahmen des Antrags Drucksache V - 128 das „Verbot der „Ultimate Fighting“-Veranstaltungen und ihrer TV-Übertragung“.

In diesen Dokumenten sind die nachfolgenden Behauptungen enthalten, die hiermit als unwahr widerrufen werden. Zudem wird die EntschlieÙung des 113. Deutschen Ärztetages zur Drucksache V - 128 „Verbot der „Ultimate Fighting“-Veranstaltungen und ihrer TV-Übertragung“ insoweit aufgehoben.

Die unwahren Tatsachenbehauptungen sind im Einzelnen, dass:

- *das Ziel von „Ultimate Fighting“ Veranstaltungen – anders als in allen Kampfsportarten – offen und ausschließlich die Verletzung des Gegners an Körper, Gesundheit und Leben ist;*
- *ein Kampf in der Regel solange weitergeführt wird, bis ein Kämpfer regungslos liegen bleibt;*
- *es sich bei UFC-Veranstaltungen um Kampfveranstaltungen handelt, bei denen es ausschließlich darum geht, dem Gegner Verletzungen an Körper, Gesundheit und Leben zuzufügen, bis er regungslos am Boden liegt;*
- *die Abgrenzung zu anderen Sportarten anhand der Frage, ob eine Betätigung auf die Körperverletzung abzielt, klar zu treffen ist;*
- *bei derartigen Veranstaltungen in der Regel schwere Verletzungen des Kopfes, innerer Organe und des Bewegungsapparates herbeigeführt werden;*
- *Todesfälle in der Folge derartiger Kämpfe vielfach aufgetreten sind;*
- *sich die Kämpfer in der Regel schwere Verletzungen des Kopfes, der inneren Organe und des Bewegungsapparates zufügen – oft auch bis zum Tod;*
- *es in Deutschland bislang nur vereinzelte Versuche, solche Veranstaltungen abzuhalten gegeben hat, die bis auf eine von den Ordnungsbehörden verhindert werden konnte;*
- *die Bayerische Landesmedienzentrale am 19.3.2010 dem Sender DSF die Genehmigung entzogen hat, weiter solche Veranstaltungen auszustrahlen;*

- *der Deutsche Ärztetag in derartigen Aufführungen die zielgerichtete und absichtliche Herbeiführung eines sog. Polytraumas sieht, die auch nicht durch eine zuvor erklärte Einwilligung des Verletzten in seine eventuelle Verletzung erlaubt sein kann; sowie*
- *gerade die in der Rechtssprechung zum ärztlichen Heileingriff entwickelten Anforderungen an die notwendige Aufklärung es ausschließen, dass den Kämpfern zuvor die möglichen Verletzungsfolgen (z. B. Blindheit, Querschnittslähmung) hinreichend deutlich gemacht worden sein können.*

Zu Punkt VI der Tagesordnung:

**BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER
BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2008/2009
(01.07.2008 – 30.06.2009)**

***1. Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2008/2009
(01.07.2008 - 30.06.2009)***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 01) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009) und vom Ergebnis der Prüfung durch Deloitte & Touche GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009) wird gebilligt.

Zu Punkt VII der Tagesordnung:

**ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER
FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2008/2009 (01.07.2008 – 30.06.2009)**

***1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009)***

Auf Antrag von Herrn Dr. Ensink MBA (Drucksache VII - 01) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2008/2009 (01.07.2008 - 30.06.2009) Entlastung erteilt.

Zu Punkt VIII der Tagesordnung:

**HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR
2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)**

1. *Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011)*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 01) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011) in Höhe von EUR 17.971.000,00 wird genehmigt.

2. *Gemeinsame Rechtsabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*

Auf Antrag von Herrn Dr. Tempel, Herrn Dr. Schimanke, Frau Dr. Machnik, Herrn Dr. Fabian, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Hermann, Herrn Dr. Fink, Herrn Dr. Calles und Herrn Guß (Drucksache VIII - 02) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Möglichkeit und Sinnhaftigkeit der Einrichtung einer eigenen Rechtsabteilung zu prüfen und dem nächsten Deutschen Ärztetag darüber zu berichten. Bei der Prüfung sind neben finanziellen Gesichtspunkten insbesondere berufspolitische Gründe zu berücksichtigen, die für die Einrichtung einer eigenen Rechtsabteilung sprechen.

Zu Punkt IX der Tagesordnung:

**WAHL DES TAGUNGORTES FÜR DEN 115. DEUTSCHEN
ÄRZTETAG 2012**

1. Austragungsort des 115. Deutschen Ärztetages

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 01) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Als Tagungsort für den 115. Deutschen Ärztetag 2012 vom 22. bis 25. Mai 2012 wird Nürnberg bestimmt.

Für die Richtigkeit

Berlin, den 14. Mai 2010

Dr. Annegret Schoeller

unter Mitwirkung von

Karin Brösicke

Markus Rudolphi

Jana Köppen

Petra Schnicke

Angelika Regel