



# 114. Deutscher Ärztetag

## Beschlussprotokoll



Kiel, 31. Mai bis 3. Juni 2011

## **Impressum**

Copyright © Bundesärztekammer 2011

### *Herausgeber:*

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

### *Redaktion:*

Dr. Annegret Schoeller (Leitung)

Karin Brösicke

Markus Rudolphi

Jana Köppen

Angelika Regel

Petra Schnicke

### *Titelfoto:*

Landeshauptstadt Kiel/Peter Lühr

### *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 thematisch

<b>TOP I</b>	<b>Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik</b>	<b>9</b>
	<i>Versorgungsgesetz</i>	10
I - 22	Beteiligung der Landesärztekammern an den regionalen sektorenübergreifenden Koordinierungsstellen im Rahmen der Versorgungsplanung auf Landesebene	11
I - 01	Versorgungsgesetz: Neuregelungen im SGB V brauchen Dialog mit der Ärzteschaft	12
	<i>Arbeitsentwurf BMG</i>	16
I - 07	Bedarfsplanung aufheben	17
I - 11	Eintritt von Kapitalgesellschaften in die ambulante Versorgung/Versorgungsgesetz	18
I - 12	Versorgungsgesetz - Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	20
I - 13	Versorgungsgesetz - ambulante spezialisierte fachärztliche Versorgung	21
I - 14	Versorgungsgesetz - Vereinbarkeit Beruf und Familie	22
	<i>Präimplantationsdiagnostik</i>	23
I - 02	Präimplantationsdiagnostik	24
	<i>Organspende</i>	26
I - 03	Organ- und Gewebespende – Modell einer Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht	27
I - 25	Förderung der Gewebespende	30
	<i>Novellierung GOÄ</i>	32
I - 04	Novellierung der GOÄ jetzt!	33
I - 08	GOÄ als alleinige Abrechnungsgrundlage bei Kostenerstattung	35
I - 10	Keine Öffnungsklausel in der GOÄ	36
I - 24	Zeitnahe Novellierung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	37
	<i>Berufliche Perspektiven</i>	38
I - 06a	Änderungsantrag zu I-06	39
I - 06	Niedergelassene Ärzte sind nicht Beauftragte der Krankenkassen	40
I - 15	Betreuungsangebote für Kinder - Vereinbarkeit von Beruf und Familie	41
I - 18	Tarifautonomie bewahren - Freiheitsrechte schützen	42
I - 20	Bessere Betreuung der jungen Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung	44
I - 29	Aktualisierte Auslegung des Mutterschutzgesetzes	45

	<i>Gesundheits- und Sozialpolitik</i>	46
I - 28	Selbstständige Ausübung der Heilkunde nur durch Ärzte	47
I - 19	§ 63 Abs. 3c SGB V	48
I - 23	Fachärztliche Weiterbildung im ambulanten Bereich	49
I - 23a	Änderungsantrag zu I - 23	50
<b>TOP II</b>	<b>Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept</b>	51
II - 01	Palliativmedizinische Versorgung stärken	52
II - 02	Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland - Weiterentwicklung	55
II - 03	Förderung der Palliativmedizin und Versorgung chronisch Kranker	56
II - 05	Ausbau palliativmedizinischer und schmerztherapeutischer Versorgung	57
II - 07	Monitoring der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland	58
II - 09	Kostenübernahme für stationäre Versorgung im Hospiz	59
<b>TOP III</b>	<b>Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung (Präambel, §§ 2 II, III, V und VII, 6 bis 8, 12 IV, 15, 16, 18 I, IIa und III, 20 II, 23c, 26, 27 III, IV, 28 bis einschl. Kapitel D)</b>	60
III - 01-27	Änderungsantrag zu III-01 - § 2 Abs. 1	61
III - 01	Änderung der (Muster-)Berufsordnung	62
III - 02	(Neu-)Definition des Begriffs "Gesundheit" in der Berufsordnung	64
III - 05	Schweigepflicht nach § 9 (Muster-)Berufsordnung der MBO-Novelle	65
<b>TOP IV</b>	<b>(Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht</b>	66
	<i>MWBO/Weiterbildung allgemein</i>	67
IV - 04	Empfehlungen für die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen	68
IV - 07	Uneingeschränkte Anerkennung positiver Entscheidungen der Landesärztekammern untereinander	69
IV - 10	Weiterbildung ohne Eigenbeteiligung in der regelmäßigen Arbeitszeit	70
IV - 12	Fachgebietsgrenzen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	71
IV - 13	Zusatz-Weiterbildung als berufsbegleitendes Modul	73
	<i>Zusatz-Weiterbildung</i>	74
IV - 02	Erwerb der Bezeichnung Kur- bzw. Badearzt	75
IV - 05	Balint-Gruppen-Teilnahme, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, fachgebunden	76
IV - 14	Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin für Arbeitsmediziner und Öffentliches Gesundheitswesen	77
IV - 15	Änderung zur (Muster-)Weiterbildungsordnung - Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie	78
IV - 17	Einführung von Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin und Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik in der Radiologie	80

	<i>Quereinstieg Allgemeinmedizin</i>	81
IV - 01	Quereinstieg in die Allgemeinmedizin	82
IV - 03	Quereinstieg in die Allgemeinmedizin - Anerkennung stationärer Weiterbildungszeiten	83
IV - 09	Ausrichtung der MWBO an den tatsächlichen Erfordernissen und Inhalten des Fachgebietes Allgemeinmedizin	84
	<i>Evaluation der Weiterbildung</i>	85
IV - 08	Beteiligung an der Evaluation der Weiterbildung	86
<b>TOP V</b>	<b>Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage</b>	87
V - 01	Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage	88
<b>TOP VI</b>	<b>Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer</b>	90
	<i>Versorgungsforschung</i>	91
VI - 01	Verstetigung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer	92
	<i>Prävention, Rehabilitation</i>	93
VI - 02	Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern – ärztliche Kompetenzen nutzen	94
VI - 06	Verhaltensbezogene Präventionsleistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V sinnvoll gestalten, Ärzte strukturell einbinden	96
VI - 07	Stärkung des Arztes in der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Suchterkrankungen	97
VI - 13	Sicherung der Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch ausreichende Finanzierung	99
VI - 14	Stärkere Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Patientinnen und Patienten bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen	100
VI - 66	Prävention	101
VI - 68	Tertiärprävention	102
VI - 96	Neue Vorsorgeuntersuchungen - Novellierung des § 26 SGB V	103
VI - 97	Prävention - Verhinderung des plötzlichen Kindstods (SIDS = Sudden Infant Death Syndrome)	104
VI - 107	Präventionsforschung zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter	105
	<i>Qualitätssicherung</i>	106
VI - 03	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	107
VI - 63	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	111
VI - 64	Qualitätssicherung Hüft- und Knieendoprothetik	112

VI - 81	Ablehnung von Aktivitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses im Zusammenhang mit der sogenannten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung	113
<i>Gesundheitsberufe</i>		115
VI - 04	Synergie statt Konkurrenz – Kooperation der Gesundheitsberufe verbessern, Versorgungsprozesse optimieren	116
VI - 05	Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten fördern!	119
VI - 120	Einsatz der Medizinischen Fachangestellten qualifikationsgemäß gewährleisten	121
<i>Menschenrechte</i>		122
VI - 08	Folgen von Gewalt – Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte	123
VI - 43	Informations- und Kriterienkatalog zur Beteiligung von Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen verbindlich einführen	124
VI - 46	Eingangsuntersuchung zur Aufdeckung kranker und traumatisierter Menschen in Abschiebehaft	125
VI - 92	Probleme bei der medizinischen Behandlung und der Kostenerstattung von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherten EU-Bürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern	126
VI - 94	Aufhebung der Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus	128
VI - 118	Menschenrechte - Recht auf freie Arztwahl	130
<i>Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung</i>		131
VI - 09	Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	132
VI - 51	Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	138
VI - 90	Förderung der universitären Allgemeinmedizin	139
<i>Vertragsärztlicher Bereich/SGB-V</i>		140
VI - 34	Förderung der unbudgetierten Einzelleistungsvergütung - Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS)	141
VI - 48	Eingriffe in die ärztliche Behandlung durch gesetzliche Krankenkassen verhindern	142
VI - 53	Unterversorgung verringern - ärztliche Tätigkeit vergüten	143
VI - 62	Änderung der Finanzierung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)	144
VI - 74	Stopp der ambulanten Kodierrichtlinien beibehalten	145
VI - 114	Änderung des § 95a Abs. 2 SGB V	146
VI - 75	Abschaffung des § 95b SGB V	147
VI - 91	Förderung innovativer Projekte in der ärztlichen Versorgung von Patienten in der stationären Pflege und in Pflegeheimen	148
VI - 109	Die ambulante Basisversorgung sichern	150
<i>Ausbildung</i>		151
VI - 10	Änderungen im Kapazitätsrecht beim Medizinstudium	152

VI - 11	Auswahlverfahren an den Hochschulen	153
VI - 19	Verkürzung des Krankenpflegepraktikums auf zwei Monate	154
VI - 21	PJ-Tertiale in der ambulanten Versorgung ermöglichen	155
VI - 59	Ärztliche Prüfung vor das Praktische Jahr verlagern	156
VI - 67	Bundeseinheitliche Gleichwertigkeitsprüfung	157
<i>Gesundheitspolitik/Bürokratieabbau</i>		158
VI - 12a	Änderungsantrag zu VI-12	159
VI - 12	Bürokratieabbau in der Selbstverwaltung	160
VI - 16	Prioritäten in der Gesundheitsversorgung	163
VI - 35	Priorisierungsdebatte	164
VI - 65	Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich	165
VI - 73	Stärkung der Ehrenamtlichkeit in den ärztlichen Körperschaften	166
VI - 77	Bürokratieabbau im Rahmen der Umsetzung des geplanten Patientenrechtegesetzes	167
<i>Arbeitszeit</i>		168
VI - 22	Bundesweite Arbeitszeitkontrollen	169
VI - 23	Beibehaltung der europäischen Arbeitszeitvorschriften	170
VI - 25	Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Bestimmungen	171
VI - 41	Ärztliche Arbeitszeit	172
<i>Ethik</i>		173
VI - 15	Gendiagnostikgesetz	174
VI - 18	Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung – keine Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung	176
VI - 60	Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung - Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos	177
VI - 78	Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung	178
<i>Weiterbildung/Fortbildung</i>		179
VI - 54	Bekenntnis zur Weiterbildung	180
VI - 115	Entwicklung eines Konzeptes für eine Kommission von BÄK und KBV für Fortbildungen	181
<i>Krankenhaus</i>		182
VI - 24	Konsequente Vergütung geleisteter Überstunden	183
VI - 47	Personalanhaltszahlen	184
VI - 49	Spitzenmedizin muss angemessen bezahlt werden	185
VI - 50	Sicherstellungszuschlag für eine flächendeckende Krankenhausversorgung nutzen	186
VI - 52	Ärztliche Weiterbildung als gesellschaftliche Aufgabe begreifen	187
VI - 56	Erstattung der Kostenbelastung für Notfallversorgung im Krisenfall	188
VI - 57	Bedarfsgerechte Investitionsquote für Krankenhäuser	189
VI - 69	Klinische Ausbildungskapazitäten an Universitätskliniken steigern	190
VI - 72	Die Lehre an Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern ist Arbeitszeit	191

<i>Vergütung</i>		192
VI - 37	(Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung - Ärztliche Leistung muss Basis der vertragsärztlichen Vergütung sein	193
VI - 58	Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst endlich besser bezahlen	195
VI - 76	Für ein Kostenerstattungssystem im deutschen Gesundheitswesen (gesetzliche Krankenkassen)	196
VI - 80	Ärztliche Leistung nach Aufwand vergüten	198
VI - 86	Aufnahme einer Regelung für das Aufsuchen eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau in die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Kontext der bevorstehenden Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte	200
<i>Datenschutz/Ärztliche Schweigepflicht</i>		201
VI - 29	Berufsgeheimnis von Ärztinnen und Ärzten	202
VI - 42	Zusammenarbeit mit den Krankenkassen - Einhaltung des Datenschutzes	203
<i>Telematik</i>		204
VI - 110	Für moderne Informations- und Kommunikationstechnik - gegen die elektronische Gesundheitskarte	205
VI - 123	Für eine kritische Begleitung der Einführung einer Telematikinfrastruktur durch die Ärzteschaft	208
VI - 17	Potentielle Sicherheitslücke der ehealth-BCS-Kartenterminals im Basis-Rollout schließen	210
VI - 26	Zugriff auf elektronische Patientenakten	211
VI - 31	Versichertenstammdatenabgleich gehört nicht in die Arztpraxis	212
VI - 33	Spannungsfeld Fallakte und Patientenakte	214
VI - 71	Speicherung von Impfdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte zur Verbesserung der Patientenversorgung	215
VI - 82	Keine verpflichtende Online-Anbindung an eine Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen	216
VI - 122b	Freiwilligkeit für Patient und Arzt	217
VI - 122a	Änderungsantrag zu VI-122	218
VI - 122	Anwendung Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte	219
<i>Arzneimittel/Betäubungsmittel</i>		220
VI - 27	Dispensierrecht	221
VI - 38	Neuordnung der Rabattverträge/Aufhebung der Wettbewerbsverzerrung im Generikabereich	222
VI - 61	Streichung LD50-Tests für Botulinumprodukte	223
VI - 79	Entschärfung der Rahmenbedingungen der Diamorphinsubstitution	225
VI - 85	Zulassung von oral verfügbarem, retardiertem Morphin zur Substitution Opiatabhängiger	226
VI - 87	Wochenendabgabe von Substitutionsmedikamenten durch den Arzt	227



<i>Kindergesundheit</i>		228
VI - 98	Kindergesundheit und Fernsehen	229
VI - 103	Versorgungsforschung Kinder und Jugendliche	230
VI - 105	Bundeskinderschutzgesetz	231
VI - 106	Flächendeckendes Elterntraining	232
VI - 111	Transition von Jugendlichen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen	233
<i>Weitere Themen</i>		235
VI - 28	Junge Ärzte auf dem Deutschen Ärztetag	236
VI - 93	Was wird aus Vorstandsüberweisungen?	237
VI - 117	Tagesordnung des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg	238
VI - 119	Termin des Deutschen Ärztetages	239
VI - 113	Anträge des Vorstandes der Bundesärztekammer	240
VI - 99	Antrag auf Optimierung der Antragsorganisation und Ressourcenschonung bei kommenden Ärztetagen	241
VI - 121	Sinnvolle Nutzung elektronischer Medien	243
VI - 32	Lärmpegelbegrenzung bei Veranstaltungen für Jugendliche	244
VI - 36	Anforderungen an Leitlinien der Fachgesellschaften	245
VI - 39	Wegfahrsperr nach Alkoholgenuss	246
VI - 44	Weltgesundheitsorganisation WHO - IAEO	247
VI - 45	Medizinische Folgen der Kernkraftgewinnung	248
VI - 70	Ärztliche Tätigkeit und Umsatzsteuerpflicht	249
VI - 83	Arztparkplatz für Wohnanlagen	250
VI - 84	Erleichterung des Hausbesuchs (StVO)	251
VI - 88	Abwehren von Einflüssen Dritter auf ärztliches Handeln	252
VI - 89	Zuständigkeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für gesundheitliche Folgen radioaktiver Strahlen	253
VI - 95	Legaldefinition "Psychotherapeuten"	254
VI - 100	Richtlinien Psychotherapie: Differenzierung ärztlicher versus psychologischer Gutachter	255
VI - 102	Psychoonkologie, Psychodiabetologie und andere	256
VI - 104a	Änderungsantrag zu VI-104	257
VI - 104	Differenzierung der Berufsgruppen "Ärztliche Psychotherapeuten" versus "Psychologische Psychotherapeuten", Differenzierung "Ärzttekammer" versus "Psychotherapeutenkammer"	258
VI - 112	Kein Direktstudiengang zum Psychotherapeuten	259
<b>TOP VII</b>	<b>Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)</b>	260
VII - 01	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010)	261
<b>TOP VIII</b>	<b>Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)</b>	262
VIII - 01	Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010)	263

<b>TOP IX</b>	<b>Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)</b>	264
IX - 01	Bericht des Vorstands der Bundesärztekammer an den 114. Deutschen Ärztetag 2011 betreffend die gemeinsame Rechtsabteilung	265
IX - 02	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)	266
IX - 03	Einrichtung einer eigenständigen Rechtsabteilung der Bundesärztekammer	267
<b>TOP X</b>	<b>Wahlen</b>	268
X - 05	Wahl des Präsidenten	269
X - 07	Wahl des ersten Vizepräsidenten	270
X - 16	Wahl des zweiten Vizepräsidenten	271
X - 18	Wahl der weiteren Ärztinnen/weiteren Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer	272
X - 10	Wahl der weiteren Ärztinnen/weiteren Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer	273
X - 01	Wahl der „Ordentlichen Mitglieder“ des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung	274
X - 02	Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin	275
X - 03	Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte	276
X - 06	Änderung der Tagesordnung	277
<b>TOP XI</b>	<b>Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013</b>	278
XI - 01	Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013	279



**TOP I      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

*Versorgungsgesetz  
Arbeitsentwurf BMG  
Präimplantationsdiagnostik  
Organspende  
Novellierung GOÄ  
Berufliche Perspektiven  
Gesundheits- und Sozialpolitik*



# 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

## TOP I      **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

### *Versorgungsgesetz*

- I - 22      Beteiligung der Landesärztekammern an den regionalen sektorenübergreifenden Koordinierungsstellen im Rahmen der Versorgungsplanung auf Landesebene
- I - 01      Versorgungsgesetz: Neuregelungen im SGB V brauchen Dialog mit der Ärzteschaft



---

## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Beteiligung der Landesärztekammern an den regionalen sektorenübergreifenden Koordinierungsstellen im Rahmen der Versorgungsplanung auf Landesebene

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. habil. Schulze (Drucksache I - 22) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, die gesetzliche Grundlage für eine Beteiligung der Ärztekammern an den geplanten sektorenübergreifenden Koordinierungsstellen im Rahmen der Versorgungsplanung auf Landesebene zu schaffen.

#### Begründung:

Da man bereits heute in einigen Regionen einen Ärztemangel in der ambulanten, aber auch in der stationären Versorgung feststellen kann, ist die Bedarfsplanung im Hinblick auf sektorenübergreifende Aspekte weiterzuentwickeln. Zur Bewältigung regionaler Versorgungsengpässe bedarf es dabei der adäquaten Einbeziehung der Verantwortlichen und Betroffenen vor Ort. Die Einbindung der Landesärztekammern in den geplanten „Gemeinsamen Landesausschuss“ ist somit unbedingt geboten, weil

- diese das sektorenübergreifende, zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung darstellen und auf langjährig gewachsene Expertisen zurückgreifen können,
- sie, anders als die Kassenärztlichen Vereinigungen, keine Marktteilnehmer und deshalb prädestiniert für den neutralen Interessenausgleich sind,
- sie über die sektorenübergreifende Definitionskompetenz über die Strukturqualität der Versorgung verfügen (Zuständigkeit für ärztliche Fort- und Weiterbildung nebst Koordination der Verbundweiterbildung),
- sie sektorenübergreifend das Versorgungsangebot durch die Zulassung zur Weiterbildung steuern,
- sie die Zuständigkeit für die Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen innehaben und
- sie die Schnittstelle zu den Hochschulen und zu den nichtärztlichen Gesundheitsberufen bilden.



---

## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Versorgungsgesetz: Neuregelungen im SGB V brauchen Dialog mit der Ärzteschaft

### **Entschließung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung der Anträge von Frau Dr. Gitter (Drucksache I - 01a) und Frau Dr. Blessing, Frau Bartels und Herrn Grauduszus (Drucksache I - 01c) fasst der 114. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Die zunehmenden Versorgungsgänge dulden keinen Aufschub bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und zur Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit. Noch in diesem Jahr soll ein ganzes Bündel von Neuregelungen im SGB V in Kraft treten. Hierbei müssen folgende Gesichtspunkte beachtet werden, die nur im Dialog mit der Ärzteschaft zu bearbeiten sind:

#### **1. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung: Die Richtlinienkompetenz des G-BA auf eine Rahmenplanung beschränken**

Die im Versorgungsgesetz geplante Flexibilisierung der Planungsbereiche ist zu befürworten. Dabei müssen ausreichende regionale Gestaltungsspielräume geschaffen werden, die Richtlinienkompetenz des G-BA muss sich auf eine Rahmenplanung begrenzen. Die zukünftige Bedarfsanalyse muss patientenorientiert Demografie und Morbidität berücksichtigen. Die derzeit noch streng sektoral getrennte Bedarfsplanung muss stufenweise zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung unter Beteiligung der Ärztekammern weiterentwickelt werden.

#### **2. Sicherstellung der Versorgung: Versorgung sektorenübergreifend koordinieren und Ärztekammern beteiligen**

Zahlreiche Eckpunkte des geplanten Versorgungsgesetzes machen den steigenden Koordinierungsbedarf zwischen den Sektoren überdeutlich, so zum Beispiel die geplante Einbeziehung von Krankenhausärzten in die ambulante Bedarfsplanung. In alle Fragen ärztlicher Versorgung von sektorübergreifendem Belang müssen die Ärztekammern regelhaft einbezogen werden. Die Ärztekammer ist das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung, da sie als einzige Institution den Berufsweg der Ärztinnen und Ärzte lebenslang und sektorenübergreifend begleitet.



### **3. Ärztliche Nachwuchsförderung: Ärztliche Selbstverwaltung konsequent einbinden, Praxisorientierung des Medizinstudiums fördern, Mitarbeiterorientierung in den Versorgungseinrichtungen einfordern**

Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass im Versorgungsgesetz zahlreiche von der Ärzteschaft entwickelte Vorschläge zur Steigerung der Attraktivität kurativer ärztlicher Tätigkeit und zur Förderung der Allgemeinmedizin aufgegriffen werden. Der Deutsche Ärztetag vermisst jedoch eine konsequente Einbeziehung der ärztlichen Selbstverwaltung in die Umsetzung der Maßnahmen. Insbesondere die Ärztekammern müssen eingebunden werden. Aufgrund ihrer Zuständigkeit für die Weiterbildung stellen die Ärztekammern die zentralen Koordinatoren der Weiterbildung einschließlich Verbundweiterbildung und Evaluation der Weiterbildung dar. Dies gilt nicht nur für die Allgemeinmedizin, sondern für alle Gebiete ärztlicher Weiterbildung.

Ärztliche Versorgung ist Dienst am Menschen mit Menschen. Das Medizinstudium muss neben wissenschaftlichen Inhalten deshalb zusätzlich kommunikative und soziale Kompetenzen vermitteln. Es muss die Studenten auch früher an die reale Versorgungssituation heranbringen, z. B. durch verstärkte Studienanteile in Praxen und nichtuniversitären Krankenhäusern. Die Unternehmensführung in den Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen muss den besonderen Ansprüchen an die medizinische Versorgung durch eine entsprechende Patienten- und insbesondere auch Mitarbeiterorientierung entsprechen. Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz, Zwang zu Arzt und Patienten gefährdenden Arbeitszeiten und Zwang zur Übernahme fachgebietsfremder Bereitschaftsdienste in Klinik und Praxis sind intolerabel.

### **4. Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe: Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V zur Arztunterstützung im Rahmen der Delegation nutzen**

Im Interesse von Patientensicherheit, Versorgungsqualität und Rechtssicherheit muss der Arztvorbehalt für medizinische Diagnostik und Therapie aufrecht erhalten bleiben. Die Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine medizinische Versorgung nach Facharztstandard.

Der Deutsche Ärztetag plädiert für eine qualifikationsgebundene Ausschöpfung von Delegationsmöglichkeiten. Es bietet sich die Chance, die Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V hierzu – im Einklang mit der Ärzteschaft – zu nutzen. Eine etwaige Ausgestaltung der Modellvorhaben mit dem Ziel, eine neue nichtärztliche Versorger-Ebene zu etablieren, wird vom Deutschen Ärztetag strikt abgelehnt.

### **5. Ambulante fachärztliche Spezialversorgung: „Jeder, der kann, der darf“ – Wettbewerbswildwuchs zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten verhindern**

Mit dem Versorgungsgesetz ist eine dritte, eigenständige Versorgungssäule für die sog.



ambulante spezialärztliche Versorgung (besser: ambulante fachärztliche Spezialversorgung) unter Einschluss der ambulanten Operationen und §-116b-Leistungen geplant. Dies bietet Chancen, aber auch Risiken.

Das Motto „Jeder, der kann, der darf“ darf nicht zu Wettbewerbswildwuchs und unkontrollierter Mengenausweitung zulasten der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung führen. Strikte Qualitätskriterien müssen aufgestellt und ihre Einhaltung regelmäßig überwacht werden. Der Deutsche Ärztetag befürwortet deshalb den Vorschlag der Einrichtung einer „neutralen Stelle“ auf regionaler Ebene. Die neutrale Stelle sollte unter Beteiligung der Ärztekammer über die Zulassung von Krankenhausfachärztinnen und -ärzten zur ambulanten fachärztlichen Spezialversorgung entscheiden; und zwar außerhalb der Bedarfsplanung, aber nicht „freihändig“, sondern unter obligatorischer Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation.

#### **6. Qualifikationsanforderungen: Primat des Weiterbildungsrechts beachten**

Der Deutsche Ärztetag stellt klar, dass sich Anforderungen an die ärztliche Qualifikation im Rahmen von Strukturqualitätsvereinbarungen, besonderen Versorgungsformen u. ä. nach SGB V oder im Zusammenhang mit der geplanten ambulanten fachärztlichen Spezialversorgung sowie für Selektivverträge sich prioritär aus der Weiterbildungsordnung für Ärzte ergeben.

#### **7. Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen und Neuregelung der MVZ: Den freien Arztberuf stärken**

Ohne flexible Berufsausübungsmöglichkeiten wird die ärztliche Versorgung in der Fläche nicht aufrechterhalten werden können. Der Deutsche Ärztetag befürwortet den Ausbau mobiler Versorgungskonzepte. Die geplanten Flexibilisierungen müssen im Einklang mit ärztlichem Berufsrecht stehen.

Das für die freien Berufe geltende Prinzip der persönlichen Leistungserbringung dient einer vertrauensvoll-individuellen Patientenversorgung. Diese muss auch in Zukunft möglich sein. Der Deutsche Ärztetag begrüßt die geplanten Neuregelungen zu Medizinischen Versorgungszentren, wonach eine Verdrängung ärztlicher Träger durch Kapitalgesellschaften ausgeschlossen werden soll. Die Mehrheit der Geschäftsanteile eines MVZ muss bei den in den MVZ tätigen Ärzten liegen.

#### **8. Krankenkassen-Wettbewerb: Risikoselektion unter den GKV-Versicherten vermeiden**

Die Regierungskoalition hat Zusatzbeiträge eingeführt, die einen Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen fördern sollen. Allerdings fehlt immer noch ein überzeugender ordnungspolitischer Rahmen für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Bei der durch den Morbi-RSA bedingten Risiko-Entmischung kommt es offensichtlich zu einer weder morbiditätsadäquaten noch finanziell ausreichenden Finanzierung, um die





medizinisch notwendige Versorgung der sog. schlechten Risiken, i. e. der chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten, zu refinanzieren.

Es muss ausgeschlossen werden, dass als Folge des Krankenkassen-Wettbewerbs die chronisch Kranken und Multimorbiden zu Patienten zweiter Klasse oder gar zu unversicherbaren Risiken werden. Außerdem müssen die Fehlanreize des Morbi-RSA beseitigt werden.

### **9. Gemeinsame Selbstverwaltung: Struktur des G-BA weiterentwickeln**

Die Konfliktrichtigkeit der Entscheidungen des höchsten Beschlussgremiums in der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist nicht länger tragbar. Zurzeit ist die Ärzteschaft in Fragen der stationären Versorgung nur im Rahmen einer nicht stimmberechtigten Beteiligung vertreten. Die Beschlussfassung des G-BA wird durch den geschlossenen Block auf der Krankenkassenseite dominiert. Um der Expertise der Ärzteschaft mehr Gehör zu verschaffen, fordert der Deutsche Ärztetag eine stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im Plenum des G-BA.

### **10. Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: Voraussetzungen für wertebasierte (Kosten-)Nutzen-Bewertung und transparente Prioritätensetzung für die Gesundheitsversorgung schaffen**

Nutzenbewertung und Kosten-Nutzen-Bewertung sind grundsätzlich sinnvolle Instrumente zur Optimierung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Allerdings sind die damit verbundenen Fragestellungen nicht allein durch methodenorientierte Evidenzbasierung zu lösen. Fragen zu chancengleichem Zugang zu Innovationen und allgemein zur Verteilungsgerechtigkeit unter Rahmenbedingungen der Mittelknappheit implizieren Werteentscheidungen. Diese Werteentscheidungen allein zu treffen ist der Gemeinsame Bundesausschuss weder legitimiert noch hinreichend kompetent.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte nehmen die Rolle des von der Politik mit den Einzelfallentscheidungen „alleingelassenen“ Leistungsbegrenzers am Krankenbett nicht länger hin. Der Deutsche Ärztetag lehnt heimliche Rationierung ab und fordert die Etablierung eines transparenten Diskurses über die zugrundeliegenden Werte und die Prioritäten in der Gesundheitsversorgung unter Einbindung von Politik, Ärzteschaft und Patientenvertretern.



**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

*Arbeitsentwurf BMG*

- I - 07 Bedarfsplanung aufheben
- I - 11 Eintritt von Kapitalgesellschaften in die ambulante Versorgung/Versorgungsgesetz
- I - 12 Versorgungsgesetz - Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- I - 13 Versorgungsgesetz - ambulante spezialisierte fachärztliche Versorgung
- I - 14 Versorgungsgesetz - Vereinbarkeit Beruf und Familie



## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Bedarfsplanung aufheben

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache I - 07) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber – ungeachtet der aktuellen gesetzgeberischen Bestrebungen – auf, den sich abzeichnenden Ärztemangel in vollem Umfang anzuerkennen und als logische Konsequenz die Bedarfsplanung nach Verhältniszahlen in der ambulanten Versorgung aufzuheben.

#### Begründung:

Die Bedarfsplanung, einst als Reaktion auf eine „Ärztenschwemme“ eingeführt, erweist sich außerstande, eine am Bedarf orientierte Niederlassung von Ärzten zu gewährleisten.

Insbesondere wird deutlich, dass Vorschriften und Verbote ungeeignet sind, Ärzte in weniger attraktive Gegenden „umzulenken“.

Der Deutsche Ärztetag plädiert daher für Anreize und Hilfen anstelle fortwährender Vorschriften und Verbote.

---



---

## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Eintritt von Kapitalgesellschaften in die ambulante  
Versorgung/Versorgungsgesetz

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Keller, Herrn Dr. Handrock, Herrn Prof. Dr. Mau, Herrn Dr. Tegethoff und Herrn Dr. Fitzner (Drucksache I - 11) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag begrüÙt die im Referentenentwurf zum Versorgungsgesetz enthaltenen Änderungen, fordert den Gesetzgeber aber auf, bei der anstehenden Gesetzesnovellierung außerdem dafür Sorge zu tragen, dass

1. Kapitalgesellschaften sich in Zukunft an Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nicht mehr beteiligen dürfen, auch nicht durch Übernahme von Anteilen an bereits bestehenden MVZ;
2. bei bestehenden Beteiligungen von Kapitalgesellschaften an MVZ sichergestellt wird, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht. Es sollte, wo immer das möglich ist, angestrebt werden, in den nächsten zehn Jahren die bestehenden Beteiligungen der Kapitalgesellschaften an MVZ in ärztlichen Besitz zurückzuführen.

#### Begründung:

Im Bereich der Medizinischen Versorgungszentren vollzieht sich derzeit der Eintritt von Kapitalgesellschaften in die ambulante fachärztliche Versorgung.

Der Eintritt von nationalen und internationalen Kapitalgesellschaften stellt einen der Grundpfeiler der ärztlichen Versorgung in Deutschland infrage, nämlich dass wirtschaftlich eigenverantwortliche Ärzte die ihnen anvertrauten Versicherungsbeiträge zum Nutzen der ihnen anvertrauten Patienten einsetzen, ohne auf die finanziellen Interessen fremder Anteilseigner Rücksicht nehmen zu müssen. Für die Medizinischen Versorgungszentren bedeutet der Eintritt von Kapitalgesellschaften, dass die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von wirtschaftlichen Interessen nicht mehr gewahrt ist. Das Problem für die ambulante Versorgung vergrößert sich dadurch, dass die beschriebenen MVZ-Strukturen bereits jetzt schon regional Monopolcharakter erlangt haben und sich darüber hinaus zu überregionalen Ketten vernetzen. Dadurch verschiebt sich das Gleichgewicht



im Gesundheitssystem, u. a. deshalb, weil benachbarte Praxen aufgrund des Konkurrenzdruckes nicht mehr wiederbesetzt werden können, da jüngere Kollegen keine wirtschaftlich fundierte Basis für die eigene Niederlassung in der unmittelbaren Nachbarschaft großer überregionaler Strukturen sehen.

Der Eintritt von Kapitalgesellschaften in die ambulante Versorgung war nur durch die Ausnutzung von Gesetzeslücken möglich und ist vom Gesetzgeber nicht gewollt.

Im Übrigen verweisen wir zur Begründung auf das Eingangsstatement von Prof. Hoppe.



**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Versorgungsgesetz - Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Bertram, Frau Haus, Frau Dr. Keller, Herrn Dr. Rütz, Herrn Stagge, Herrn Dr. Hammer und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache I - 12) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt die Einschränkung für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im Arbeitspapier zum Versorgungsgesetz:

- Präferenz für freiberufliche Niedergelassene bei der Nachbesetzung von Kassenarztsitzen
  - Umwandlungsmöglichkeit von Angestellten-Vertragsarztsitzen in freiberufliche Vertragsarztsitze
  - der ärztliche Leiter muss in dem MVZ selbst tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein
  - Beschränkung der MVZ-Gründung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser (und ausnahmsweise freigemeinnützige Kostenträger)
  - Gründung von MVZ nur als Personengesellschaft oder GmbH.
-



---

## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Versorgungsgesetz - ambulante spezialisierte fachärztliche Versorgung

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Dierkes, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Henke, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache I - 13) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 114. Deutsche Ärztetag begrüßt die Absicht der Bundesregierung, im Rahmen des geplanten Versorgungsgesetzes bei Erkrankungen und Leistungen mit besonderem fachärztlichen Versorgungsbedarf eine bessere, auch sektorenübergreifende Verzahnung der fachärztlichen Leistungen anzustreben.

Um dieses Ziel zu erreichen, soll stufenweise für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen, hoch spezialisierten Leistungen sowie bestimmten ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen eine spezialisierte fachärztliche Versorgung als eigenständiger Bereich im Gesundheitssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit gleichen Qualifikationsanforderungen für niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser verankert werden.

Der 114. Deutsche Ärztetag begrüßt diese Überlegungen im Prinzip und weist darauf hin, dass das Leitprinzip für die konkrete Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen die Optimierung der Patientenversorgung bei freiem Arztwahlrecht ist. Dabei darf nicht eine Konkurrenz zwischen den verschiedenen Organisationsformen die Versorgungswirklichkeit prägen, sondern notwendig sind vor allem Integration und Kooperation. Diesem Ziel muss auch die Gestaltung der Überweisungswege folgen.

Darin liegt eine wesentliche Chance, die bisherigen Konflikte um den § 116b SGB V und um bestimmte ambulante Operationen nach § 115 SGB V zu entschärfen.

Die Überlegungen des Bundesministeriums für Gesundheit nach einem grundsätzlich freien Zugang für alle Leistungserbringer bei Erfüllung der jeweils festgelegten medizinisch-inhaltlichen Anforderungen sind zu begrüßen.

In den zur Definition der Anforderungen auf Landesebene zu bildenden Koordinierungsstellen müssen nach Ansicht des Deutschen Ärztetages die jeweiligen Landesärztekammern als Vertreter aller beteiligten Ärztegruppen eine zentrale Rolle spielen.

---



---

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Versorgungsgesetz - Vereinbarkeit Beruf und Familie

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Schuss (Drucksache I - 14) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist zu einem zentralen Merkmal in allen Bereichen ärztlicher Berufsausübung geworden und betrifft sowohl Ärztinnen als auch Ärzte.

Insofern begrüÙt der 114. Deutsche Ärztetag die im Rahmen des Versorgungsgesetzes geplanten Regelungen zur Verstärkung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch in der niedergelassenen Praxis.

Demnach soll die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, von sechs auf zwölf Monate verlängert werden. Der 114. Deutsche Ärztetag regt an, diese Regelung nicht nur auf Vertragsärztinnen zu begrenzen, sondern auf Wunsch auch auf Vertragsärzte, die sich als Väter um die Erziehung ihrer Kinder kümmern wollen, anzuwenden.

Bei der Auswahlentscheidung über die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem gesperrten Bereich werden Kindererziehungs- bzw. Pflegezeiten, durch die eine ärztliche Tätigkeit unterbrochen wurde, fiktiv berücksichtigt.

Diese Regelung ist zu begrüÙen und sollte aber nicht auf gesperrte Gebiete begrenzt bleiben.





**TOP I      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

*Präimplantationsdiagnostik*

I - 02      Präimplantationsdiagnostik



---

## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Präimplantationsdiagnostik

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Niemann (Drucksache I - 02b) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Durch das Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes vom 06.07.2010 zur Präimplantationsdiagnostik (PID) und die höchstrichterliche Feststellung, dass eine PID mittels Gewinnung und Untersuchung nicht mehr totipotenter Zellen in Deutschland rechtlich zulässig ist, wurde die gesellschaftspolitische Diskussion zur PID wieder angestoßen. Es liegt nun am Gesetzgeber, für die PID einen neuen Rahmen zu setzen.

Diese Diskussion um die medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekte der PID wird von den Fachkreisen durch zahlreiche Stellungnahmen (u. a. Bericht „Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Entwicklungen und Folgen“ des Büros für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, „Ad-hoc-Stellungnahme PID – Auswirkungen einer begrenzten Zulassung in Deutschland“ der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, „Präimplantationsdiagnostik“ des Deutschen Ethikrates) begleitet. Das lebhaftes öffentliche Interesse an diesen Stellungnahmen belegt den erheblichen Bedarf und die Erwartungen insbesondere der politischen Entscheidungsträger an sachlichen Analysen.

Dem ursprünglich deutlich strafferen Zeitplan für die parlamentarischen Beratungen folgend hat der Vorstand der Bundesärztekammer im Februar 2011 eine aktuelle Positionsbestimmung auf der Grundlage einer Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Beirats in Form eines Memorandums ([http://baek.de/downloads/Memorandum-PID\\_Memorandum\\_17052011.pdf](http://baek.de/downloads/Memorandum-PID_Memorandum_17052011.pdf)) vorgenommen, die aufgrund der aktuellen Entwicklungen und der darauf basierenden veränderten Einschätzung der PID vom ablehnenden Beschluss des 105. Deutschen Ärztetages aus dem Jahr 2002 abweicht.

Maßgebliche Eckpunkte und Erwägungen dieses Memorandums sind:

- Die ethische Abwägung spricht für eine Zulassung der PID in engen Grenzen und unter kontrollierten Voraussetzungen. Unter Gesichtspunkten der Zumutbarkeit für die Frau und des Entwicklungsstandes des vorgeburtlichen Lebens ist die In-vitro-Befruchtung mit PID in bestimmten Fällen ethisch weniger problematisch als eine mit nachfolgendem Schwangerschaftsabbruch. Gegen die Befürchtung eines



Damnbruchs spricht die internationale Erfahrung. Aus ethischer Sicht fallen die Persönlichkeitsrechte und das Selbstbestimmungsrecht der Frau bzw. des Paares, ihre Gewissensfreiheit sowie ihre Gewissensverantwortung – auch mit Blick auf das erhoffte Kind – ins Gewicht.

- Eine Eingrenzung der Indikationsstellung ist erforderlich. Die PID soll nur für Erkrankungen durchgeführt werden, für die bei einem Paar ein hohes genetisches Risiko bekannt ist. Keine Indikationen für PID sind Geschlechtsbestimmung ohne Krankheitsbezug, höheres Alter der Eltern sowie reproduktionsmedizinische Maßnahmen im Allgemeinen.
- Um die Patientenautonomie zu wahren und eine authentische, verantwortungsbewusste Entscheidung zu ermöglichen, bedarf es umfassender Information und Aufklärung sowie kompetenter Beratung.
- Unbeschadet des Erfordernisses, die Belange der Reproduktionsmedizin in einem umfassend angelegten Fortpflanzungsmedizingesetz zu regeln, sollte eine Regelung der PID Anlass geben, § 1 Abs. 1 Nr. 5 Embryonenschutzgesetz (ESchG) dahingehend abzuändern, dass dem Arzt aufgegeben wird, die Zahl der zu befruchtenden Eizellen so festzulegen, dass das Risiko des Entstehens überzähliger Embryonen geringer ist als das Risiko, keine ausreichende Anzahl transfergeeigneter Embryonen zur Verfügung zu haben.
- Im Fall einer gesetzlich bestimmten Zulassung der PID wäre von der Bundesärztekammer eine (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der PID zu erarbeiten, insbesondere zum Indikationsspektrum, zur personellen und apparativen Ausstattung, zur medizinischen und psychosozialen Beratung sowie zur Festlegung der erforderlichen Zahl danach qualifizierter durchführender Zentren.
- Bei den Landesärztekammern wären behandlungsunabhängige PID-Kommissionen einzurichten, die die Qualitätssicherung der PID gewährleisten. Der zuständigen Kommission wären die einzelnen Behandlungsfälle in anonymisierter Form vorab zur Beurteilung vorzulegen. Die bei den einzelnen Kommissionen der Landesärztekammern erhobenen Daten zur Qualitätssicherung wären in einem zentralen Register in anonymisierter Form zusammenzuführen.

In Anerkennung der umsichtigen und sorgfältigen ethischen Abwägungen, die in dem Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik deutlich zum Ausdruck kommen, spricht sich der Deutsche Ärztetag angesichts der Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung für die Zulassung der PID in engen Grenzen und unter kontrollierten Verfahrensvoraussetzungen aus.

Vor diesem Gesamthintergrund betont der Deutsche Ärztetag, dass nur der Gesetzgeber legitimiert ist, eine solche, das menschliche Leben elementar berührende Frage, verbindlich zu entscheiden. Gestattet der Gesetzgeber die PID in engen Grenzen, wird die Ärzteschaft an einer verantwortungsbewussten Umsetzung – so wie sie in ihrem Memorandum zur PID skizziert ist – nicht zuletzt im Interesse einer optimalen Versorgung und Behandlung der betroffenen Paare umsichtig mitwirken.



**TOP I      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

*Organspende*

- I - 03      Organ- und Gewebespende – Modell einer Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht
- I - 25      Förderung der Gewebespende



---

## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Organ- und Gewebespende – Modell einer Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I - 03) sowie des mündlichen Antrages von Herrn MD Dr. Karl Breu beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Im Rahmen der Umsetzung der Richtlinie 2010/53/EU des Europäischen Parlaments und des Rates über die Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe wird das Transplantationsgesetz (TPG) novelliert. Die parlamentarischen Beratungen werden demnächst aufgenommen.

Vor diesem Hintergrund werden die medizinischen, ethischen und rechtlichen Aspekte der seit 1997 geltenden sogenannten erweiterten Zustimmungslösung wieder diskutiert. Danach dürfen Organe und Gewebe eines Verstorbenen nur entnommen werden, wenn entweder der Verstorbene sich zu Lebzeiten für eine Organ- und/oder Gewebespende ausgesprochen hat oder seine nächsten Angehörigen der postmortalen Organ- und/oder Gewebeentnahme zustimmen.

Seit dem Inkrafttreten des TPG im Jahr 1997 wird kritisiert, dass trotz der erzielten Rechtssicherheit für alle Beteiligten keine wesentliche Steigerung der Organ- und Gewebespenden zu verzeichnen ist. Insofern ist bei der TPG-Novellierung auch zu prüfen, welche Maßnahmen zu ergreifen sind, die Spenderzahlen zu erhöhen und die Leistungsfähigkeit der Transplantationsmedizin weiter zu fördern.

In diesem Zusammenhang wird die Einführung der Widerspruchslösung gefordert. Sie zielt darauf ab, dass ein Verstorbener grundsätzlich als Organ- und/oder Gewebespende in Frage kommt, sofern er zu Lebzeiten einer Spende nicht ausdrücklich widersprochen hat. Zumeist wird auf die sogenannte freiwillige oder erweiterte Widerspruchslösung abgestellt, nach der unter den oben genannten Voraussetzungen die Organ- und/oder Gewebeentnahme durchgeführt werden kann, wenn diese auch dem Willen der Angehörigen entspricht. Danach wird in einigen anderen europäischen Staaten verfahren, u. a. in Belgien, Österreich und Spanien, die eine höhere Spenderrate aufweisen als Deutschland.

Im Jahr 2007 hatte der 110. Deutsche Ärztetag beschlossen, wesentliche Fragen der Zell-, Gewebe- und Organtransplantation wissenschaftlich mit dem Ziel der Förderung der Organspende aufzuarbeiten. Die Ergebnisse dieser interdisziplinären Befassung mit den



Kernfragen der Transplantationsmedizin sind zwischenzeitlich in zwei Bänden einer Schriftenreihe der Bundesärztekammer unter dem Titel „Transplantationsmedizin im Fokus“ veröffentlicht worden.

Gemäß dem Auftrag des 110. Deutschen Ärztetages hat sich die Bundesärztekammer auch damit befasst, die Vor- und Nachteile einer – gegebenenfalls modifizierten – Widerspruchslösung zur Organ- und Gewebespende gegenüber der geltenden erweiterten Zustimmungslösung zu prüfen. In Anknüpfung an die Beschlusslage aus dem Jahr 2007 hatte der 113. Deutsche Ärztetag im Jahr 2010 ein gleichzeitiges, zweigleisiges Vorgehen zur Optimierung der Organspende befürwortet und sich dafür ausgesprochen, neben der Intensivierung der bereits eingeleiteten strukturellen, organisatorischen und finanziellen Maßnahmen eine zeitnahe neue gesetzliche Regelung im Sinne der Widerspruchslösung anzustreben.

Angesichts der anstehenden TPG-Novellierung gilt es nun, mit Augenmaß eine praktikable Lösung im Sinne der betroffenen Patienten an die politischen Entscheidungsträger zu adressieren. Denn die deutsche Ärzteschaft, die eine wesentliche Verantwortung für die Gemeinschaftsaufgabe Organtransplantation trägt, sollte auch in der Frage der Einwilligung zur Organ- und Gewebespende Impuls gebend sein.

In Wahrnehmung dieser Verantwortung hat sich die Ständige Kommission Organtransplantation auf Veranlassung des Vorstands der Bundesärztekammer in intensiven und zum Teil kontroversen Diskussionen wiederholt mit den Beschlüssen des 110. und des 113. Deutschen Ärztetags befasst und um eine Lösung gerungen, die die positiven Aspekte sowohl der Zustimmungs- wie auch der Widerspruchslösung konstruktiv aufgreift und zusammenführt. Im Ergebnis der dazu veranstalteten Klausurtagung wurde das *Modell einer Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht* entwickelt.

Das Modell ist darauf ausgerichtet, die Information der Bürgerinnen und Bürger dauerhaft so zu intensivieren und zu institutionalisieren, dass sich diese in Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts möglichst im Sinne einer Zustimmungslösung zur Organ- und Gewebespendebereitschaft erklären. Wird dieses Recht nicht zu Lebzeiten wahrgenommen und liegt somit keine Erklärung vor, können dem Verstorbenen unter Ermittlung des mutmaßlichen Willens durch Einbeziehung der Angehörigen Organe und/oder Gewebe entnommen werden.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert dieses *Modell einer Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht* zur Einwilligung in die Organ- und/oder Gewebespende. In Anerkennung der wesentlichen ärztlichen Mitverantwortung für die Gemeinschaftsaufgabe Organtransplantation spricht sich die Ärzteschaft im Interesse der betroffenen Patienten dafür aus, dieses Modell an die politischen Entscheidungsträger zu adressieren.

Die Bundesärztekammer wird deshalb aufgefordert, das *Modell einer*



*Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht* zur Einwilligung in die Organ- und/oder Gewebespende so zu konkretisieren, dass es zeitnah Eingang in die anstehenden parlamentarischen Beratungen über eine Novellierung des TPG findet.

Die deutsche Ärzteschaft wird sich darüber hinaus im Interesse einer optimalen Versorgung und Behandlung der betroffenen Patienten weiterhin mit Nachdruck für eine Förderung der Organ- und Gewebespende einsetzen. Die bundesgesetzlich geplante Einführung von Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern entspricht einer langjährigen Forderung der deutschen Ärzteschaft und zeigt, dass mit umsichtiger Beharrlichkeit Fortschritte erzielt werden können.



---

## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Förderung der Gewebespende

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Wulff, Herrn Dr. Ramm und Herrn Dr. Harb (Drucksache I - 25) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Mangel an Spenderorganen ist im öffentlichen Diskurs fast täglich präsent. Mit der Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG) werden weitere Maßnahmen eingeleitet, um hier Abhilfe zu schaffen.

Bei dieser Gelegenheit sollten aber auch Klarstellungen in Bezug auf die postmortale Gewebespende getroffen werden, denn hier fehlt es an praxistauglichen Regelungen, obwohl schon jetzt jährlich mehr als 30.000 Gewebetransplantationen in Deutschland durchgeführt werden. Dies betrifft in erster Linie Augenhornhäute, aber auch Binde- und Stützgewebe, Herzklappen, BlutgefäÙe usw.

Der konkret existierende Mangel an Gewebetransplantaten ist zurzeit auch aufgrund von Importen wenig spürbar.

Diese wären allerdings überflüssig, wenn durch Politik und Ärzteschaft die Voraussetzungen zur Realisierung von allen letztwilligen Verfügungen zur Gewebespende geschaffen werden würden. Es fehlen Aufklärungskampagnen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), ausdifferenzierte Regelungsinstrumente wie Spenderregister, flächendeckende Schaffung von Gewebereinrichtungen und analog zum Transplantationsbeauftragten Gewebebeauftragte an Kliniken.

Innerhalb der Ärzteschaft kann die Bereitschaft zur Wahrnehmung des letzten Willens Verstorbener verbessert werden, z. B. wenn sie Inhaber eines Organ- und Gewebespendeausweises waren.

#### Begründung:

Postmortal gespendete Gewebe fehlen in großer Zahl: Etwa 8.000 per anno indizierten Keratoplastiken stehen lediglich ca. 4.500 durchgeführte Transplantationen gegenüber. Humane Herzklappen und BlutgefäÙe - wichtige Therapieoption z. B. in Infektionssituationen - sind nicht ausreichend in den Gewebebanken vorhanden. Dasselbe gilt für muskuloskelettale Gewebe und Hauttransplantate.





---

Um Angehörige kompetent über eine mögliche Gewebespende eines Verstorbenen aufklären zu können, sind weitere Fortbildungsmaßnahmen für die Ärzte erforderlich, die entsprechende Angehörigengespräche führen.

Um postmortale Gewebespenden auch realisieren zu können, ist darüber hinaus ein jederzeit zugänglicher Kontakt zur zuständigen Entnahmeeinrichtung erforderlich. Gewebespendeprogramme existieren aber lediglich an einzelnen Kliniken und sind wenig untereinander vernetzt. Zusätzlich bedeutet dies neben dem Verlust von Spenden ein Hindernis für die Entwicklung wissenschaftlicher Standards, die aktuell ausschließlich für die Hornhautspende vorliegen (hierfür gelten die Richtlinien der Bundesärztekammer).

Ethische Probleme, die sich aus dem im Gewebegesetz definierten Arzneimittelstatus von Gewebezubereitungen ergeben, bedürfen einer weiteren Bearbeitung in einem fachbezogenen und öffentlichen Diskurs unter Einbeziehung der gegenwärtigen Akteure auf dem Gebiet der postmortalen Gewebespende, auch, um eine Kommerzialisierung des menschlichen Körpers zu verhindern. Zwar sind Gewebetransplantate im EU-Raum aufgrund der beschriebenen gesetzlichen Regelungen sicherer geworden, dennoch bleibt es eine dem ärztlichen Selbstverständnis geschuldete Herausforderung, den spezifischen Charakter einer altruistischen Spende des Verstorbenen zu bewahren.

Das Tabu Tod wird für jede postmortale Spende ein Problem bleiben - vor diesem Hintergrund wäre die Erklärung eines jeden Bürgers zur Spende ein Fortschritt. Die Gewebespende ist darüber hinaus mit den beschriebenen statusbedingten Problemen belastet und in ihrer Bedeutung für die Patientenversorgung und damit das Einzelschicksal in der Bevölkerung und auch in der Ärzteschaft unterschätzt.



**TOP I      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

*Novellierung GOÄ*

- I - 04      Novellierung der GOÄ jetzt!
- I - 08      GOÄ als alleinige Abrechnungsgrundlage bei Kostenerstattung
- I - 10      Keine Öffnungsklausel in der GOÄ
- I - 24      Zeitnahe Novellierung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)



---

## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Novellierung der GOÄ jetzt!

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I - 04) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert, dass die Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht länger aufgeschoben werden darf.

Folgende fünf Punkte sprechen für eine sofortige Novellierung:

1. Die amtliche GOÄ erfüllt eine Doppelschutzfunktion für Patienten und Ärzte!
2. Der zunehmende Wettbewerb im Gesundheitswesen macht die Bedeutung der GOÄ als „Leitwährung“ immer wichtiger!
3. Die Novellierung der GOÄ ist überfällig!
4. Der Vorschlag der Bundesärztekammer ist umfassend und fachkompetent und muss die Beratungsgrundlage für den Novellierungsprozess bilden!
5. Der Verordnungsgeber muss seiner Verantwortung für die amtliche Gebührenordnung gerecht werden!

Amtliche Gebührenordnungen wie die GOÄ schützen vor Preiswillkür und sichern die ordnungsgemäÙe Erfüllung der den freien Berufen im Allgemeininteresse übertragenen Aufgaben. Die GOÄ dient dem fairen Interessenausgleich zwischen Arzt und Patient. Durch das Festlegen von Höchstsätzen werden die Patientinnen und Patienten vor finanzieller Überforderung geschützt. Durch das Festlegen von Mindestsätzen werden die notwendigen Voraussetzungen einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung gewährleistet. Um die wertvolle Doppelschutzfunktion der GOÄ für Patienten und Ärzte auch für die Zukunft zu erhalten, lehnt der Deutsche Ärztetag die Einführung einer Öffnungsklausel strikt ab.

Qualitätswettbewerb um die beste Patientenversorgung setzt eine stabile, leistungsgerechte Finanzierungsgrundlage voraus. Der zunehmende Wettbewerb innerhalb des Systems der privaten Krankenversicherung (PKV) sowie zwischen PKV und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) sowie vielfältige Selektiv- und Zusatzversicherungsverträge und Selbstzahlerleistungen weisen auf die wachsende Bedeutung einer übergeordneten Preisordnung für ärztliche Leistungen hin: Dies ist die GOÄ. Ohne eine solche übergeordnete Referenz-Gebührenordnung wie die GOÄ wäre ein wettbewerbsbedingtes Preisdumping zulasten der Versorgungsqualität



vorprogrammiert – diesen Weg geht der Deutsche Ärztetag nicht mit.

Damit die GOÄ die ihr zugedachte Schutz- und Ordnungsfunktion erfüllen kann, muss sie dringend aktualisiert werden. Neben dem veralteten Leistungsverzeichnis, dem hilfswiese nur durch mehr oder weniger konfliktive Analogbewertungen abgeholfen werden kann, ist insbesondere die nicht stattgehabte Anpassung an die Kostenentwicklung zu kritisieren. Seit 1983 wurde der Punktwert der GOÄ um 14 Prozent angehoben – der Anstieg der Verbraucherpreise betrug im Vergleichszeitraum dem gegenüber rund 70 Prozent.

Unter Einbeziehung der rund 160 verschiedenen ärztlichen Berufsverbände und medizinischen Fachgesellschaften hat die Bundesärztekammer einen umfassenden Vorschlag für eine neue GOÄ erarbeitet. Jede einzelne Position des neuen Leistungskatalogs wurde betriebswirtschaftlich kalkuliert. Insgesamt wurden über 170 Funktionskostenstellenbeschreibungen und eigenständig erhobene Daten (z. B. rund 850.000 Schnitt-Naht-Zeiten aus rund 150 Krankenhäusern) in insgesamt 70.000 betriebswirtschaftlichen Einzelparametern dargestellt. Entscheidend ist, dass die Kalkulation nach dem Bottom-up-Prinzip sauber aufgebaut und nicht von vornherein durch Budgetvorgaben verzerrt wird.

Außerdem schlägt die Bundesärztekammer vor, den Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen zu einem privatärztlichen Bewertungsausschuss mit paritätischer Besetzung und Schiedslösung im Konfliktfall weiterzuentwickeln. Dieser soll dem Verordnungsgeber in jährlichen Abständen Vorschläge zur medizinisch-inhaltlichen und preislichen Anpassung der GOÄ unterbreiten. Im Gegensatz zu der vom PKV-Verband geforderten Gründung eines Bewertungsinstituts vermeidet die von der Bundesärztekammer vorgeschlagene Selbstverwaltungslösung unnötige Bürokratie und stellt die in Leistungsbewertungsfragen erforderliche Sachnähe und Fachkompetenz sicher.

In Anbetracht der Vorarbeiten der Bundesärztekammer ist nicht erkennbar, warum die Novellierung der GOÄ nicht unmittelbar im Anschluss an das Inkrafttreten der GOZ in Angriff genommen werden könnte. Im Gegensatz zum angekündigten Alternativmodell des PKV-Verbands handelt es sich beim Vorschlag der Bundesärztekammer nicht um ein Konzeptpapier, sondern um einen medizinisch-inhaltlich fachkompetent ausgearbeiteten und lückenlos durchkalkulierten Vorschlag, der dem übergeordneten Prinzip des fairen Interessenausgleichs zwischen Patient und Arzt verpflichtet ist (§ 11 Bundesärzterordnung).

Die Ärztinnen und Ärzte, wie auch die Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf transparente Nachvollziehbarkeit des tatsächlichen Leistungsgeschehens und planungssichere, betriebswirtschaftlich sauber kalkulierte und fair verhandelte Preise. Der Verordnungsgeber muss seiner Verantwortung hierfür gerecht werden und darf die Novellierung der GOÄ nicht weiter auf die lange Bank schieben!



---

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: GOÄ als alleinige Abrechnungsgrundlage bei Kostenerstattung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus und Herrn Dr. Lipp (Drucksache I - 08) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag spricht sich gegen alle Bestrebungen aus, Kostenerstattung nach einer anderen als der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen und fordert vom Gesetzgeber ein eindeutiges Bekenntnis zur GOÄ als alleiniger Abrechnungsgrundlage zwischen Arzt und Patient bei Kostenerstattung.

Begründung:

Das Kostenerstattungsprinzip fuÙt auf dem direkten Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient, sowohl bei der Behandlung als auch bei der Abrechnung der erbrachten Leistungen. Der Patient erhält eine Rechnung und kann diese zur Erstattung bei seiner Krankenkasse einreichen. Daraus folgt als Abrechnungsgrundlage zwangsläufig die GOÄ.

Der EBM kann darüber hinaus nicht als Abrechnungsgrundlage dienen, da er auf dem Gesamtvergütungsprinzip basiert und zudem eine quartalsweise Honorierung abbildet.

Bestrebungen, den EBM als Abrechnungsgrundlage auch für das Kostenerstattungsprinzip in Erwägung zu ziehen, sind daher sowohl aus strukturpolitischen als auch aus strukturellen Gründen abzulehnen.



## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Keine Öffnungsklausel in der GOÄ

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus und Herrn Dr. Lipp (Drucksache I - 10) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, sich deutlich und unwiderrufflich von einer Öffnungsklausel für die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu distanzieren und die Einführung einer solchen definitiv auszuschließen.

#### Begründung:

Die angestrebte Öffnungsklausel würde perspektivisch zu einer Abwertung ärztlicher Leistungen führen. Anlass zu derartigen Szenarien bieten entsprechende Entwicklungen in anderen freien Berufen, wo freiwillige Leistungsangebote unterhalb der offiziellen Honorarordnung das Preisgefüge massiv ins Wanken bringen. Dies bedeutet in der Konsequenz eine Discount-Medizin, die nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Patienten schädlich wäre.

Zudem würde die private Krankenversicherung (PKV) über entsprechende Verträge mittelbar Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis nehmen und darüber hinaus die freie Arztwahl für den Patienten einschränken.



---

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Zeitnahe Novellierung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

**Entschließung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache I - 24) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Verordnungsgeber auf, zeitnah die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu novellieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dabei ist einerseits dem medizinisch-technischen Fortschritt und andererseits der Kostenentwicklung Rechnung zu tragen. Zudem muss auf die Öffnungsklausel als qualitätssenkendes Preisdumping-Instrument verzichtet werden.

Begründung:

Die letzte umfassende Novellierung der GOÄ erfolgte im Jahr 1983, eine Teilnovellierung wurde im Jahr 1996 vorgenommen. Somit steht dem abrechnenden Arzt nur noch ein veraltetes Leistungsverzeichnis zur Verfügung, das die Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts in vielen Bereichen nur durch Analogbewertungen abbilden kann. Da auch die Punktwertentwicklung dem Anstieg des Verbraucherpreisindex deutlich hinterherhinkt, kann die GOÄ die ihr zugeordnete Doppelschutzfunktion für Patienten und für Ärzte sowie ihre Ordnungsfunktion im zunehmenden Leistungswettbewerb nicht mehr ausreichend erfüllen.

Die Einführung einer Öffnungsklausel würde zudem zu einem qualitätssenkenden Preiswettbewerb führen und ist somit abzulehnen. Ferner birgt eine Öffnungsklausel die Gefahr einer tendenziellen Verschlechterung der ärztlichen Versorgungssituation, da die Patienten nur „ausgewählte“ Vertragsärzte aufsuchen dürfen, was gerade in ländlichen Gebieten zu weiten Wegen führen dürfte.



## TOP I      **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

### *Berufliche Perspektiven*

- I - 06a      Änderungsantrag zu I-06
- I - 06      Niedergelassene Ärzte sind nicht Beauftragte der Krankenkassen
- I - 15      Betreuungsangebote für Kinder - Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- I - 18      Tarifautonomie bewahren - Freiheitsrechte schützen
- I - 20      Bessere Betreuung der jungen Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung
- I - 29      Aktualisierte Auslegung des Mutterschutzgesetzes





---

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Änderungsantrag zu I-06

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Roy (Drucksache I - 06a) zum Entschließungsantrag von Herrn Stagge (Drucksache I - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Streichung des Wortes "niedergelassene", ersetzen durch "Ärztinnen/Ärzte".

Der ursprüngliche Antrag nimmt Bezug auf das Urteil vom Oberlandesgericht Braunschweig, wo "Kassenärzte als Beauftragte der Krankenkassen" bezeichnet werden. Weder niedergelassene Ärzte noch klinisch tätige Ärzte sind "Beauftragte der Krankenkassen", diese Selbstverständlichkeit muss dennoch deutlich festgestellt werden.



**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Niedergelassene Ärzte sind nicht Beauftragte der Krankenkassen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Stagge (Drucksache I - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag stellt fest:

Niedergelassene Ärzte sind nicht "Beauftragte der Krankenkassen".

Begründung:

Hier handelt es sich um eine Selbstverständlichkeit, die dennoch einmal deutlich festgestellt werden muss!



**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Betreuungsangebote für Kinder - Vereinbarkeit von Beruf und Familie

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache I - 15) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die öffentlich geförderten Betreuungsangebote für Kinder müssen stärker als bisher auch am Bedarf der Gesundheitseinrichtungen ausgerichtet werden und dabei auch erweiterte Öffnungszeiten einschließen, um Ärztinnen und Ärzten, aber auch anderen Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen und anderen Arbeitsbereichen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu ermöglichen.



---

## **TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Tarifaufonomie bewahren - Freiheitsrechte schützen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther, Herrn PD Dr. Scholz und Frau Dr. Gitter (Drucksache I - 18) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag appelliert an die Bundesregierung, von gesetzlichen Eingriffen in die Tarifaufonomie abzusehen und die Forderung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und des Deutschen Gewerkschaftsbundes nach einer Einschränkung der Koalitionsfreiheit zurückzuweisen. Eine Regierung, die sich freiheitlichen Prinzipien und dem Wettbewerbsgedanken verpflichtet sieht, darf sich nicht einen Gesetzesvorschlag zu eigen machen, der im Kern antiliberal und wettbewerbsfeindlich ist.

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland können selbst entscheiden, welcher Gewerkschaft sie beitreten wollen und wem sie zutrauen, unter Beachtung auch der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, ihre Interessen wahrzunehmen. Darauf haben sie einen verfassungsrechtlichen Anspruch, der auch durch den Gesetzgeber nicht eingeschränkt werden darf. Artikel 9 Abs. 3 Grundgesetz gewährt unbeschränkt „für jedermann und für alle Berufe“ die freie Koalitionsausübung. Deshalb ist jeder Eingriff in den Schutzbereich des Koalitionsgrundrechts abzulehnen.

Es ist allein den tariffähigen Koalitionen überlassen, in Ausübung ihrer kollektiven Privataufonomie selbstständig – ohne Einmischung des Staates – durch Tarifverträge die Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen ihrer Mitglieder zu regeln. Diese grundgesetzlich geschützte Aufonomie erfordert keine diktierte Tarifeinheit – sie erfordert die Möglichkeiten der Tarifpluralität.

Nicht die Gewerkschaftsvielfalt und die darin zum Ausdruck kommende Tarifpluralität, also das geregelte Nebeneinander von Tarifverträgen für verschiedene Berufsgruppen, sind systemfremd, sondern der Zwang zur Tarifeinheit, der den Arbeitnehmern keinen Raum für Differenzierung und freie Entfaltung berufsspezifischer Belange lässt.

Tarifpluralität ist „Folge des verfassungsrechtlich vorgesehenen und geschützten Koalitionspluralismus“ (Bundesarbeitsgericht), wie er in Art. 9 Abs. 3 Grundgesetz verankert ist.

Vor diesem Hintergrund kann die gemeinsame Initiative von BDA und DGB, den

---



---

Pluralismus der Gewerkschaften durch ein Zwangsgesetz zur Herstellung der betrieblichen Tarifeinheit auszuhebeln, nur als Aufruf zur Einschränkung verfassungsmäßiger Rechte aller Arbeitnehmer in diesem Land verstanden werden. Dies haben mittlerweile auch zahlreiche DGB-Gewerkschaften so bewertet. Eine Degradierung tariffähiger Gewerkschaften entsprechend der Mitgliederzahl im Betrieb würde dem Freiheits- und Wettbewerbsgedanken der Verfassungsordnung elementar widersprechen. Auch lässt sich aus dem Grundgesetz kein Alleinvertretungsanspruch von selbsternannten Einheitsgewerkschaften ableiten.

Die aus dem Grundgesetz resultierenden Freiheitsrechte gelten unterschiedslos für alle Menschen in diesem Land – unabhängig davon, ob sie einer Mehrheit angehören. Die Freiheit der Lebensgestaltung von Minderheiten kann deshalb auch nicht durch Mehrheitsbeschlüsse außer Kraft gesetzt werden.

Tarifpluralität ist seit Jahren gelebte Praxis in vielen Betrieben dieses Landes, ohne dass dadurch die Tarifautonomie in irgendeiner Weise geschwächt worden wäre. Das Gegenteil ist der Fall: Viele Arbeitnehmer, die sich eine gewerkschaftliche Betätigung bis dato nicht vorstellen konnten, haben sich Berufs- und Fachgewerkschaften angeschlossen, um ihre Interessen gegenüber den Arbeitgebern zu wahren.

Die Attraktivität der Arbeit in deutschen Krankenhäusern für die junge Ärztegeneration hängt wesentlich davon ab, dass die Ärztinnen und Ärzte selbst bestimmen können, wer sie in den Tarifverhandlungen mit den Arbeitgebern vertritt.



**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Bessere Betreuung der jungen Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Müller-Dannecker und Frau Kulike (Drucksache I - 20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Um jungen Ärztinnen und Ärzten eine bessere berufliche Perspektive zu geben, muss die ärztliche Weiterbildung angemessen finanziert werden. Nur so kann die Qualität der ärztlichen Weiterbildung und die persönliche Betreuung verbessert werden. Die Vorstellung, dass die Finanzierung durch Diagnosis Related Groups (DRGs) hier ausreichend sei, hat sich in den letzten Jahren als trügerisch erwiesen.

---



**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Aktualisierte Auslegung des Mutterschutzgesetzes

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache I - 29) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, unter Berücksichtigung medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse Empfehlungen für die Auslegung des Mutterschutzgesetzes vorzulegen, um darauf hinzuwirken, dass einerseits der Sinn des Mutterschutzgesetzes erfüllt wird und andererseits die schwangeren Ärztinnen nicht durch falsche Auslegung des Mutterschutzgesetzes völlig unnötig in ihrer beruflichen Tätigkeit behindert werden.



# 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

## **TOP I      Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

### *Gesundheits- und Sozialpolitik*

- I - 28      Selbstständige Ausübung der Heilkunde nur durch Ärzte
- I - 19      § 63 Abs. 3c SGB V
- I - 23      Fachärztliche Weiterbildung im ambulanten Bereich
- I - 23a     Änderungsantrag zu I - 23





**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Selbstständige Ausübung der Heilkunde nur durch Ärzte

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Prof.Dr.habil. Schulze und Frau Dr. Goesmann (Drucksache I - 28) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den § 63 Absatz 3c SGB V ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Aus Gründen des Patientenschutzes muss und darf originär ärztliche Tätigkeit ausschließlich von Ärzten ausgeübt oder in bestimmten Fällen delegiert werden. Eine Übertragung, d. h. eine Substitution ärztlicher Tätigkeit auf andere Gesundheitsberufe wird abgelehnt.



---

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: § 63 Abs. 3c SGB V

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Rechl (Drucksache I - 19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Modellvorhaben gem. § 63 Abs. 3c SGB V, die die Übertragung (Substitution) ärztlicher Tätigkeiten zum Inhalt haben, bei denen es sich also um selbstständige Ausübung der Heilkunde handelt, wie die diagnosebezogene En-bloc-Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, sind abzulehnen. Es ist unbestritten, dass in Anbetracht der soziodemografischen Entwicklung und der Komplexität der modernen Medizin Ärztinnen und Ärzte mit Angehörigen der Gesundheitsfachberufe als Team zusammenarbeiten, um die gegenwärtigen und auch zukünftigen Probleme bewältigen zu können. Jedoch sind Modellvorhaben, die auf Arztersatz und damit auf Beseitigung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie hinauslaufen, auf keinen Fall zu befürworten; sie sind abzulehnen, denn sie gefährden die Patientensicherheit. Mit der Einführung solcher Modelle kommt es auch bei den Betroffenen zur Rechtsunsicherheit bezüglich der Verantwortungsbereiche und der Haftung.

Aufgrund dessen kann § 63 Abs. 3c SGB V für die Patientenversorgung nur gewinnbringend umgesetzt werden, wenn folgende Punkte berücksichtigt werden:

Die Eingangsuntersuchung sowie Indikationsstellung einschließlich ärztlicher Behandlung und Festlegung der medikamentösen Therapie sind ausschließlich ärztliche Angelegenheit und unterliegen ausschließlich dem ärztlichen Verantwortungsbereich. Hingegen sind die Durchführung indizierter therapeutischer Maßnahmen sowie die eigenverantwortliche Übernahme entsprechender organisatorischer Aufgaben den selbständig und eigenverantwortlich tätigen, entsprechend qualifizierten Pflegekräften übertragbar.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert deshalb den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, im Rahmen der von ihm festzulegenden Richtlinien diese Prämissen zu beachten.



---

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Fachärztliche Weiterbildung im ambulanten Bereich

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Dr. Ottmann, Herrn Dr. Römer und Herrn Dr. Lutz (Drucksache I - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) werden aufgefordert, in Zusammenarbeit mit der Politik und den Krankenkassen alle notwendigen Schritte einzuleiten, um dem Ärztemangel nicht nur in der Allgemeinmedizin, sondern auch in der fachärztlichen Versorgung entgegen zu wirken.

Hierzu gehören u. a.:

- die Erleichterung für eine Weiterbildungsbefugnis im ambulanten Bereich,
- die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung im ambulanten Bereich,
- die angemessene Vergütung der Weiterbildungsassistenten,
- der Abbau bürokratischer Hürden.

Begründung:

Im Zuge der zunehmenden Hochspezialisierung an den Kliniken können dort wesentliche Weiterbildungsinhalte, die für die spätere Tätigkeit im ambulanten Bereich unabdingbar sind, nicht mehr vermittelt werden. Bei sinkender Zahl der Krankenhäuser reichen die Weiterbildungsplätze im stationären Bereich nicht mehr aus. Im Zusammenhang mit der zunehmend älter und kränker werdenden Bevölkerung wirkt sich der Ärztemangel besonders verheerend aus. Gerade die psychisch Erkrankten nehmen nachweislich zu bzw. kommen früher zur Diagnostik und benötigen die entsprechende psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung.



---

**TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Betrifft: Änderungsantrag zu I - 23

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Frau Dr. Pfaffinger (Drucksache I - 23a) zum Entschließungsantrag von Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Dr. Ottmann, Herrn Dr. Römer und Herrn Dr. Lutz (Drucksache I - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der zweite Spiegelstrich soll lauten:

"die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung im ambulanten Bereich durch Lockerung der Mengenbegrenzungsregelungen für Weiterbildungspraxen,"



**TOP II      Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein  
zukunftsweisendes Konzept**

- II - 01      Palliativmedizinische Versorgung stärken
- II - 02      Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland -  
Weiterentwicklung
- II - 03      Förderung der Palliativmedizin und Versorgung chronisch Kranker
- II - 05      Ausbau palliativmedizinischer und schmerztherapeutischer  
Versorgung
- II - 07      Monitoring der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung in  
Deutschland
- II - 09      Kostenübernahme für stationäre Versorgung im Hospiz



---

**TOP II Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept**

Betrifft: Palliativmedizinische Versorgung stärken

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn Dr. Beck, Herrn Dr. Gramlich, Frau Dr. Pfaffinger und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache II - 01a), Frau Dr. Groß (Drucksachen II - 01b, II - 01c und II - 01d) sowie von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Pohl, Frau Renneberg, Herrn Wagenknecht, Herrn Prof. Dr. Schwantes, Herrn Dr. Kofler und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache II - 01e) fasst der 114. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Wir Ärztinnen und Ärzte betreuen schwerstkranke und sterbende Patienten, für die es keine Hoffnung auf Heilung mehr gibt. Wenn die kurativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, bedarf es einer angemessenen palliativmedizinischen Versorgung. Dabei gilt es, sich an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu orientieren, Leiden zu lindern sowie die bestmögliche Unterstützung zu gewährleisten. Jeder Mensch hat ein Recht auf Achtung seiner Menschenwürde bis zum Lebensende.

Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der zunehmenden Bedeutung unheilbarer Erkrankungen, der sich ändernden gesellschaftlichen Strukturen sowie der Diskussion über den Umgang mit Sterben und Tod wird die Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu einer großen Herausforderung sowohl für unser Gesundheitswesen als auch für unsere Gesellschaft. Mit der Erarbeitung und Verabschiedung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ ist ein wichtiger gesellschaftlicher Prozess angestoÙen worden.

Der 114. Deutsche Ärztetag unterstützt die Ziele der Charta, die von Vertretern von mehr als 300 Institutionen und Einrichtungen aus Politik, Gesellschaft und Gesundheitsversorgung unterzeichnet wurde (<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/charta-08-09-2010.pdf>).

In den letzten Jahren sind durch Palliativmedizin und Hospizbewegung bereits spürbare Fortschritte in der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden erzielt worden. Jedoch gibt es deutliche Hinweise aus Forschung und Praxis, dass weiterhin viele Menschen von den ambulanten und stationären palliativmedizinischen Angeboten nicht erreicht werden. Dies beruht sowohl auf der noch immer nicht vorhandenen



Flächendeckung von Einrichtungen und Diensten als auch dem nicht ausreichenden Bekanntheitsgrad palliativmedizinischer und hospizlicher Möglichkeiten. Zusätzlich hat sich gezeigt, dass für pädiatrische Palliativpatienten, bedingt durch das besondere Krankheitsspektrum, weitere Versorgungsformen geschaffen werden müssen.

Der 114. Deutsche Ärztetag sieht daher dringenden Handlungsbedarf auf verschiedenen Ebenen:

- **Ausbau ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen**

Die Mehrzahl der Schwerkranken und Sterbenden möchte in dieser Lebensphase in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben, von ihrer Familie betreut - unterstützt von Pflegediensten, Hospizdiensten und gegebenenfalls weiteren Berufsgruppen -, und von ihrem Hausarzt behandelt werden. Dies kann im Rahmen einer vernetzten ambulanten Palliativversorgung gewährleistet werden. Diese Versorgung muss flächendeckend angeboten werden.

Auch wenn durch die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) eine gute Behandlung und Pflege möglich ist, benötigt ein geringer Anteil der Betroffenen eine spezialisierte Art der Versorgung in Form der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Die SAPV ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde geregelt, dass Einzelverträge zu schließen sind. Aufgrund der schwierigen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer und aufgrund des Einzelvertragssystems ist die Umsetzung in hohem Maß defizitär.

Nach Ansicht des Deutschen Ärztetages ist der Gesetzgeber gefordert, eine qualitativ hochwertige allgemeine ambulante Palliativversorgung zu ermöglichen sowie bei der spezialisierten Versorgung auf kassenübergreifende Verträge anstelle des Wettbewerbs zu setzen oder eine integrierte palliativmedizinische Versorgung (SAPV und AAPV) in einer gemeinsamen Vertragsform zu fördern.

- **Ausbau von Lehrstühlen für Palliativmedizin an medizinischen Fakultäten**

Palliativmedizin wurde im Jahr 2009 als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in die Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) aufgenommen. Infolgedessen müssen alle universitären Einrichtungen Bedingungen schaffen, damit Palliativmedizin kompetent im Rahmen des Querschnittfachs Q 13 mit dem Ziel gelehrt und geprüft werden kann, dass zukünftig jeder Arzt mit den Grundlagen der Palliativmedizin vertraut ist. Zu den wesentlichen Aspekten des Curriculums gehören Symptomkontrolle, ethische Aspekte, kommunikative Kompetenz, reflektierte Haltung, die Arbeit im multiprofessionellen Team und in institutionellen Netzwerken.



- **Finanzielle Förderung von Wissenschaft und Forschung im Bereich der Palliativmedizin**

Eine zielgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung kann nur auf dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen. Es muss sichergestellt werden, dass neue, evidenzbasierte Erkenntnisse Einzug in die allgemeine und die spezialisierte Palliativversorgung finden. Daher sind Wissenschaft und Forschung im Bereich der Palliativmedizin auch aus öffentlichen Mitteln finanziell zu fördern.

- **Ausbau stationärer palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen**

In Ergänzung zur ambulanten Palliativversorgung und vor dem Hintergrund der Zunahme hochbetagter und multimorbider Schwerstkranker und Sterbender ist ein weiterer Ausbau stationärer palliativmedizinischer Einrichtungen unverzichtbar. Darüber hinaus bedarf es eines Angebotes von multiprofessionellen konsiliarisch tätigen Palliativteams, die im Krankenhaus die palliativmedizinische Expertise sichern.

Zukünftig gilt es, Kurzzeitpflegeplätze für Palliativpatienten unterschiedlicher Altersgruppen strukturiert und bedarfsgerecht auszubauen, um mehr Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige zu schaffen, die wiederum Menschen ein Sterben im häuslichen Umfeld ermöglichen möchten.

Die Umsetzung der palliativmedizinischen Betreuung Schwerkranker und Sterbender und ihrer Angehörigen muss zukünftig in allen Altersgruppen sektorenübergreifend an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert erfolgen. Grundlagen hierfür sind eine Intensivierung der Ausbildung, die Verbesserung der finanziellen Unterstützung der Forschung sowie die qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung, unabhängig von Wohnort, Krankenkassenzugehörigkeit oder sozialem Status. Vernetzung und multidisziplinäre Betreuung auf hohem fachlichem Niveau führen zu einem Rückgang unnötiger (stationärer) Behandlungen und optimieren die Versorgung. Wir Ärztinnen und Ärzte treten dafür ein, Schwerstkranken und Sterbenden ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen und Bestrebungen nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen eine Perspektive der Fürsorge und des menschlichen Miteinanders entgegenzusetzen.

Alle Menschen, die einer palliativen Versorgung bedürfen, müssen Zugang zu ihr erhalten und auf eine umfassende, menschenwürdige Begleitung und Betreuung vertrauen können.





---

**TOP II Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept**

Betrifft: Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland - Weiterentwicklung

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache II - 02) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Die Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase hat eine wachsende Bedeutung in unserer Gesellschaft und in der öffentlichen Diskussion. Schwerstkranke, sterbende Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf eine angemessene palliativmedizinische Versorgung. Das Bewusstsein für die Problematik wurde in den vergangenen Jahren innerhalb der Ärzteschaft geschärft. Palliativmedizin wurde im Jahre 2009 als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in die Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) aufgenommen.

Der 114. Deutsche Ärztetag setzt sich dafür ein, in Aus-, Weiter- und Fortbildung die Palliativmedizin noch stärker zu thematisieren und damit die Ärztinnen und Ärzte besser auf die Versorgungssituation vorzubereiten.

Sowohl die ambulante als auch die stationäre Betreuung und die Übergänge zwischen beiden Sektoren müssen an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert ausgebaut werden, damit alle Menschen, die eine palliativmedizinische Versorgung benötigen, Zugang dazu erhalten.



---

**TOP II Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept**

Betrifft: Förderung der Palliativmedizin und Versorgung chronisch Kranker

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Prof. Dr. Henneberg, Herrn Dr. Knoblauch zu Hatzbach und Herrn Dr. König (Drucksache II - 03) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Wir deutschen Ärzte sind betroffen über den Wandel der Diskussion im deutschen Gesundheitswesen: Medizinischer Fortschritt in der Diagnostik und verbesserte Therapiemöglichkeiten tragen dazu bei, dass die Menschen älter werden und schwere Erkrankungen auch im höheren Lebensalter behandelbar sind. Die Stärkung der Palliativmedizin erlaubt es uns Ärztinnen und Ärzten, Patienten in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Uns Ärzten und Ärztinnen ist es bewusst, dass die Langlebigkeit der Menschen den Sozialstaat vor eine Herausforderung stellt. Dennoch darf die Verknappung finanzieller Ressourcen nicht dazu führen, dass kranke Menschen sich für eine Ausweitung der Sterbehilfe entscheiden, weil sie in schwerer Situation ungenügend versorgt und allein gelassen werden.

Das Medizinstudium hat uns zur Heilung, Vorbeugung und Linderung von akuten und chronischen Krankheiten bis zu einem Sterben in Würde ausgebildet. Dies erfordert die Möglichkeit, auch bei prognostisch vorhersehbarem letztendlich tödlichen Ausgang einer Krankheit dennoch weiter tätig zu werden. Hierfür haben wir uns durch Stärkung der Palliativmedizin und der Onkologie stark gemacht, auch im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen. Wir fordern deshalb:

- Aufbau und Erhalt einer funktionsfähigen Versorgung für chronisch Kranke
  - Ausbau und Bezahlung der Delegation ärztlicher Leistungen durch unsere Medizinischen Fachangestellten
  - Abschaffung der Regressbedrohung gegen besonders engagierte Ärzte
  - Förderung der Zusammenarbeit mit Therapeuten und Apothekern
  - Ausbau der vorhandenen Hospiz- und Palliativeinheiten mit der Option der ambulanten Pflege
  - Schluss mit der Stigmatisierung von chronisch Kranken als unnütze Kostenfaktoren
  - Nicht zuletzt (erst durch die vorherigen Punkte sinnvoll): Auf- und Ausbau einer Präventivmedizin
-



**TOP II Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept**

Betrifft: Ausbau palliativmedizinischer und schmerztherapeutischer Versorgung

**Entschließung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Gudat (Drucksache II - 05) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die deutsche Ärzteschaft fordert den Ausbau der palliativmedizinischen und schmerztherapeutischen Strukturen in der ambulanten und stationären Versorgung, dazu gehören insbesondere eine angemessene Finanzierung und die sinnvolle Delegation palliativmedizinischer Aufgaben an andere medizinische Berufe unter ärztlicher Aufsicht. Sterbehilfe als Konsequenz unzureichender palliativ- und schmerztherapeutischer Versorgung ist entschieden abzulehnen.



---

**TOP II Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept**

Betrifft: Monitoring der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Pohl, Frau Renneberg, Herrn Wagenknecht, Herrn Prof. Dr. Schwantes, Herrn Dr. Kofler und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache II - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, ein Gremium mit Vertretern aller Landesärztekammern zu beauftragen, sich regelmäßig zum Stand der ambulanten Palliativmedizin auszutauschen und die flächendeckende Einführung einer ambulanten palliativmedizinischen Versorgung - auch in strukturschwachen Gebieten - zu beobachten und zu evaluieren und bis zum 115. Deutschen Ärztetag über die Ergebnisse zu berichten.

Begründung:

Ein flächendeckendes Angebot zur ambulanten palliativmedizinischen Versorgung ist noch lange nicht gewährleistet. Nach wie vor werden viele Menschen, die eine hospizliche und palliative Versorgung benötigen, nicht erreicht. Der Aufbau dieser Versorgung variiert erheblich, insbesondere die Ausdehnung von einzelnen „Leuchtturmprojekten“ in die Fläche ist mit Schwierigkeiten verbunden. Der Austausch zu der vielgestaltigen Situation der Entwicklung soll die Vertreter der Ärztekammern in die Lage versetzen, Erfolge und Fehler in anderen Regionen kritisch in die eigene Umsetzung einzubringen.

Es ist originäre Aufgabe der Bundesärztekammer, bei der Etablierung der palliativmedizinischen Versorgung zu moderieren und gestalterisch mitzuwirken.

Da die Palliativmedizin ein Querschnittsfach ist, können die bei der Bundesärztekammer bestehenden Akademien der Haus- und Fachärzte nur jeweils einen Teil dieser Aufgabe wahrnehmen.



---

**TOP II Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept**

Betrifft: Kostenübernahme für stationäre Versorgung im Hospiz

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Taube (Drucksache II - 09) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Kostenträger werden aufgefordert, Anträge zur Bewilligung von Ansprüchen von Zuschüssen zur stationären Versorgung in Hospizen nach § 39a SGB V unverzüglich zu bearbeiten und zu bescheiden. Dies gewährleistet bei entsprechenden Krankheitsbildern die adäquate zeitnahe palliativmedizinische Betreuung dieser Patienten.

Begründung:

Die bisherige Praxis bei der Bewilligung entsprechender Zuschüsse durch die Kostenträger verzögert häufig eine sofortige Übernahme von Patienten in ein stationäres Hospiz.



**TOP III      Novellierung einzelner Bestimmungen der  
(Muster-)Berufsordnung (Präambel, §§ 2 II, III, V und VII, 6  
bis 8, 12 IV, 15, 16, 18 I, IIa und III, 20 II, 23c, 26, 27 III, IV,  
28 bis einschl. Kapitel D)**

- III - 01-27      Änderungsantrag zu III-01 - § 2 Abs. 1
- III - 01      Änderung der (Muster-)Berufsordnung
- III - 02      (Neu-)Definition des Begriffs "Gesundheit" in der Berufsordnung
- III - 05      Schweigepflicht nach § 9 (Muster-)Berufsordnung der  
MBO-Novelle



**TOP III Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung  
(Präambel, §§ 2 II, III, V und VII, 6 bis 8, 12 IV, 15, 16, 18 I, IIa und III, 20 II,  
23c, 26, 27 III, IV, 28 bis einschl. Kapitel D)**

Betrifft: Änderungsantrag zu III-01 - § 2 Abs. 1

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Frau Dr. Johna (Drucksache III - 01-27) zum Beschlussantrag des Vorstandes (Drucksache III - 01) wird zur weiteren Beratung in zweiter Lesung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der Nummer 2 soll unter Buchstabe a) die als Satz 2 für § 2 Abs. 2 vorgesehene Formulierung ersatzlos gestrichen werden.

Das heißt, gestrichen werden soll der Satz:

"Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen."



---

**TOP III Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung (Präambel, §§ 2 II, III, V und VII, 6 bis 8, 12 IV, 15, 16, 18 I, IIa und III, 20 II, 23c, 26, 27 III, IV, 28 bis einschl. Kapitel D)**

Betrifft: Änderung der (Muster-)Berufsordnung

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) unter Berücksichtigung der Anträge von Frau Dr. Groß (Drucksache III - 01-01), Herrn Prof. Dr. Bertram und Herrn Dr. Albring (Drucksache III - 01-08), Frau Bartels, Herrn Dietrich, Frau Dr. Blessing, Herrn Dr. Roy, Frau Dr. Lundershausen und Frau PD Dr. Jung (Drucksache III - 01-17), Herrn Dietrich, Frau Bartels und Frau Dr. Blessing (Drucksache III - 01-18) und Herrn Zimmer (Drucksache III - 01-23) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Die (Muster-)Berufsordnung (MBO) für die deutschen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, zuletzt geändert durch Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 24.11.2006 (§ 18 Abs. 1), wird geändert.

Begründung:

Mit Beschlüssen vom 30. März 2007 und vom 25. April 2008 hat der Vorstand der Bundesärztekammer nach vorangegangener Diskussion über eine vollständige Novellierung bzw. Deregulierung der (Muster-)Berufsordnung entschieden, dass eine Überprüfung der geltenden Fassung der (Muster-)Berufsordnung erfolgen sollte. Sie sollte sich jedoch auf Änderungen beschränken, die angesichts aktueller Entwicklungen in Rechtsprechung und Gesetzgebung (Patientenverfügung, Patientenrechtegesetz) oder andauernder öffentlicher Diskussionen (ärztliche Sterbebegleitung) oder aus sonstigen Gründen als notwendig oder sinnvoll erweisen.

Die vorliegenden Novellierungsvorschläge sind das Ergebnis dieser Überprüfung und nachfolgender Diskussionen über geeignete Änderungen. In den Beratungsprozess sind neben dem Vorstand und den Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer auch die Rechtsberater der Ärztekammern und der Bundesärztekammer sowie in Form eines Stellungnahmeverfahrens die Ärztekammern unmittelbar einbezogen und deren Anregungen nach Möglichkeit berücksichtigt worden, sodass in vielen Fällen von einem Konsens, zumindest jedoch von überwiegender Zustimmung betreffend Ausmaß und Inhalt der vorliegenden Novellierungsvorschläge ausgegangen werden kann.

---





Zur Begründung der Novellierungsvorschläge im Einzelnen sei auf die Ausführungen in der Spalte „Erläuterungen“ der als Anlage 2 beigefügten Synopse verwiesen. Diese Erläuterungen sollen aufgrund entsprechender Willensbildung des Vorstands der Bundesärztekammer in Zusammenhang mit der notwendigen Veröffentlichung der Normtexte veröffentlicht werden, ohne dass es dazu eines förmlichen Beschlusses des Deutschen Ärztetages bedarf. Diese Veröffentlichung soll jedem, der die (Muster-)Berufsordnung in seiner beruflichen Praxis zu berücksichtigen hat, eine rasche Hilfe zum Verständnis und zur Anwendung der Änderungen bieten. Eventuelle weiter gehende „Hinweise und Erläuterungen“, wie sie die Bundesärztekammer bisher zu ausgewählten Abschnitten der (Muster-)Berufsordnung veröffentlicht hat, oder eine Aktualisierung der bereits veröffentlichten „Hinweise und Erläuterungen“ werden dadurch nicht ausgeschlossen.



---

**TOP III Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung (Präambel, §§ 2 II, III, V und VII, 6 bis 8, 12 IV, 15, 16, 18 I, IIa und III, 20 II, 23c, 26, 27 III, IV, 28 bis einschl. Kapitel D)**

Betrifft: (Neu-)Definition des Begriffs "Gesundheit" in der Berufsordnung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache III - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, den Begriff „Gesundheit“ im § 1 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) durch eine zeitgemäße und für die Gesundheitsversorgung akzeptable Definition zu konkretisieren.

Begründung:

Die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ sind sozialrechtlich wie auch philosophisch und ethisch gar nicht oder auf vielfältigste Weise definiert. Gleichzeitig bezieht sich die Sozialgesetzgebung auf diese Begriffe. So werden immer mehr Zustände, die nicht einer aktuellen Norm entsprechen, als Krankheit definiert und eine Behandlungspflicht im Sozialrecht induziert. Aber nicht jeder Mensch mit einer Krankheit ist behandlungspflichtig oder fühlt sich nicht gesund.

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist im Sinne des SGB V nicht verwendbar und widerspricht auch der allgemeinen Logik medizinischer Versorgung. Diese WHO-Definition ist einseitig, da sie die Ressourcen des Einzelnen nicht berücksichtigt und ganzen Gruppen von Menschen von vornherein das Erlangen von Gesundheit abspricht und unmöglich macht. Das WHO-Ziel kann von niemandem dauerhaft erreicht werden. Damit ist per se jeder ein behandlungspflichtiger Patient. Gesundheit ist damit unerreichbar, die Versorgung unbezahlbar. Gleichwohl hat der Patient in Deutschland das Recht auf Gesundheit.



---

**TOP III Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung (Präambel, §§ 2 II, III, V und VII, 6 bis 8, 12 IV, 15, 16, 18 I, IIa und III, 20 II, 23c, 26, 27 III, IV, 28 bis einschl. Kapitel D)**

Betrifft: Schweigepflicht nach § 9 (Muster-)Berufsordnung der MBO-Novelle

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dietrich, Frau Dr. Blessing und Frau Bartels (Drucksache III - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Unter § 9 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) wird als neuer Absatz 5 hinzugefügt:

"Der Arzt darf nicht am Aufbau elektronischer Patientendatenbanken mitwirken, die das Recht des Patienten auf Schutz seiner Intimsphäre, die Sicherheit und den Schutz des Privatlebens gefährden oder schmälern. Jede Patientendatenbank muss einem Arzt unterstellt sein, der namentlich benannt ist."

Begründung:

Dieser Inhalt ist Bestandteil der Europäischen Berufsordnung der Ärzte, die von der Bundesärztekammer unterzeichnet wurde. Die Bundesärztekammer hat sich als Mitglied der „Internationalen Konferenz der Ärztekammern“ verpflichtet, auf die Umsetzung der Inhalte der Europäischen Berufsordnung in die einzelstaatliche Berufsordnung hinzuwirken.



**TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

*MWBO/Weiterbildung allgemein*  
*Zusatz-Weiterbildung*  
*Quereinstieg Allgemeinmedizin*  
*Evaluation der Weiterbildung*



## TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht

### *MWBO/Weiterbildung allgemein*

- IV - 04 Empfehlungen für die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen
- IV - 07 Uneingeschränkte Anerkennung positiver Entscheidungen der Landesärztekammern untereinander
- IV - 10 Weiterbildung ohne Eigenbeteiligung in der regelmäßigen Arbeitszeit
- IV - 12 Fachbereichsgrenzen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- IV - 13 Zusatz-Weiterbildung als berufsbegleitendes Modul



---

## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Empfehlungen für die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn PD Dr. Dr. Preclik und Herrn Hesse (Drucksache IV - 04) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Herrmann (Drucksache IV - 04a) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern der Länder grundsätzliche Empfehlungen für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis und für die Durchführung der Weiterbildung in Praxis und Klinik zu erarbeiten.

Diese sollen der Qualitätssicherung und insbesondere der Chancengleichheit in der ärztlichen Weiterbildung in den einzelnen Kammern dienen, entsprechend den einheitlichen Vorgaben in der Weiterbildungsordnung.

#### Begründung:

Im Gegensatz zu der einheitlich angewendeten Weiterbildungsordnung sind die Kriterien, nach denen die Befugnis zur Weiterbildung beurteilt und vergeben wird, nicht transparent und in den Ländern erheblich different. Dies bedingt erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Organisation und der Durchführung der Weiterbildung. Hier können grundsätzliche Empfehlungen die Bedingungen vereinheitlichen, damit die Qualität für die Weiterbildung verbessern und eine Chancengleichheit für die Weiterzubildenden sicherstellen.



---

## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Uneingeschränkte Anerkennung positiver Entscheidungen der Landesärztekammern untereinander

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache IV - 07) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern auf, in ihren Weiterbildungsordnungen folgenden Passus aufzunehmen:

„Positive Entscheidungen über die Genehmigung und Anerkennung von Weiterbildungsabschnitten einer anderen deutschen Landesärztekammer werden ohne Einschränkung anerkannt.“

#### Begründung:

Die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern sehen auch aufgrund der verfassungsrechtlich zugesicherten Berufsausübungsfreiheit vor, dass einmal erlangte Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen – unabhängig davon, bei welcher Landesärztekammer erworben – anerkannt und im betreffenden Kammerbezirk geführt werden dürfen. Dabei ist es unerheblich, ob die Kriterien zur Erlangung dieser Bezeichnung mit den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung der Kammer, in deren Zuständigkeitsbereich die Bezeichnung geführt werden darf, übereinstimmen.

Gleichwohl unterscheiden sich die Anforderungen (z. B. Mindestzeiträume, Mindeststundenzahl bei Teilzeittätigkeiten, Richtzahlen), die an die Erlangung einer Bezeichnung gestellt werden, von Kammer zu Kammer, sodass es bei einem Wechsel des Kammerbezirks während der Weiterbildung zu Anerkennungsproblemen kommen kann. Für die sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies nicht nur Planungsunsicherheit, sondern auch eine Einschränkung ihrer ärztlichen Berufsausübungsfreiheit, die weder nachvollziehbar noch angemessen ist.



---

## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Weiterbildung ohne Eigenbeteiligung in der regelmäßigen Arbeitszeit

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Herrn Hesse, Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Henke, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 10) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Weiterbildung ist so angelegt, dass die Weiterbildungsinhalte durch Weiterbildungsbefugte in anerkannten Weiterbildungsstätten vermittelt werden.

Insofern entsprechen Tendenzen, Weiterbildung in Kurse zu verlagern, die in der Freizeit der Ärztin bzw. des Arztes in der Weiterbildung zu absolvieren oder selbst zu finanzieren sind, nicht der Intention der Weiterbildungsordnung.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern und die Fachgesellschaften auf, Gestaltung und Umsetzung der Weiterbildungsordnung so anzulegen, dass solche Fehlentwicklungen abgestellt bzw. künftig vermieden werden.

Die Weiterbildungsbefugten werden aufgefordert, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die durch sie zu vermittelnden Weiterbildungsinhalte innerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit erlangt werden können.





---

## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Fachgebietsgrenzen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Schulte und Herrn Dr. Gehle (Drucksache IV - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zeitnah einen Regelungsvorschlag zur Überarbeitung der Heilberufe- und Kammergesetze vorzubereiten, der sicherstellt, dass im Berufsrecht Regelungen getroffen werden können, welche die Ausübung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten vom Innehaben eines Nachweises eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, d. h. insbesondere von der Anerkennung einer Facharztkompetenz oder Zusatz-Weiterbildung abhängig macht.

#### Begründung:

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BverfG) vom 1. Februar 2011 (1 BvR 2383/10), wonach beispielsweise Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie bis zu fünf Prozent ihrer Tätigkeit Brust-, Hand- oder Fußoperationen oder Herzkatheteruntersuchungen durchführen können, konterkariert die Qualitätsbemühungen der Ärzteschaft und der anderen Akteure im Gesundheitswesen.

Eine vorläufige Analyse des Beschlusses zeigt, dass das BverfG die Regelung zu den Fachgebietsgrenzen in den Heilberufe- und Kammergesetzen auf zwei Ziele zurückführt: Zum einen soll sie dem Facharzt eine wirtschaftliche Existenz sichern, die nicht durch erhebliche „Übergriffe“ von Fachärzten anderer Gebiete geschmälert wird.

Zum anderen stellt sie sicher, dass sich Ärzte in ihrem Gebiet hinreichend fortbilden und daher auf dem aktuellen Stand halten können. Bisher wurde die Regelung auch als eine Vorschrift verstanden, den Patienten vor unqualifizierter ärztlicher Tätigkeit zu schützen. Diesem Schutzziel misst das Gericht nach neuer Auslegung offensichtlich keine Bedeutung zu.

Da der Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen im Berufsausübungsrecht selbst zu treffen hat, ist es der Ärzteschaft zurzeit nicht möglich, den Patientenschutz durch Änderungen in der Berufs- oder der Weiterbildungsordnung wiederherzustellen. Es ist



daher am Gesetzgeber, durch Ergänzungen in den Heilberufe- und Kammergesetzen klarzustellen, dass das Medizinstudium lediglich Grundkenntnisse vermittelt, welche den Arzt befähigen, sich zu spezialisieren und dann komplexe oder gefahrenträchtige ärztliche Tätigkeiten eigenständig durchzuführen.

Es kann nicht angehen, dass derjenige, der eine verkehrsmedizinische Begutachtung durchführt, dazu nach der Fahrerlaubnisordnung einer besonderen verkehrsmedizinischen Qualifikation bedarf, oder aber wer eine radiologische Diagnostik durchführt, dafür Vorschriften der Röntgenverordnung zu beachten hat, hingegen jeder Arzt ohne nachgewiesene Qualifikation gefährliche schönheitschirurgische Eingriffe durchführen darf.



## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Zusatz-Weiterbildung als berufsbegleitendes Modul

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Müller, Herrn Dr. Kaplan und Frau Dr. Lux (Drucksache IV - 13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag empfiehlt, die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) dahingehend zu ändern, dass neben anderen Qualifikationen auch einzelne, konkret zu benennende Zusatz-Weiterbildungen im Sinne eines Moduls, nach Beendigung einer Gebietsweiterbildung, berufsbegleitend absolviert werden können.

#### Begründung:

In praxi ist für einige Zusatzbezeichnungen der in der MWBO geforderte Status einer „hauptamtlichen und ganztägigen“ Weiterbildung nicht gegeben. Als Beispiel sei die „Hämostaseologie“ genannt, bei der es nur wenige Weiterbildungsstellen gibt, in denen ein Jahr ganztägig und hauptamtlich nur einer hämostaseologischen Tätigkeit nachgegangen wird. In aller Regel geschieht dies im Rahmen einer Tätigkeit als Hämatologe oder Transfusionsmediziner. Es gibt zahlreiche weitere Beispiele; es gilt, diese zu identifizieren und die MWBO in diesen Fällen der Realität anzupassen.

---



**TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

*Zusatz-Weiterbildung*

- IV - 02 Erwerb der Bezeichnung Kur- bzw. Badearzt
- IV - 05 Balint-Gruppen-Teilnahme, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, fachgebunden
- IV - 14 Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin für Arbeitsmediziner und Öffentliches Gesundheitswesen
- IV - 15 Änderung zur (Muster-)Weiterbildungsordnung - Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie
- IV - 17 Einführung von Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin und Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik in der Radiologie



---

**TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Erwerb der Bezeichnung Kur- bzw. Badearzt

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Schulze, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Voigt und Herrn Dr. Römer (Drucksache IV - 02) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt den Landesärztekammern, analog zu beispielhaften Regelungen in Bayern und Niedersachsen, den Erwerb der Bezeichnung „Kur- bzw. Badearzt“ für diejenigen Ärztinnen und Ärzte zu ermöglichen, welche den 240-Stunden-Kurs für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie und Balneologie“ absolviert haben. Mit der Beschränkung auf die Kurs-Weiterbildung und in Anlehnung an die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie und Balneologie kann der Erwerb der Bezeichnung „Kur- bzw. Badearzt“ auch berufsbegleitend erfolgen und geführt werden.



---

## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Balint-Gruppen-Teilnahme, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, fachgebunden

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn MR Dr. Scheerer (Drucksache IV - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer für die Zusatzbezeichnung Psychotherapie fachbezogen vorgesehenen 15 Doppelstunden sollen auf 35 Doppelstunden Balint-Gruppe/interaktionelle Fallarbeit (IFA) erhöht werden.

#### Begründung:

Die Balint-Gruppenarbeit für psychodynamische Psychotherapie bzw. die interaktionelle Fallarbeit für ärztliche Verhaltenstherapie ist ein wesentlicher Bestandteil der patientenbezogenen Selbsterfahrung, wobei nur 15 Doppelstunden den Weiterbildungsanforderungen nicht ausreichend gerecht werden. 35 Doppelstunden - wie im Curriculum für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie angesetzt - sind daher unbedingt erforderlich. Leider erfolgten zu diesen Entscheidungen zur letzten MWBO der Bundesärztekammer keine Kontakte und Diskussionen mit den für dieses Thema anzusprechenden wissenschaftlichen Gesellschaften (Deutsche Balint-Gesellschaft, Gesellschaft für ärztliche Verhaltenstherapie).



---

## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin für Arbeitsmediziner und Öffentliches Gesundheitswesen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Gerecke und Herrn MR Dr. Groß (Drucksache IV - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin soll auch für Fachärztinnen/-ärzte für Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen möglich sein.

#### Begründung:

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) definiert im § 2a Abs. 7 die Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung. Nicht enthalten sind hier die Fachgebiete Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen. Der Vorschlag der MWBO sieht vor, für die Zusatzbezeichnung Sportmedizin die "Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung" vorauszusetzen. Gerade das Fachgebiet Arbeitsmedizin hat mit seinem präventiven Auftrag der Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz das Ziel, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Dazu gehören auch die Förderung der Bewegung und sportlicher Aktivitäten. Eine Weiterqualifikation dieser Berufsgruppe ist sinnvoll und muss auch weiterhin möglich sein. Wir fordern daher, dass der Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin an die Voraussetzung "Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder Arbeitsmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen" gebunden ist.



---

## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Änderung zur (Muster-)Weiterbildungsordnung - Zusatz-Weiterbildung  
Medikamentöse Tumortherapie

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Handrock, Frau Dr. Keller, Herrn Dr. Albring, Herrn Dr. König, Herrn Dr. Müller und Herrn Dr. Ottmann (Drucksache IV - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie soll als integraler Bestandteil in das Fachgebiet der Urologie und Gynäkologie 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 Tumortherapie einschließlich der medikamentösen Tumortherapie als integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung ...

#### Begründung:

Das oben genannte Beispiel wurde im April 2010 erfolgreich in der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Berlin eingeführt.

Die Weiterbildungszeiten werden durch die bestehende (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) unnötig und unwirtschaftlich verlängert, wenn dieser Kernbereich in den Fächern fehlt.

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

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





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

Entsprechende Ausbildungsinhalte können problemlos im Sinne einer modularen Ausbildung bei befugten niedergelassenen Fachärzten erworben werden.



---

## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Einführung von Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin und Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik in der Radiologie

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Kaiser, Herrn Zimmer, Herrn Prof. Dr. Griebenow und Frau Dr. Mitrenga-Theusinger (Drucksache IV - 17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Einführung einer Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin sowie einer Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizin in der Röntgendiagnostik.

#### Begründung:

Die technologische und wissenschaftliche Weiterentwicklung der bildgebenden Diagnostik ermöglicht den Einsatz von Hybridgeräten, so beispielhaft von SPECT/CT und PET/CT. Für die Durchführung und Auswertung sind Erfahrungen und Kenntnisse sowohl in der Nuklearmedizin als auch in der Radiologie notwendig.

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 umfangreiche Vorkenntnisse in den jeweiligen Gebieten voraussetzen, eignen sie sich nicht für eine Basisweiterbildung, die am Anfang der Weiterbildung stünde.



**TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

*Quereinstieg Allgemeinmedizin*

- IV - 01 Quereinstieg in die Allgemeinmedizin
- IV - 03 Quereinstieg in die Allgemeinmedizin - Anerkennung stationärer Weiterbildungszeiten
- IV - 09 Ausrichtung der MWBO an den tatsächlichen Erfordernissen und Inhalten des Fachgebietes Allgemeinmedizin



---

**TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Quereinstieg in die Allgemeinmedizin

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Lux (Drucksache IV - 01) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin sollte zeitlich begrenzt werden. Er sollte ausschließlich dazu dienen, den akuten Mangel zu beheben und nicht dazu führen, eine Allgemeinmedizin "light" auf Dauer zu etablieren.



---

**TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Quereinstieg in die Allgemeinmedizin - Anerkennung stationärer Weiterbildungszeiten

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 03) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Durch die Anerkennung von stationären Weiterbildungszeiten in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung (etwa entsprechend den Mindestweiterbildungszeiten für eine Facharztqualifikation) soll ein Quereinstieg in die Weiterbildung Allgemeinmedizin erleichtert werden. Die notwendige Mindestweiterbildungszeit von 24 Monaten in der ambulanten hausärztlichen Versorgung muss dabei bestehen bleiben. Es geht darum, für Quereinsteiger die schon vorhandene stationäre Erfahrung zu nutzen. Die zu erwerbenden Inhalte bleiben ebenfalls unangetastet und selbstverständlich gleich, unabhängig von dem Einstieg in die strukturierte Weiterbildung zur Allgemeinmedizin.



---

## **TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Ausrichtung der MWBO an den tatsächlichen Erfordernissen und Inhalten des Fachgebietes Allgemeinmedizin

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 09) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Der 114. Deutsche Ärztetag begrüßt die Bemühungen der Fachverbände für Allgemeinmedizin um den sogenannten Quereinstieg in die Allgemeinmedizin.

Gründe hierfür sind nicht nur, dass auch heute noch 40 Prozent und mehr der niedergelassenen Allgemeinmediziner einen untypischen Weg der Weiterbildung wählen, sondern dass gerade das gute Querschnittswissen aus vielen Bereichen der Fächer der unmittelbaren Patientenversorgung ein besonderes Kennzeichen der Allgemeinmedizin ist.

Ziel ist es auch, die Flexibilität der Weiterbildungsordnung zu erhöhen und vor allem der Tatsache Rechnung zu tragen, dass aufgrund der jetzigen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) die durchschnittliche Dauer der tatsächlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin über acht Jahre beträgt.

Hierbei sollte die Qualität des Facharztes für Allgemeinmedizin und das gewonnene Ansehen des Fachgebietes gestärkt werden, indem die Ausrichtung der MWBO an den tatsächlich Erfordernissen und Inhalten des Fachgebietes erfolgt.



# 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

## TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht

*Evaluation der Weiterbildung*

IV - 08 Beteiligung an der Evaluation der Weiterbildung



---

**TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht**

Betrifft: Beteiligung an der Evaluation der Weiterbildung

**Entschließung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 08) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert alle Kollegen in Weiterbildung auf, sich an der laufenden Evaluation der Weiterbildung zu beteiligen.

Eine Verbesserung der Weiterbildung ist nur mit hoher Beteiligung möglich und daher Pflicht jeder Ärztin und jedes Arztes.





**TOP V      Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der  
Deutschen Ärztetage**

V - 01      Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen  
Ärztetage



---

## **TOP V Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage**

Betrifft: Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 01) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

§ 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 angefügt:

„Anträge, die vor Beginn des Deutschen Ärztetages eingebracht werden, bedürfen nicht der Unterstützung von zehn stimmberechtigten Abgeordneten, wenn sie von sämtlichen stimmberechtigten Abgeordneten einer Landesärztekammer, für die nach § 4 Abs. 3 der Satzung der Bundesärztekammer weniger als zehn Stimmen festgestellt worden sind, und deren Präsidenten oder Präsidentin unterstützt werden.“

2. Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden Sätze 3 und 4.

### Begründung:

1. § 11 Abs. 1 Geschäftsordnung lautet wie folgt:

„(1) 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.“

2. Der 113. Deutsche Ärztetag 2010 hat einen Beschlussantrag (Drucksache V - 21) zur Änderung von § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung zur weiteren Beratung an den Vorstand überwiesen. Der Antrag ist darauf gerichtet, dass für vor Beginn des Deutschen Ärztetages eingehende Anträge zehn Unterstützerunterschriften nicht erforderlich sind, wenn sie mit der Unterschrift aller Abgeordneten einer Landesärztekammer und deren Präsidenten eingebracht worden sind, da Landesärztekammern mit weniger als zehn Abgeordneten andernfalls keine Möglichkeit hätten, bereits aus dem Kreis der eigenen Delegierten heraus Anträge
-



vorzulegen.

3. Der Vorstand der Bundesärztekammer befürwortet für bereits vor Beginn des Ärztetages gestellte Anträge eine Absenkung der Anzahl der Unterstützerunterschriften. Allerdings genügt es im Hinblick auf die vorgebrachte Problematik, wonach Landesärztekammern, die mit weniger als zehn Abgeordneten im Deutschen Ärztetag vertreten sind, andernfalls ihre Anträge erst während des Deutschen Ärztetages mit Unterschriften auffüllen könnten, dass die Privilegierung auf diese Landesärztekammern beschränkt wird, da Landesärztekammern mit mehr als zehn Abgeordneten die Möglichkeit haben, die Unterstützungsnotwendigkeit mit zehn Delegierten auch kammer-spezifisch zu erfüllen.



**TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Versorgungsforschung  
Prävention, Rehabilitation  
Qualitätssicherung  
Gesundheitsberufe  
Menschenrechte  
Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung  
Vertragsärztlicher Bereich/SGB-V  
Ausbildung  
Gesundheitspolitik/Bürokratieabbau  
Arbeitszeit  
Ethik  
Weiterbildung/Fortbildung  
Krankenhaus  
Vergütung  
Datenschutz/Ärztliche Schweigepflicht  
Telematik  
Arzneimittel/Betäubungsmittel  
Kindergesundheit  
Weitere Themen*



# 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

## TOP VI      **Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Versorgungsforschung*

VI - 01      Versteigerung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Verstetigung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 01) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Der 113. Deutsche Ärztetag hatte sich aufgrund der positiven Förderbilanz für eine Fortsetzung der Bemühungen um eigene Beiträge der Ärzteschaft zur Versorgungsforschung ausgesprochen und eine im Lichte der bisherigen Erfahrungen angepasste Fortsetzung der Förderinitiative befürwortet (vgl. Beschluss DS II-01).

Die positive Einschätzung zum Erfolg der Förderinitiative zur Versorgungsforschung wird mit der aktuellen Berichterstattung und angesichts der umfangreichen Veröffentlichungen zu den insgesamt mehr als 50 Projekten, die die Projektdokumentation im Einzelnen ausweist, eindrucksvoll bestätigt (vgl. Dokumentationsband zu den Projekten aus den Förderjahren 2006/07 bis 2010/11).

Dies betrifft auch die Erfüllung des vom letzten Deutschen Ärztetag beschlossenen Auftrags, eine Konzeption zur Fortentwicklung der Förderinitiative einschließlich eines Finanzierungsrahmens zu erstellen.

Wie in der *Konzeption für eine Fortentwicklung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer* (vgl. Anlage VI - 01) erläutert, ist der Nutzen der Förderinitiative besonders augenfällig mit den themenspezifischen Expertisen sowie den Symposien bzw. der damit korrespondierenden Veröffentlichungsreihe „Report Versorgungsforschung“ zum Tragen gekommen. Diese zeichnen sich durch eine geeignete Breite der Fragestellungen, die Relevanz für größere Fachkreise haben, sowie durch die Verdichtung relevanter Themenkomplexe auf Erträge der Versorgungsforschung (Themenkondensate) aus. Daher sind zukünftige Fokussierungen auf die Vergabe ausgewählter Expertisenaufträge sowie auf die Durchführung von Symposien zu spezifischen Themen der Versorgungsforschung mit begleitender Veröffentlichung weiterer Bände des Reports Versorgungsforschung sehr zu begrüßen.

Der 114. Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, die vorgelegte Konzeption für eine Fortentwicklung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer zu realisieren und sie zukünftig unter dem Titel „Initiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung“ vorbehaltlich der Billigung der Haushaltsaufstellung zu verstetigen.



## TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Prävention, Rehabilitation*

- VI - 02 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern – ärztliche Kompetenzen nutzen
- VI - 06 Verhaltensbezogene Präventionsleistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V sinnvoll gestalten, Ärzte strukturell einbinden
- VI - 07 Stärkung des Arztes in der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Suchterkrankungen
- VI - 13 Sicherung der Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch ausreichende Finanzierung
- VI - 14 Stärkere Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Patientinnen und Patienten bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen
- VI - 66 Prävention
- VI - 68 Tertiärprävention
- VI - 96 Neue Vorsorgeuntersuchungen - Novellierung des § 26 SGB V
- VI - 97 Prävention - Verhinderung des plötzlichen Kindstods (SIDS = Sudden Infant Death Syndrome)
- VI - 107 Präventionsforschung zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern – ärztliche Kompetenzen nutzen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 02) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn Dr. Bolay, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Peters, Herrn Dr. Zimmermann, Herrn PD Dr. Benninger und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache VI - 02a) und Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache VI - 02b) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die vom Robert Koch-Institut von 2003 bis 2006 an über 17.000 Kindern im gesamten Bundesgebiet durchgeführte KiGGS-Studie (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey) hat aufgezeigt, wie es in Deutschland um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen steht und in welchen Bereichen es weiteren Handlungsbedarf gibt.

Anlass zur Sorge bereitet die Tatsache, dass 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig, 6,3 Prozent sogar adipös sind, während 21,9 Prozent ein auffälliges Essverhalten zeigen. Darüber hinaus sind bei 7,2 Prozent psychische Auffälligkeiten feststellbar und bei einem vergleichbar großen Anteil gibt es darauf deutliche Hinweise. Für fast alle gesundheitlichen Belastungen zeigt sich ein starker Zusammenhang zur sozialen Schichtzugehörigkeit.

Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen kann jedoch über eine frühe Erkennung belastender Faktoren sowie Interventionen auf medizinischer, familiärer und gesellschaftlicher Ebene positiv beeinflusst werden.

Der 114. Deutsche Ärztetag spricht sich deshalb dafür aus,

- die Kompetenz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zu nutzen und ihn bei der Erfüllung seiner Aufgaben im Rahmen der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu unterstützen und zu stärken.
  - § 26 SGB V und die dazugehörigen Richtlinien des G-BA dahingehend zu novellieren, dass die Früherkennung von Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung, insbesondere in den Bereichen Ernährung, Bewegung, psychische Belastungen und Unfallrisiken, die Aufklärung und Beratung der Erziehungsberechtigten sowie die Weitervermittlung in geeignete Angebote zur Gesundheitsförderung integrale Bestandteile der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden
  - die § 20-Angebote des SGB V für Kinder und Jugendliche enger an die
-





---

Früherkennungsuntersuchungen zu koppeln und die mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befassten Ärztinnen und Ärzte stärker in die Gestaltung lebensweltbezogener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, insbesondere in Kindertagesstätten und Schulen, einzubeziehen. Beispielhaft sind bereits erfolgreich bestehende Programme wie „Gesund macht Schule“, „MediPäds“ oder „Fit für Pisa“ zu nennen

- die bestehenden Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge bei Kindern und Jugendlichen stärker begleitend zu evaluieren und die Faktoren einer gesunden Kindesentwicklung systematisch zu erforschen. Um der wachsenden Bedeutung primärpräventiver Vorsorgekonzepte für das Kindesalter gerade im Hinblick auf die Verhütung chronischer Krankheiten des Erwachsenenalters gerecht zu werden, bedarf es öffentlicher Forschungsprogramme
- dass die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch eine entwicklungsgerechte Gestaltung kindlicher und jugendlicher Lebensräume gefördert wird, insbesondere durch eine entsprechende Gestaltung von Kindergärten, Schulen und Wohnumfeld. Gesundheitserziehung muss integraler Bestandteil der Bildung werden. Vor allem alleinerziehende und gering verdienende Erziehungsberechtigte müssen durch den Aufbau geeigneter Betreuungsangebote und niedrigschwelliger Zugangsmöglichkeiten stärker bei der Kindererziehung entlastet werden

Für viele der genannten Bereiche liegen bereits funktionierende Modellprojekte und Initiativen vor, die lediglich verstetigt und flächendeckend ausgebaut werden müssen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Verhaltensbezogene Präventionsleistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V sinnvoll gestalten, Ärzte strukturell einbinden

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 06) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

§ 20 SGB V bestimmt, dass die gesetzlichen Krankenkassen pro Versicherten und Jahr 2,82 Euro (Stand: 2009) für Leistungen zur primären Prävention bereitstellen. Dadurch soll „der allgemeine Gesundheitszustand verbessert und insbesondere ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ erbracht werden.

Die bisherigen Evaluationsdaten des GKV-Spitzenverbandes belegen jedoch, dass mit den bestehenden verhaltensbezogenen Angeboten der Krankenkassen die eigentlichen Zielgruppen kaum erreicht werden. Somit dienen viele Angebote eher Marketing- als Präventionszwecken.

Es ist deshalb sicherzustellen, dass grundsätzlich sinnvolle Angebote zur Gesundheitsförderung und primären Prävention zukünftig zielgruppengerecht und qualitätsgesichert durchgeführt werden.

Deshalb fordert der 114. Deutsche Ärztetag eine Novellierung des § 20 SGB V, damit zukünftig

- eine qualifizierte Steuerung der Teilnahme an den verhaltensbezogenen § 20-Maßnahmen der Kassen durch den Arzt ermöglicht wird,
- niedergelassene Ärzte sowie Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) stärker in die auf die Lebenswelt bezogenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V einbezogen werden,
- die Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung an der Festlegung prioritärer Handlungsfelder und der Kriterien für Leistungen nach § 20 SGB V mitwirken,
- die Maßnahmen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung auf der Grundlage von § 20 a+b SGB V auf der Basis betrieblicher Gefahrenanalysen und unter Einbeziehung der Betriebsärzte durchgeführt werden,
- die Maßnahmen nach §§ 20 ff SGB V in eine gesundheitsbezogene Erfolgskontrolle eingebunden sind.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Stärkung des Arztes in der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Suchterkrankungen

### **Entschließung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 07) fasst der 114. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der niedergelassene Arzt nimmt eine Schlüsselstellung für die gesundheitliche Beratung des Patienten und die Früherkennung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen ein. Das bestehende kassenärztliche Honorarsystem bietet bislang jedoch keine bzw. nur unzureichende Anreize, damit der Arzt diese bevölkerungsmedizinisch relevante Rolle wahrnehmen kann.

Der 114. Deutsche Ärztetag spricht sich daher dafür aus, dass ärztliche Beratungsleistungen zur Aufklärung über Krankheitsrisiken und zur Gesundheitsförderung, Leistungen zur Frühintervention bei Patienten mit riskantem Suchtmittelkonsum sowie zur begleitenden Betreuung und Nachsorge Suchtkranker als Einzelleistungen außerhalb der hausärztlichen Versichertenpauschale und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden.

#### Begründung:

In Anbetracht demografischer Veränderungen und Änderungen des Krankheitsspektrums ist die wachsende Bedeutung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention inzwischen unbestritten. Der Arzt ist für die gesundheitliche Beratung und Begleitung des Patienten zentraler Ansprechpartner. Zudem hat er den besten Zugang zu den gesundheitlich besonders belasteten unteren Sozialschichten. Darüber hinaus kann er durch eine frühe Ansprache Patienten mit riskantem Suchtmittelkonsum zu einer Behandlung motivieren und sie begleitend betreuen. Hierdurch können für das Sozialversicherungssystem hohe Folgekosten eingespart werden.

Der bisherige Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler hat wiederholt die Bedeutung des Arztes in der Prävention unterstrichen und eine Honorarreform zur Stärkung der sprechenden Medizin und der Prävention als erforderlich erachtet (siehe z. B. dpa-Interview vom 31.10.2010, Pressemitteilung vom 27.08.2010). Dies gilt es nun in die Tat umzusetzen.

Seitens der Ärztekammern sind in den letzten Jahren Curricula und

---



Fortbildungsmaßnahmen erstellt worden, die die ärztliche Qualifikation in den genannten Aufgabenfeldern sicherstellen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Sicherung der Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch ausreichende Finanzierung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 13) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesländer nachdrücklich auf, die Arbeitsfähigkeit und damit die Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) durch dessen ausreichende Finanzierung zu gewährleisten und nachhaltig zu sichern.

Neben den vielfältigen Aufgaben und Funktionen, die dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Prävention im Rahmen einer von Seiten der Ärzteschaft angestrebten Novellierung des § 20 SGB V zusätzlich zukommen sollen, wird die Notwendigkeit einer ausreichenden Finanzierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die Länder im besonderen Maße deutlich durch den derzeit in Bundestag und Bundesrat beratenen Gesetzentwurf der Regierungsfractionen zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (BT-Drs. 17/5158). Dieser benennt völlig zutreffend eine verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen als wesentlichen Ansatzpunkt bei der Verbesserung der Krankenhaushygiene. Der hierfür erforderliche, in zentraler Rolle fungierende Öffentliche Gesundheitsdienst verfügt jedoch nicht annähernd über die hier erforderlichen Ressourcen für eine Ausweitung oder Intensivierung seiner Aufgabenerfüllung. Bund und Länder lassen somit einen zielführenden Lösungsansatz für eines der wesentlichsten Probleme bei der Verbesserung der Hygienebedingungen vermissen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Stärkere Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Patientinnen und Patienten bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 14) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Dem in § 9 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) kodifizierten Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten in der Rehabilitation wird von den zuständigen Kostenträgern, so insbesondere von den Rentenversicherungsträgern, völlig unzureichend Rechnung getragen. Mit der Begründung, dass das vorrangige Leistungsrecht das Sozialgesetzbuch VI (SGB VI) ist, erfolgt weiterhin eine auch schon vom Bundesrechnungshof gerügte Praxis der Einweisung von Rehabilitanden in rentenversicherungseigene Kliniken – dies oftmals gegen den ausdrücklichen Willen der Patienten, auch wenn eine ihrem Wunsch entsprechende Rehabilitationsklinik oder ein ambulantes Rehabilitationszentrum geringere Kosten verursacht hätte.

Darüber hinaus wird das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten auch dadurch eingeschränkt, dass Rentenversicherungsträger die sozialrechtliche Verpflichtung der Belegung von zertifizierten Kliniken bzw. ambulanten Rehabilitationszentren nicht umsetzen, indem sie Nicht-Vertragskliniken bzw. nicht vertraglich gebundene ambulante Rehabilitationszentren nicht belegen, obwohl diese über eine Zertifizierung im Sinne des SGB V verfügen und somit Vertragseinrichtungen im Sinne des Gesetzes sind. In den meisten Fällen ist zudem die gewünschte Leistung des Leistungsberechtigten wirtschaftlicher als die genehmigte Leistung, so z. B. der Wunsch auf ambulante Durchführung statt einer stationären Leistung oder eine wohnortnahe vor einer wohnortfernen Leistungserbringung. Ferner wird dem durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2006 geschaffenen Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation insbesondere von Seiten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen nur unzureichend Rechnung getragen.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert daher die zuständigen Kostenträger in der Rehabilitation auf, diese den Rehabilitanden nur sehr eingeschränkt eingeräumten Wunsch- und Wahlrechte bei der Leistungsgewährung stärker zu beachten.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Prävention

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Lux, Frau Dr. Lengl, Herrn PD Dr. Dr. Preclik, Herrn Dr. Fresenius, Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Herrn Dr. Beck, Herrn Dr. Gramlich, Herrn Dr. Reising, Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Herrn Dr. Römer, Herrn Dr. Burghardt, Herrn Dr. Botzlar und Herrn Dr. Müller (Drucksache VI - 66) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Prävention ist auch eine ärztliche Aufgabe. Eine Vergütung für alle ärztlichen Präventionsleistungen muss in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden.

Es kann nicht sein, dass Leistungen von Ärzten nur bei bereits eingetretenem Schadensfall vergütet werden.

Präventionsleistungen, die von den Krankenkassen angeboten werden, erreichen oft nicht die eigentliche Zielgruppe. Der Hausarzt oder Kinderarzt hat den Überblick, um für seine Patienten geeignete Maßnahmen einzuleiten und zu steuern. Viele Präventionsleistungen sind gut evaluiert und oft die einzigen Maßnahmen, die zu einer Prognoseverbesserung beitragen, wie z. B. Raucherentwöhnung.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Tertiärprävention

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Lux, Frau Dr. Lengl, Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Herrn Dr. Beck, Herrn Dr. Gramlich, Herrn Dr. Klum, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Müller, Herrn PD Dr. Dr. Preclik und Herrn Dr. Römer (Drucksache VI - 68) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Tertiärprävention von Patienten mit Essstörungen ist ein essentieller Baustein der Therapie. Wir fordern die Krankenkassen auf, die Kosten für diese Maßnahmen zu übernehmen.

Derzeit ist dies nicht der Fall. Es kann nicht sein, dass die stationäre Langzeittherapie finanziert wird, die erforderliche Anschlusstherapie jedoch nicht.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Neue Vorsorgeuntersuchungen - Novellierung des § 26 SGB V

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Bolay, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Peters, Herrn PD Dr. Benninger, Herrn Dr. Zimmermann und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache VI - 96) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Vorsorgeuntersuchungen im Grundschulalter U10 und U11 und die Jugenduntersuchung J2 mit 16 bis 18 Jahren als freiwillige Leistung einzelner Krankenkassen haben eine hohe und weiter steigende Akzeptanz. Sie sind ein sensitives und praktikables Instrument, insbesondere zur Früherkennung der „Neuen Morbiditäten“. Durch den vertrauensvollen Austausch zwischen Kind/Jugendlichem, Eltern und Arzt, eignen sie sich in besonderer Weise zur individuellen Gesundheitsberatung, namentlich Medienkonsum, Essverhalten, Bewegung, Unfallverhütung, Impfungen, UV-Prävention, soziale Kompetenz, und J2 auch zur Beratung bezüglich Nikotin, Alkohol, Drogen und Sexualverhalten.

Diese Vorsorgen sind im § 26 SGB V unverändert nicht vorgesehen.

Wie schon der 110. Deutschen Ärztetag in Münster fordert der 114. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf, unverzüglich den § 26 SGB V wie folgt zu ändern:

"Versicherte, Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchung zur Früherkennung und Verhinderung von Krankheiten, die ihre körperliche und/oder psychosoziale Entwicklung gefährden."

Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, die eine zügige Überarbeitung und Erweiterung der Kinderfrüherkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ermöglichen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Prävention - Verhinderung des plötzlichen Kindstods (SIDS = Sudden Infant Death Syndrome)

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Bolay, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Peters, Herrn PD Dr. Benninger, Herrn Dr. Zimmermann und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache VI - 97) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung, die Landesärztekammern und alle Kostenträger auf, Programme zur Verhinderung des plötzlichen Kindstods (SIDS = Sudden Infant Death Syndrome) zu installieren und intensiv zu fördern.

Im direkten Vergleich Niederlande/Nordrhein-Westfalen und Niederlande/Bundesrepublik Deutschland findet sich eine um den Faktor 7 höhere Zahl an Todesfällen an SIDS in Deutschland.

Die Risikofaktoren für SIDS sind bekannt:

- Rauchen im Umfeld
- zu hohe Temperatur im Schlafraum
- Bauchlage
- Schlafen im Elternbett, auf Schaffell und mit Kopfkissen
- nicht Stillen
- Schlafen auÙer Haus
- niedriger sozioökonomischer Status

Ebenso sind Schutzmaßnahmen mit signifikantem Effekt gegeben:

- Rückenlage
- Schlafen im Schlafsack
- Stillen
- eigenes Bett im Elternzimmer
- Schnullergabe
- Impfen

Durch konsequente Umsetzung dieser Erkenntnisse ist eine Reduktion des plötzlichen Kindstods auf ein Siebtel der bisherigen Fallzahl möglich.

---



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Präventionsforschung zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Bolay und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache VI - 107) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, in Deutschland eine Präventionsforschung zur Vermeidung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu etablieren.

#### Begründung:

Im internationalen Vergleich ist Deutschland in der Präventionsforschung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalters ein Entwicklungsland. Dabei zeigen Daten aus den USA, Australien etc., dass durch konsequente frühzeitige Interventionen hinsichtlich des Erziehungsverhaltens der Eltern die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen spürbar verbessert werden kann. Zur Erforschung der Nachhaltigkeit dieser Maßnahmen muss auch in Deutschland endlich eine Präventionsforschung etabliert werden.



**TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Qualitätssicherung*

- VI - 03      Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- VI - 63      Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- VI - 64      Qualitätssicherung Hüft- und Knieendoprothetik
- VI - 81      Ablehnung von Aktivitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses im  
Zusammenhang mit der sogenannten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 03) wird unter Berücksichtigung des Antrages von Prof. Dr. Bertram, Herrn Stagge, Dr. Rütz und Frau Haus (Drucksache VI -03a) zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag im Jahre 2010 in Dresden hatte die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im GKV-System, basierend u. a. auf Beschlüssen der Ärztetage 1993 und 2002, zu einer gemeinsamen Qualitätskultur gefordert.

Am 01.01.2010 nahm das Institut nach § 137a SGB V (AQUA-Institut GmbH, Göttingen) seinen Betrieb auf. Die Erfahrungen mit der Entwicklung der ersten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren zeigen, dass die Forderungen der Ärzteschaft an die gesetzliche Qualitätssicherung nichts an Aktualität verloren haben.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert daher, die Qualitätssicherung im System der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich inhaltlich und methodisch weiterzuentwickeln. Dies bedeutet insbesondere

1. Langfristige Planung, Prioritätensetzung und Augenmaß statt Überregulierung

Die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung und das Qualitätsmanagement sind in Deutschland fundamental in den berufsrechtlichen Regelungen der Ärztekammern verankert. Darüber hinaus sind viele Qualitätssicherungsinitiativen von Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden, wie z. B. ärztliche Peer Reviews, ein Beleg dafür, dass die Ärzteschaft sich ihrer Verantwortung zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung bewusst ist. Die hohe Zahl ärztlicher Absolventen des Curriculums Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer wird international anerkannt.

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im SGB V mit Qualitätssicherungsmaßnahmen für gesetzlich versicherte Patienten beauftragt. In zahlreichen Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V hat der G-BA Qualitätssicherungsbestimmungen, z. B. in Form von detaillierten Strukturqualitäts- und Prozessvorgaben oder Mindestmengen, erlassen. Negative Effekte durch diese Überregulierung lassen sich in Form von zunehmender Bürokratie im Praxisalltag und in



Beschränkungen in der täglichen Versorgung ablesen.

Wir vermissen ein übergeordnetes Rahmenkonzept des G-BA für die verantwortungsvolle Gestaltung einer Qualitätssicherungslandschaft in Deutschland. Ein solches Rahmenkonzept mit langfristigem Zeithorizont sollte die Priorisierung gesetzlicher Qualitätssicherungsaktivitäten danach ausrichten, wo evidenzbasierter Handlungsbedarf besteht, z. B. bei epidemiologisch bedeutsamen Themen wie der Altersdemenz. Ein langfristiges Rahmenkonzept könnte allen Beteiligten Planungssicherheit geben und in den kommenden Jahren dem Institut nach § 137a SGB V als Richtschnur für die Verfahrensweiterentwicklung dienen. Vorhandene Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten dabei regelmäßig einer Evaluation auf ihre Wirksamkeit unterzogen werden und ggf. modifiziert oder ausgesetzt werden. Bei der Auswahl der Methoden der Qualitätssicherung sollte der G-BA Augenmaß beweisen, z. B. durch die datensparsame Nutzung von Routinedaten und die Vermeidung von Vollerhebungen zugunsten von Stichproben.

Das Ideal einer qualitätsorientierten Versorgungssteuerung lässt sich nur unter Nutzung der Eigenmotivation der verschiedenen Beteiligten und unter Erhaltung von regionalen Gestaltungsspielräumen erreichen. Auch in diesem Sinne sollte der G-BA Augenmaß beweisen und der Ärzteschaft vor Ort einen ausreichenden Spielraum bei Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung lassen.

## 2. Nutzung der Qualitätssicherungskompetenzen der Ärztekammern statt Zerschlagung bewährter Strukturen

Ein Jahr nach Inkraftsetzung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) erscheint der G-BA mit der Komplexität des neuen Verfahrens überfordert. Der Verfahrensstart ist wiederholt aufgeschoben worden.

Auf Landesebene ist daher noch völlig unklar, in welcher Form in den sogenannten Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) die Umsetzung der zukünftigen Qualitätssicherung erfolgen soll. Erschwerend kommt hinzu, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den G-BA bei Freigabe der Richtlinie beauftragt hat, den Freiraum der Gestaltung der Landesebene durch Regelungen zur Finanzierung und zur Datennutzung zukünftig weiter einzuschränken.

Die Gefahr besteht nach wie vor, dass die erfolgreichen Strukturen der externen stationären Qualitätssicherung auf Landesebene zerschlagen werden. In 15 Bundesländern sind die Landesärztekammern auf Wunsch und mit Einverständnis der Vertragspartner Landeskrankengesellschaft und Landeskrankenkassenverbänden auf gleicher Augenhöhe beteiligt. Nur durch diese Beteiligung ist das Gelingen gesetzlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen möglich. Der Ärztetag fordert daher, dass die Regelungen der externen stationären Qualitätssicherung Vorbild sind für die Gremienbildung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Ohne eine adäquate Einbindung der Ärzteschaft droht ein gravierender Motivationsverlust der



Anwender, die das Verfahren tragen und die Ergebnisse umsetzen sollen.

Um zukünftig eine bessere Harmonisierung zwischen Bundes- und Landesebene herbeizuführen und die berechtigten Interessen der Ärzteschaft schon bei der Konzeption der Verfahren adäquat vertreten zu können, fordert der Deutsche Ärztetag eine gleichberechtigte, d. h. stimmberechtigte Beteiligung der Bundesärztekammer im G-BA.

### 3. Sorgfältige Testung und Erprobung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung statt Aktionismus

Vom AQUA-Institut sind mittlerweile die ersten Verfahrensvorschläge für zukünftige sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren vorgelegt worden. Nachdem im Vorfeld an die Einführung von Langzeitbeobachtungen hohe Erwartungen geknüpft worden waren, ist jetzt eine erste Ernüchterung zu verzeichnen. Für viele der vom AQUA-Institut vorgeschlagenen Indikatoren ist bei fraglicher Aussagekraft mit einem hohen Erhebungsaufwand zu rechnen. Einige Langzeitbeobachtungen sind in der vorgeschlagenen Weise möglicherweise überhaupt nicht durchführbar. Damit würde die sektorenübergreifende Qualitätssicherung quasi gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V verstoßen, denn auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen sollte letztendlich gelten, dass sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Notwendige nicht überschreiten.

Obwohl noch gar nicht alle Details in der Richtlinie (Qesü-RL) geregelt sind, zeichnet sich schon jetzt ein extrem komplexer Datenfluss zwischen den Beteiligten im ambulanten bzw. im stationären Bereich und den Daten entgegennehmenden Stellen, der Vertrauensstelle, AQUA bzw. den LAG ab. Es ist daher von besonderer Bedeutung, die komplexen Abläufe ausführlich zu testen und Fehler zu bereinigen, bevor man den ersten „Echtbetrieb“ bei tausenden von Ärzten und Krankenhäusern beginnt. Die gegenwärtige Überforderung des G-BA, aber auch des AQUA-Instituts, mit dem Projekt der sQS-Einführung zeigt sich u. a. in unrealistischen Zeitvorgaben. So wird der seriösen Testung ein zu geringer Raum eingeräumt. Vielmehr werden, um das Verfahren zu beschleunigen, im Echtbetrieb der externen stationären Qualitätssicherung seit dem Jahre 2011, alleine zu Testzwecken, zusätzlich Krankenversicherernummern erfasst. Damit sollen testweise bei der Vertrauensstelle Pseudonyme für die zukünftige sQS erstellt werden. Diese Vorgehensweise ist datenschutzrechtlich bedenklich.

Im Übrigen zeichnet sich schon jetzt ab, dass die zuletzt als Auslaufmodell bezeichnete externe stationäre Qualitätssicherung mittelfristig das einzige stabile datengestützte Qualitätssicherungsverfahren in Deutschland ist.

Der Deutsche Ärztetag fordert, eine gründliche Machbarkeitsprüfung und einen ausführlichen Probetrieb bei den neu entwickelten Verfahren auf freiwilliger Basis durchzuführen, anstatt bestehende Verfahren durch Aktionismus zu gefährden.



#### 4. Finanzierung der Qualitätssicherung

Sowohl im Probetrieb als auch nach der Einführung muss die Qualitätssicherung von den Kostenträgern mit zusätzlichem Geld in kostendeckender Höhe sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich finanziert werden.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Müller, Herrn Dr. Kaplan, Herrn Dr. Botzlar und Frau Dr. Lux (Drucksache VI - 63) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die gesamte Behandlung eines Krankheitsbildes ambulant und stationär, vor- und nachstationär in den Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) einzubeziehen, wie dies z. B. bereits für die Endoprothetik im Bereich des Bewegungssystems teilweise umgesetzt ist.

Eine kostendeckende Vergütung der Qualitätssicherung ist in allen Sektoren sicherzustellen.

#### Begründung:

Die Endoprothetik des Bewegungssystems beansprucht im deutschen Gesundheitswesen einen zunehmenden Anteil des Ausgabenvolumens. Sie unterliegt der Qualitätskontrolle für den Bereich des operativen Eingriffes. Der Erfolg dieser Therapie ist aber nicht unmaßgeblich von den postoperativen Reha-Maßnahmen sowie der ambulanten Nachbehandlung abhängig. Eine realistische Ergebniskontrolle kann in sinnvoller Weise erst nach Beendigung dieser Therapieteile erfolgen und muss deren Qualität mit einbeziehen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Qualitätssicherung Hüft- und Knieendoprothetik

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Herrn Dr. Müller und Frau Dr. Lengl (Drucksache VI - 64) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Meldung der Implantation von Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenk an das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) sowie eine Nachuntersuchung im weiteren postoperativen Verlauf als Verpflichtung festzulegen. Der mit Meldung und Nachuntersuchung verbundene Aufwand ist kostendeckend zu vergüten.

#### Begründung:

Deutschland ist international bzgl. der Anzahl von Endoprothesen für Hüft- und Kniegelenk in Relation zur Bevölkerung einsamer Spitzenreiter.

Register erfassen u. a. Indikation und Outcome, wobei ein Nachuntersuchungszeitraum über mehrere Jahre wichtig ist, um das mittelfristige Ergebnis zu erfassen. Nur eine vollständige, verpflichtende Datenerhebung und -meldung dient der Qualitätssicherung.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Ablehnung von Aktivitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses im Zusammenhang mit der sogenannten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dietrich, Frau Bartels und Frau Dr. Blessing (Drucksache VI - 81) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass den Aktivitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen der sogenannten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) Einhalt geboten wird.

Die vom G-BA konzipierte und zunächst vom Bundesgesundheitsminister gestoppte sQS ist eine Gefahr für die freie ärztliche Berufsausübung. Es handelt sich dabei um planwirtschaftliche Bestrebungen mit dem Ziel totaler Kontrolle und Normierbarkeit ärztlicher Tätigkeit. Zugleich würde die sQS den Aufbau eines weiteren monströsen Bürokratieapparates erfordern.

#### Begründung:

An der Verfassungsmäßigkeit des G-BA bestehen ohnehin erhebliche Zweifel. Die Normierung einer Verbindlichkeit der Beschlüsse des G-BA gegenüber den Versicherten in § 91 Abs. 9 SGB V steht mit dem Verfassungsrecht nicht in Einklang. Der Gesetzgeber darf die Ausübung von Staatsgewalt in der funktionalen Selbstverwaltung nur einem Organ überlassen, dessen Mitglieder – ähnlich wie parlamentarisch Verantwortliche – in der auf die Selbstverwaltung bezogenen politischen Verantwortung stehen. Die Ausübung von Staatsgewalt bedarf einer Legitimation, die sich auf das vom Volk gewählte Parlament zurückführen lässt. Diese Voraussetzungen erfüllt der G-BA nicht. Seine Beschlüsse haben daher lediglich den Rechtscharakter von Empfehlungen. (\*)

Der G-BA hält sich aber für ermächtigt, die Dinge innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) autonom zu regeln. Die Richtlinie zur sogenannten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist hierfür ein Beispiel. Sie würde die Versorgung innerhalb der GKV mit einem monströsen Mehr an Bürokratie überziehen und permanente Kontrolle bis ins Detail ärztlicher Berufsausübung bewirken. Nach dem G-BA-Richtlinienbeschluss vom 19.04.2011 erstreckt sich die sQS auch auf beteiligte Privatpatienten in Klinik und Praxis (§ 15) und beinhaltet Sanktionierungen wie



Entziehung der Abrechnungsmöglichkeiten (§ 17). Durch die Konstruktion der sQS wären wesentliche Elemente ärztlicher Tätigkeit als freier Beruf wie Autonomie, ein ungestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Datenschutz und das Gebot der Datensparsamkeit bedroht. Auch in die unmittelbare Art und Weise ärztlicher Berufsausübung würde durch die geplanten Kontroll- und Dokumentationsprozeduren in völlig inakzeptabler Weise eingegriffen.

(\*) Quelle: Ruth Schimmelpfeng-Schütte, Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen



## 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

### **TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

#### *Gesundheitsberufe*

- VI - 04      Synergie statt Konkurrenz – Kooperation der Gesundheitsberufe verbessern, Versorgungsprozesse optimieren
- VI - 05      Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten fördern!
- VI - 120     Einsatz der Medizinischen Fachangestellten qualifikationsgemäß gewährleisten



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Synergie statt Konkurrenz – Kooperation der Gesundheitsberufe verbessern, Versorgungsprozesse optimieren

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 04) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag setzt sich gemeinsam mit den Verbänden der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer für eine verbesserte Kooperation der Gesundheitsberufe und der Koordination von Leistungen in der Gesundheitsversorgung ein. Dabei sollte zukünftig verstärkt auf die Synergie der Kompetenzen, die Zusammenarbeit im Team sowie den Abbau der Konkurrenz zwischen den Berufen gesetzt werden.

Neue Versorgungskonzepte und eine Anpassung der Kooperationsstrukturen zwischen den Gesundheitsberufen werden auf Grund der Änderungen der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung notwendig (z. B. wegen des gesellschaftlichen Wandels, der Auflösung traditioneller sozialer und familiärer Netze, der demografischen Entwicklung, des geänderten Krankheitsspektrums, der gestiegenen Komplexität der Versorgung, der begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen und des geänderten Selbstverständnisses der Berufsangehörigen und Patienten). Verschärft wird die Entwicklung durch den Fachkräftemangel in einigen Gesundheitsberufen sowie Engpässe in der flächendeckenden ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung.

Angesichts der Zunahme von chronisch kranken, multimorbiden, alten und pflegebedürftigen Patienten ist es erforderlich, Strukturen und Prozesse auf Langfristigkeit und Kontinuität auszurichten. Prävention und Rehabilitation sind im Vergleich zur akutmedizinischen Versorgung zu stärken, Pflegebedürftigkeit ist zu vermeiden und Palliativversorgung der gebührende Stellenwert einzuräumen. Die Prognosen zum Anstieg der Pflegebedürftigkeit legen nahe, dass die ambulante und stationäre Langzeitversorgung für zunehmend mehr pflegebedürftige, insbesondere demente Menschen, zur Realität werden wird. Darüber hinaus sind psychosoziale Hilfen und Pflege zu integrieren und zu regionalisieren und vor allem die sektorenübergreifende Versorgung, die Delegation nicht originär ärztlicher Leistungen sowie die Aufgabenverteilung zwischen den Berufen zu optimieren.

Gleichzeitig vollzieht sich in der Gesundheitsversorgung eine starke wettbewerbliche Ausrichtung mit direkten und indirekten Konsequenzen für die Arbeits- und



Kooperationsstrukturen der Gesundheitsberufe. Dies hat einen Rationalisierungs- und Prozessoptimierungsdruck zur Folge, der auch einen Trend zu kostengünstigeren und effizienteren Aufgabenverteilungsstrukturen zwischen den Gesundheitsberufen ausgelöst hat.

Unzweifelhaft erfordern die Versorgungsaufgaben der Zukunft ein verbessertes Versorgungs- oder Prozessmanagement mit dem Ziel der besseren Koordination, Integration und Steuerung von Leistungen, auch innerhalb und zwischen den Sektoren sowie Sozialgesetzbuch übergreifend. Der Gesetzgeber hat hierzu in den Gesundheitsreformen der letzten Jahre Lösungen versucht, die aber wegen der unklaren Abgrenzung zwischen verschiedenen Berufen teilweise neue Probleme und zusätzliche Schnittstellen verursacht haben.

Trotz bzw. gerade wegen der vielgestaltigen und zum Teil widersprüchlichen Situation müssen unter den rechtlichen und strukturellen Status-quo-Bedingungen Probleme der Koordination und der Prozessoptimierung konstruktiv angegangen werden. Hierfür bedarf es der Schaffung einer neuen Vertrauens- und Zusammenbeitskultur zwischen den Professionen. Zu fragen ist: Wer macht sinnvollerweise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses?

Aktuell beteiligt sich die Bundesärztekammer mit folgenden Beiträgen an der Problemlösung:

- Im Rahmen der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer wurde im März 2011 eine Publikation vorgelegt, in der die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten einzelner Berufsgruppen in den einzelnen Phasen und Prozessschritten des transsektoralen Behandlungsprozesses ambulant – stationär – ambulant skizziert werden ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) > Gremien > Konferenz der Fachberufe). Das Papier folgt der Maßgabe, dass nach der Gesetzeslage die medizinische und haftungsrechtliche Verantwortung für den diagnostisch-therapeutischen Pfad des Versorgungsmanagements beim Arzt liegt und darüber hinaus der Hausarzt einen umfassenden Koordinierungsauftrag nach § 73 (1) SGB V hat. Die anderen Gesundheitsberufe tragen die Durchführungsverantwortung für die Tätigkeiten am Patienten, für die sie ausgebildet und gesetzlich zuständig sind.
- Die Bundesärztekammer setzt sich dafür ein, dass der vom Gesetzgeber in § 63 (3c) SGB V gewählte, interpretationsfähige Begriff der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten in der Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege des G-BA nicht in Richtung Substitution ausgeweitet wird. Es darf auch im Patienteninteresse nur zu einer Übertragung delegierbarer nicht originär ärztlicher Tätigkeiten im ambulanten und stationären Bereich kommen. In den Modellvorhaben dürfen die Zuständigkeit des Arztes für Diagnose und Indikationsstellung sowie die ärztliche Therapiehoheit nicht eingeschränkt werden. Die Bundesärztekammer fordert eine gute



Qualifizierung der Pflegekräfte in diesen Modellvorhaben. Über die Evaluation ist nachzuweisen, dass bzw. inwieweit sich durch die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten die Versorgungssituation tatsächlich verbessert.

- Die Bundesärztekammer hat angesichts der steigenden Bedeutung des Case-/ Care- bzw. Versorgungsmanagements für verschiedene Berufsgruppen die interdisziplinäre Entwicklung eines Fortbildungscurriculums zum Case Management im Gesundheits- und Sozialwesen initiiert. Unter Einbeziehung der betroffenen Fachkreise soll kurzfristig ein modernes, kompetenzorientiertes Fortbildungscurriculum erarbeitet werden, das interprofessionell ausgerichtet ist. Die Verantwortung für den diagnostisch-therapeutischen Pfad muss weiterhin beim Arzt verbleiben.
- In den letzten Jahren haben Bundesärztekammer und Landesärztekammern ein breites Fortbildungsangebot für Medizinische Fachangestellte (MFA) entwickelt und zu einem systematischen modularen Fortbildungskonzept für MFA ausgebaut. Dieses umfasst zurzeit 16 Mustercurricula mit gegenseitig anrechenbaren Bausteinen sowie Aufstiegsoptionen. U. a. gehört dazu auch die 271 Stunden umfassende Fortbildung zur nichtärztlichen Praxisassistentin nach § 87 (2b) SGB V, die Hausbesuche in unterversorgten Regionen zur Entlastung von Hausärzten durchführen soll. Damit wird die MFA durch die Übernahme zusätzlicher Funktionen und delegierbarer Aufgaben zur Partnerin im ambulanten therapeutischen Team aufgewertet, die auch verstärkt in die Fallbegleitung sowie das Schnittstellenmanagement zu anderen Berufen und Sektoren eingebunden ist.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten fördern!

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 05) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern, die ärztlichen Berufsverbände und medizinischen Fachgesellschaften sowie alle niedergelassenen Ärzte auf, die Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu unterstützen und aktiv zu fördern. Die Bundesärztekammer stellt hierfür ein umfassendes Medienpaket für die Öffentlichkeitsarbeit und für Ärzte und Medizinische Fachangestellte zur Verfügung.

Zur Sicherung einer hochwertigen ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte ist es dringend erforderlich, die Rolle von MFA im ambulanten therapeutischen Team zu stärken. Angesichts zunehmend beschränkter Ressourcen und sich verändernder Versorgungsaufgaben werden MFA zukünftig verstärkt zur Unterstützung und Entlastung von Ärzten in der Praxis und bei Hausbesuchen eingesetzt werden. Deshalb wird Fortbildung zur Aktualisierung des Wissens, zur Spezialisierung und zur Erweiterung von Tätigkeitsfeldern und für den beruflichen Aufstieg im Team bzw. in der Einrichtung einen höheren Stellenwert bekommen. Deshalb müssen niedergelassene Ärzte in Wahrnehmung ihrer Führungsrolle bei der Kompetenzentwicklung von Mitarbeitern verstärkt den Fortbildungsgedanken bei ihren Mitarbeiterinnen fördern und sie gezielt zu Fortbildungsmaßnahmen anhalten. Zur Deckung des Bedarfes müssen gleichzeitig seitens der Ärztekammern in größerem Umfang und flächendeckend entsprechende Fortbildungen ermöglicht und angeboten werden. Die ärztlichen Berufsverbände und medizinischen Fachgesellschaften sollten ebenfalls ihre Aktivitäten intensivieren. Eine verstärkte Zusammenarbeit untereinander und mit den Ärztekammern ist geboten.

In den letzten Jahren haben Bundesärztekammer und Landesärztekammern eine breite Palette von Angeboten entwickelt und zu einem systematischen modularen Fortbildungskonzept für MFA ausgebaut. Zurzeit existieren allein 16 Mustercurricula der Bundesärztekammer mit gegenseitig anrechenbaren Bausteinen sowie Aufstiegsoptionen. Dies ermöglicht vielfältige inhaltliche Spezialisierungen in Medizin und Administration und eine berufliche Weiterentwicklung. Die ärztlichen Arbeitgeber können verstärkt Aufgaben und Tätigkeiten delegieren oder das Spektrum der Praxis ausbauen. Zugleich steigert dieses Bildungskonzept die Attraktivität des MFA-Berufs angesichts des zu erwartenden Schülerrückgangs aufgrund des demografischen Wandels.



Für Ärzte und Medizinische Fachangestellte sowie für die Informations- und Öffentlichkeitsarbeit stellt die Bundesärztekammer die Broschüre „Weiter geht’s – fortbilden und durchstarten“ zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es seit dem 1. Juni 2011 die Internetseite [www.fortbildung-mfa.de](http://www.fortbildung-mfa.de) mit vielfältigen Informationen, einem geschlossenen Medienpool und einem Videofilm. Die Materialien können z. B. auf Bildungsmessen, bei Fortbildungs- und Kammerversammlungen und für die Pressearbeit genutzt werden.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Einsatz der Medizinischen Fachangestellten qualifikationsgemäß gewährleisten

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VI - 120) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert alle niedergelassenen und stationär tätigen Ärzte auf, die Medizinischen Fachangestellten (MFA) entsprechend ihrer Qualifikation einzusetzen. Kritisch zu beobachten sind gesetzliche Regelungen, mit denen arztunterstützende und arztentlastende Tätigkeiten der Medizinischen Fachangestellten auf andere Berufsgruppen übertragen werden sollen.

#### Begründung:

In Anbetracht der sich verändernden Versorgungsaufgaben kommt der Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten zum Kompetenzerhalt bzw. zur Kompetenz(weiter-)entwicklung ein hoher Stellenwert zu. Um den Arzt bei seiner Tätigkeit aber auch qualifiziert unterstützen und entlasten zu können, ist der qualifikationsentsprechende Einsatz der Medizinischen Fachangestellten erforderlich. Dabei hat allerdings der Grundsatz Delegation statt Substitution zu gelten.

Eine entsprechende Mediendarstellung der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten der (fortgebildeten und spezialisierten) Medizinischen Fachangestellten kann zudem die Attraktivität des Berufsbildes steigern.



## TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Menschenrechte*

- VI - 08 Folgen von Gewalt – Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte
- VI - 43 Informations- und Kriterienkatalog zur Beteiligung von Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen verbindlich einführen
- VI - 46 Eingangsuntersuchung zur Aufdeckung kranker und traumatisierter Menschen in Abschiebehaft
- VI - 92 Probleme bei der medizinischen Behandlung und der Kostenerstattung von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherten EU-Bürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern
- VI - 94 Aufhebung der Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus
- VI - 118 Menschenrechte - Recht auf freie Arztwahl



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Folgen von Gewalt – Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 08) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ärztinnen und Ärzte werden in Deutschland im Rahmen ihrer Tätigkeit mit den vielschichtigen Erscheinungsformen von Gewalt und deren Folgen konfrontiert.

Gewalt findet in physischer und psychischer Form, insbesondere gegenüber Kindern, Partnern und älteren Menschen statt. Opfer von besonderer Gewalt – von Folter – sind jedoch auch Menschen, die aus anderen Ländern in unser Land einreisen, oft auf der Suche nach Zuflucht.

Der 114. Deutsche Ärztetag bittet die Landesärztekammern, diese Vielschichtigkeit der Formen und Auswirkungen von Gewalt stärker in ihren Fortbildungsangeboten zu berücksichtigen.

Der 114. Deutsche Ärztetag bittet den Medizinischen Fakultätentag, diese Lehrinhalte im Rahmen des Studiums stärker zu vermitteln.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Informations- und Kriterienkatalog zur Beteiligung von Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen verbindlich einführen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Frau Dr. Pfaffinger (Drucksache VI - 43) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, dafür Sorge zu tragen, dass der mit der Bundesärztekammer erarbeitete Informations- und Kriterienkatalog zur Beteiligung von Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen aus dem Jahre 2004 in allen Bundesländern verpflichtend eingesetzt wird.

#### Begründung:

Bereits 2008 hat der Deutsche Ärztetag die Innenminister der Länder aufgefordert, den mit der Bundesärztekammer erarbeiteten Informations- und Kriterienkatalog zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsmaßnahmen einzuführen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Eingangsuntersuchung zur Aufdeckung kranker und traumatisierter Menschen in Abschiebehaft

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich (Drucksache VI - 46) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Groß (Drucksache VI - 46a) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, sicherzustellen, dass kranke und traumatisierte Menschen in Abschiebehaft zu Beginn der Haft von speziell dafür fortgebildeten Ärzten untersucht werden, um Retraumatisierungen, eine Verschlechterung von Depressionen, Angststörungen und Suizidversuche durch die Inhaftnahme und während der Haft zu verhindern.

#### Begründung:

Es ist bekannt, dass sich der Gesundheitszustand in der Abschiebehaft verschlechtert. Schädigende Bedingungen bestehen in fehlenden Informationen über Grund und Dauer der Haft, Unterbringung zusammen mit Strafhäftlingen, Isolierung, Unmöglichkeit der Verständigung auf Grund von Sprachbarrieren, Retraumatisierung nach Traumatisierung durch frühere Festnahmen und Haft sowie in fehlender psychologischer und medizinischer Versorgung.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Probleme bei der medizinischen Behandlung und der Kostenerstattung von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherten EU-Bürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Pickerodt, Herrn Dr. Veelken und Frau Kulike (Drucksache VI - 92) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In Deutschland gibt es bei der medizinischen Versorgung und der Kostenerstattung von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherten EU-Bürgern - besonders aus den neuen EU-Beitrittsländern -, die sich mittlerweile legal hier aufhalten können, zunehmend Schwierigkeiten, die nicht zuletzt auf einem großen Informationsdefizit beruhen. Sie werden von Politik und Gesellschaft nur unzureichend wahrgenommen.

Der 114. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, die Probleme der medizinischen Behandlung und der Kostenerstattung bei den in Regierung und Parlament Verantwortlichen zur Sprache zu bringen sowie auf Klärung und Abhilfe mit allen beteiligten Akteuren zu dringen.

#### Begründung:

Die EU-Einigungsverträge gewährleisten allen EU-Bürgern Freizügigkeit. Sie dürfen sich in Deutschland aufhalten und auch arbeiten, wenn sie für ihren Lebensunterhalt selbst aufkommen können. Lediglich Rumänen und Bulgaren benötigen noch die „Arbeitserlaubnis EU“ für eine legale abhängige Beschäftigungsaufnahme. Wer länger als drei Monate in Deutschland lebt und/oder arbeitet, muss eine eigene Krankenversicherung vorweisen, die entweder aus dem Heimatland stammt oder in Deutschland abgeschlossen worden ist.

Besteht Krankenversicherungsschutz im Heimatland, berechtigt die sogenannte europäische Krankenversicherungskarte zu notwendigen medizinischen Behandlungen, die während des Aufenthalts in Deutschland erforderlich sind. Die Praxis zeigt aber, dass Krankenversicherungsschutz aus dem Heimatland insbesondere bei Bürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern häufig nicht oder nicht ausreichend gegeben ist.

In Deutschland abhängig beschäftigte EU-Bürger sind automatisch gesetzlich

---





---

krankenversichert. Wer hier lebt, aber nicht arbeitet oder schwarzarbeitet, ist oft nicht ausreichend krankenversichert. Auch Selbstständige sowie Studenten und Rentner aus den anderen EU-Ländern müssen eine Krankenversicherung abschließen, wenn sie keine aus dem Heimatland mitbringen. Gerade für die Gruppe der Selbstständigen jedoch fehlt es oft an einer bezahlbaren Möglichkeit der Krankenversicherung in Deutschland. Die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist für Selbstständige möglich, wenn entsprechende Vorversicherungszeiten im Heimatland nachgewiesen werden. Das ist aber in der Praxis oft problematisch. Eine private Krankenversicherung zum Basistarif von 570 Euro ist für viele selbstständige EU-Bürger aus den neuen EU-Beitrittsländern aufgrund ihrer geringen Einkünfte nicht bezahlbar. Die gesundheitliche Versorgung von nicht versicherten Sinti und Roma ist ein von der EU erkanntes, aber nicht gelöstes Problem.

EU-Bürger können auch sozialrechtliche Ansprüche auf gesundheitliche Versorgung haben. Allerdings sind diese Ansprüche an Bedingungen geknüpft und können oft nicht gewährt werden.

Im Ergebnis besteht für viele EU-Bürger, insbesondere aus den neuen EU-Beitrittsländern, kein erreichbarer und/oder durchsetzbarer Krankenversicherungsschutz, sodass im Krankheitsfall die Behandlung aus eigener Tasche zu bezahlen ist oder aber Ärzte, Krankenhäuser oder private Hilfsorganisationen für die Kosten aufkommen müssen. Das ist auf Dauer nicht akzeptabel und bedarf dringend einer praktikablen Lösung.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Betrifft:** Aufhebung der Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Veelken, Frau Kulike und Herrn Dr. Pickerodt (Drucksache VI - 94) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag bittet den Bundestag, die gesetzliche Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aufzuheben.

Dies kann erfolgen, indem entweder einzelne Behörden (z. B. Sozialamt) von der Mitteilungspflicht ausgenommen werden oder sich diese generell nur auf solche Behörden beschränkt, die Aufgaben der Gefahrenabwehr, Strafverfolgung oder Strafvollstreckung wahrzunehmen haben.

Die Klarstellung zur ärztlichen Schweigepflicht über das Krankenhaus hinaus im sog. „verlängerten Geheimnisschutz“ der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften vom September 2009 ist zu begrüÙen, hat in der Praxis aber leider zu keiner Verbesserung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus und der Kostenerstattung geführt. So schreibt z. B. § 11 Abs. 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) einen Personendatenabgleich zwischen Sozialamt und Ausländerbehörde vor. Im Zuge dieses an sich der Verhinderung von Leistungsmissbrauch dienenden Datenabgleichs wird der Ausländerbehörde der statuslose Aufenthalt doch noch bekannt. Als Problem erweist es sich dann, dass die Verwendung der übermittelten Daten durch die Ausländerbehörde für ihre eigenen Zwecke gesetzlich nicht beschränkt ist. Dies sollte geändert werden, denn die Überprüfung der Leistungsberechtigung des Antragstellers erfordert es nicht, dass die Ausländerbehörde die übermittelten Daten für Zwecke der Gefahrenabwehr nutzt. Sie sollte daher nach Durchführung des Datenabgleichs zur Löschung der Daten verpflichtet werden.

Hinzu kommt, dass Sozialämter neben der Bedürftigkeitsprüfung durch das Krankenhaus meist auch die persönliche Vorsprache der Patienten nach der stationären Behandlung verlangen. Dabei greift wiederum die Übermittlungspflicht, und die statuslosen Migranten vermeiden den Kontakt.



Bei geplanten ambulanten oder stationären Behandlungen ist die vorherige Beantragung der Leistungen durch den Patienten beim Sozialamt erforderlich. Der verlängerte Geheimnisschutz gilt hier nicht, sodass statuslose Migranten aus Angst vor Entdeckung ihres Status die ihnen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zustehenden Rechte auf gesundheitliche Versorgung oft nicht wahrnehmen. Die medizinischen und sozialen Folgen sind den politisch Verantwortlichen umfassend und mehrfach von Vertretern der Ärzteschaft mitgeteilt worden.

Es ist auch auf Dauer nicht hinnehmbar, dass wegen der gesetzlichen Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen notwendige stationäre und ambulante Leistungen entweder gar nicht oder hauptsächlich von medizinischen Einrichtungen und Hilfsorganisationen erbracht werden, die für die Kosten dann selbst aufkommen müssen.

Aus dem Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums folgt auch für bedürftige statuslose Migranten der Anspruch auf eine medizinische Grundversorgung. Der Staat hat dies den Migranten im Sozialversicherungsrecht und Asylbewerberleistungsgesetz zugestanden und muss es in der Praxis auch durchführbar gestalten.



## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Menschenrechte - Recht auf freie Arztwahl

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Rothe-Kirchberger (Drucksache VI - 118) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Recht auf freie Arztwahl auch bei Kriseninterventionen soll bei Asylbewerbern, Flüchtlingen und Geduldeten gewährleistet sein.



# 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

## **TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung*

- VI - 09      Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung
- VI - 51      Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin
- VI - 90      Förderung der universitären Allgemeinmedizin



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 09) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Kulike (Drucksache VI - 09a) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag sieht mit großer Sorge, dass trotz der Bedeutung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung die Anzahl jüngerer Hausärztinnen und Hausärzte seit Jahren rückläufig ist. Am 31.12.2010 standen 30.053 über 50-jährige Hausärztinnen und Hausärzten nur 13.448 unter 50-jährige Hausärztinnen und Hausärzte gegenüber. Wirkt sich das Fehlen des hausärztlichen Nachwuchses bislang lediglich in einzelnen Regionen – allerdings nicht nur in den neuen Bundesländern – aus, so wird die flächendeckende Sicherstellung einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung zukünftig nicht mehr zu realisieren sein, wenn es nicht rasch gelingt, die Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit attraktiver zu gestalten.

Dabei besteht bei Medizinstudierenden zunächst ein großes Interesse an einer hausärztlichen Tätigkeit; zu Beginn des Studiums können sich rund ein Drittel aller Medizinstudierenden eine allgemeinmedizinische Facharztweiterbildung und auch eine freiberufliche Tätigkeit als Hausarzt vorstellen. Dieser Anteil nimmt im Verlauf des Studiums und der Weiterbildungszeit ab. Trotz der seit Jahren geführten Debatte um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und den zahlreichen Lösungsvorschlägen verschärft sich das Problem von Jahr zu Jahr.

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt daher, dass die Bundesregierung in den im April verkündeten Eckpunkten zum Versorgungsgesetz betont, dass die wohnortnahe ambulante ärztliche Versorgung, vor allem die hausärztliche Versorgung, zur elementaren Daseinsvorsorge unseres Sozialstaats gehört. Weiterhin wird die Sicherstellung einer qualifizierten, flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung als ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen dargestellt; der sich verschärfende Ärztemangel mache ein gemeinsames Handeln aller Verantwortlichen erforderlich.

Die Ärzteschaft teilt diese Einschätzung. Bereits 2009 waren vom 112. Deutschen Ärztetag konzertierte Aktionen der Selbstverwaltungspartner und Planungsbehörden auf Landesebene gemeinsam mit den Landesärztekammern und den Kommunen gefordert worden, um den Versorgungsgaps in der Fläche wirksam entgegenzutreten. Nur



über ernsthafte und nachdrückliche Anstrengungen aller Verantwortlichen kann es gelingen, mehr Medizinstudierende für eine hausärztliche Tätigkeit zu begeistern, die Anzahl der Weiterzubildenden im Gebiet Allgemeinmedizin zu steigern, die hausärztliche Tätigkeit (noch) attraktiver zu gestalten und die Bereitschaft bei jungen Fachärztinnen und -ärzten zu erhöhen, auf dem Lande oder in strukturschwachen Stadtteilen als Hausärztin bzw. Hausarzt tätig zu werden! Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung als Basis jeglicher ärztlichen/gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung kann nur gewährleistet werden, wenn es rasch gelingt, die Zahl des hausärztlichen Nachwuchses zu erhöhen.

Hierzu müssen die Rahmenbedingungen durch Bürokratieabbau und Wegfall von Regressandrohung, Fallwertabstaffelung, 24h-Präsenzpflicht und inadäquater Honorierung verbessert werden. Kurzum, die Work-Life-Balance muss stimmen. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist es wichtig, das hausärztliche Berufsbild wieder positiv zu besetzen. Nur wenn die Attraktivität des Berufsbildes herausgestellt wird, werden sich junge Menschen für eine Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt interessieren. Zugleich wird es so gelingen, die Allgemeinmedizin im „Wettbewerb um Medizinstudierende“ gegenüber anderen Fachgebieten interessanter zu machen.

**Der 114. Deutsche Ärztetag fordert deshalb alle Zuständigen, insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und den Deutschen Hausärzteverband auf, sich in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer bis zum 115. Deutschen Ärztetag auf eine zukunftsorientierte Corporate Identity zu verständigen, die die Positivpotentiale des Hausarztberufes vermittelt.**

Hierzu sind die Charakteristika, die Kompetenzen und das Leistungsspektrum sowie die Ansprüche an die hausärztliche Versorgung auszuarbeiten:

- Darstellung des spezifischen Beitrags sowie der Alleinstellungsmerkmale der hausärztlichen Medizin zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung
- Kooperation in der hausärztlichen Versorgung mit den Kolleginnen und Kollegen der Inneren Medizin und der Kinder- und Jugendmedizin
- Arbeitsteilung und Kooperation mit den Kolleginnen und Kollegen der fachärztlichen Versorgungsebenen in Praxis und Krankenhaus und mit anderen Gesundheitsberufen
- Definition des Aufgabenbereichs bezüglich „erster Ansprechpartner“, „Koordinator“ und „Garant der Grundversorgung“ für zunehmend multimorbide, chronisch kranke Patientinnen und Patienten
- Klarstellung des Arbeitsauftrags bezüglich „Diagnostik/Therapie/Prävention/Rehabilitation“ einerseits und „Koordinations- und Integrationsfunktion“ andererseits
- Erstellung eines Forschungsprofils des Fachgebiets, Vereinbarkeit der Forschungsaktivitäten mit der Tätigkeit als Hausärztin/Hausarzt, Voraussetzungen



für die Durchführung qualitativ hochwertiger Studien im hausärztlichen Bereich

Zu den immer wieder geforderten Maßnahmen, wenn es um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung geht, gehört die Einrichtung von allgemeinmedizinischen Lehrstühlen. So forderte die 83. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2010, allgemeinmedizinische Lehrstühle an den medizinischen Hochschulen flächendeckend und bevorzugt auszubauen und adäquat auszustatten. Dies basiert auf der Überzeugung, dass es nur über die Präsenz der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten gelingen kann, bei mehr Medizinstudierenden ein Interesse an dem Fachgebiet zu wecken und sie an die hausärztliche Tätigkeit heranzuführen. Wenngleich in den letzten Jahren neue Lehrstühle für Allgemeinmedizin geschaffen wurden, fehlen sie weiterhin an rund einem Drittel der medizinischen Fakultäten.

**Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesländer auf, zeitnah an jeder medizinischen Fakultät einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin einzurichten und adäquat auszustatten.**

Diese Lehrstühle für Allgemeinmedizin sind ausschließlich mit Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Allgemeinmedizin zu besetzen. Zugleich führt die Verankerung von selbständigen allgemeinmedizinischen Abteilungsstrukturen an den Universitäten dazu, dass die allgemeinmedizinische Forschung intensiviert und dem akademisch orientierten Nachwuchs auch im Fachgebiet Allgemeinmedizin eine Perspektive geboten werden kann.

Allerdings reicht die Einrichtung von Lehrstühlen nicht aus, sondern die medizinischen Fakultäten müssen es insgesamt als ihre Aufgabe begreifen, allen Medizinstudierenden einen Einblick in die hausärztliche Versorgung zu verschaffen. Hierdurch soll zum einen Interesse an einer Tätigkeit als Hausärztin bzw. Hausarzt geweckt werden, zum anderen aber auch bei den Studierenden, die sich für ein anderes Fachgebiet entscheiden, das Verständnis für Arbeitsweise, Kompetenzen und Leistungsspektrum einer Hausarztpraxis und für das Ineinandergreifen der Versorgungsebenen geschaffen werden. Zudem werden auch die kommunikativen und koordinierenden Fertigkeiten der Studierenden gefördert.

**Einen Einblick in die hausärztliche Versorgung können Medizinstudierende über studienbegleitende Veranstaltungen, Praxistage, das Blockpraktikum, die Famulatur, das Praktische Jahr (PJ) sowie über Sonderveranstaltungen wie den „Tag der Allgemeinmedizin“ gewinnen. Der 114. Deutsche Ärztetag fordert, insbesondere die Ausbildungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Praxis im Rahmen des PJ zu fördern.**

Zudem bekräftigt der 114. Deutsche Ärztetag die Forderung nach einem angemessenen Entgelt für die akkreditierten Lehrpraxen und erneuert seine bereits 2010 geäußerte Bitte an die Lehrärztinnen und -ärzte sowie die Gesellschaft der Hochschullehrer für





Allgemeinmedizin (GHA), sich für 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. Angesichts bestehender Unterschiede zwischen den Universitäten fordert der 114. Deutsche Ärztetag die Vereinbarung bundeseinheitlicher Entgeltregelungen für die Lehrpraxen.

Auf dem Weg zur hausärztlichen Tätigkeit folgt auf das Studium die Weiterbildung. Der wesentlichen Hürde bei der Entscheidung für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung, nämlich der unzureichenden Vergütung der Weiterzubildenden in der ambulanten Phase, konnte durch die auf der Grundlage von Artikel 8 Abs. 2 GKV-SolG i. d. F. des GKV-OrgWG v. 15.12.2008 zum 01.01.2010 in Kraft getretene neue Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung begegnet werden. Seither erhalten die ambulanten Weiterbildungsstätten je besetzter Stelle einen Förderbetrag von 3.500 Euro (4.000 Euro in unterversorgten Gebieten), den sie in voller Höhe als Vergütung an den Weiterzubildenden weiterzugeben haben. Dabei sieht der Deutsche Ärztetag die Weiterbildungsstätten im ambulanten Sektor in der Pflicht, diesen Betrag auf die im Krankenhaus übliche, in der Regel tarifvertragliche Vergütung anzuheben.

Dies allein reicht aber nicht, um die Attraktivität der Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin zu steigern und sicherzustellen, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen auch als Hausärzte tätig werden.

### **Der 114. Deutsche Ärztetag fordert eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung.**

Notwendig ist die flächendeckende Etablierung von Weiterbildungsverbänden. Dabei sollen die Verbände nicht nur den vorgeschriebenen Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Weiterbildungsstätte, sondern insbesondere eine breit angelegte Weiterbildung, auch in kleineren Fächern wie Kinder- und Jugendmedizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie, ohne größere Reibungsverluste und längere Wartezeiten realisieren. Zukünftige Hausärztinnen und Hausärzte müssen über ein besonders breitgefächertes Wissen verfügen, um die komplexen und unstrukturierten Behandlungsursachen und Krankheitsbilder in einer Hausarztpraxis optimal versorgen zu können.

Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Weiterbildung sind die Gewinnung von Tutoren (= erfahrenen Hausärztinnen und Hausärzten) zur fachlichen und kollegialen Begleitung der Weiterzubildenden, die Erarbeitung strukturierter Weiterbildungspläne durch die Weiterbildungsstätten bzw. die Weiterbildungsverbände, die regelmäßige didaktische (Weiter-)Qualifizierung der weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte und die Teilnahme der Weiterzubildenden an Fortbildungsmaßnahmen. Der Ärztetag erwartet von den Koordinierungsstellen positive Impulse für die



Weiterentwicklung der Qualität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung.

**Der 114. Deutsche Ärztetag appelliert nochmals an die Vertragspartner des Förderprogramms Allgemeinmedizin, die Landesärztekammern in die Koordinierungsstellen einzubeziehen und die im Rahmen des Förderprogramms Allgemeinmedizin eingerichteten Koordinierungsstellen möglichst auch dort anzusiedeln.**

Der Deutsche Ärztetag bedauert, dass sich ein nicht unerheblicher Teil der jungen Ärztinnen und Ärzte, die sich ursprünglich für die Allgemeinmedizin ausgesprochen hatten, nach erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung gegen eine Tätigkeit als Hausärztin bzw. Hausarzt entscheiden. Dies lässt sich durch die Erhöhung der Attraktivität der hausärztlichen Berufstätigkeit ändern. Nur die Schaffung attraktiver und flexibler Arbeitsbedingungen, die den beruflichen und persönlichen Bedürfnissen junger Hausärztinnen und Hausärzte entsprechen, wird die Bereitschaft, als Hausärztin oder Hausarzt tätig zu werden, erhöhen.

Wesentlich sind hier ideenreiche Formen der Kooperation und Zusammenarbeit sowohl mit der eigenen als auch mit anderen Berufsgruppen. Die neuen Kooperationsformen resultieren nicht nur aus dem Ärztemangel, sondern entsprechen auch den Vorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte von ihrer Berufstätigkeit. Sicherlich wird die hausärztliche Versorgung zukünftig weiterhin auch in Einzelpraxen stattfinden, aber insgesamt wird das Bild möglicher Kooperations- und Berufsausübungsformen deutlich breiter und bunter. Gerade hausärztliche Gemeinschaftspraxen mit mehreren, zum Teil auch angestellten Hausärzten werden die Versorgungslandschaft zunehmend prägen.

Die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung auf dem Lande erfordert die Entwicklung und Erprobung innovativer Konzepte. Zu diesen Konzepten gehören regionale Versorgungszentren, Primärversorgerpraxen und fachärztliche Satellitenpraxen mit abwechselnder Besetzung durch unterschiedliche Fachärztinnen und Fachärzte sowie bei Bedarf kommunale Fahr- und Transportmöglichkeiten für Patienten zur ärztlichen Versorgung. Notwendig ist ferner die Neuorganisation der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch die Schaffung größerer Bereitschaftsdienstzonen und die Einrichtung von Bereitschaftspraxen.

Die stärkere Einbeziehung speziell qualifizierter Medizinischer Fachangestellter (MFA) führt ebenfalls zu einer Verbesserung der Patientenversorgung sowie zu einer Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte und vermeidet zusätzliche Schnittstellenprobleme.

**Da die Attraktivität eines Berufes wesentlich auch von der Vergütungshöhe beeinflusst wird, fordert der 114. Deutsche Ärztetag, sowohl bei der Weiterentwicklung des EBM im Rahmen des Kollektivvertrags als auch bei den Selektivverträgen darauf zu achten, dass hausärztliche und zugewandungsorientierte**



---

**Leistungen angemessen vergütet werden. Dies gilt ebenso bei der Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).**

Gefordert werden ferner der Wegfall der Regresse bei Arzneimitteln und Heilmitteln allgemein für alle niedergelassenen Ärzte sowie die explizite Vergütung der Steuerungs- und Koordinierungsleistungen. Von Hausärztinnen und Hausärzten wird erwartet, dass sie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen koordinieren und steuern. Dies stellt eine eigenständige Leistung dar, mit der die Erwartung verknüpft ist, dass hierdurch die Inanspruchnahme und damit auch die Kosten des Gesundheitswesens reduziert werden können.

**Der 114. Deutsche Ärztetag fordert, die hausärztliche Versorgung als unverzichtbaren Teil der Daseinsvorsorge und als Teil der regionalen Infrastruktur zu begreifen und festzuschreiben.**

Wie in anderen Ländern auch, ist die medizinische Grundversorgung in Deutschland vor allem in ländlichen Gebieten gefährdet. Durch die Erleichterung der Niederlassung durch finanzielle Förderung und die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle soll die Versorgung flächendeckend sichergestellt werden. Zu den möglichen Maßnahmen gehören eine Niederlassungsberatung, die Ansiedlungsunterstützung, eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie die Unterstützung bei der Etablierung einer Arztfamilie in einer ländlichen Region durch die Schaffung von Arbeitsplätzen für Lebenspartner, Kindertagesstätten, Kindergärten und weiteren Betreuungsmöglichkeiten.

Der Deutsche Ärztetag sieht hier insbesondere auch die Länder und Kommunen in der Pflicht. Dabei besteht eine Wechselbeziehung zwischen der Infrastruktur und Niederlassungsbereitschaft junger Ärztinnen und Ärzte.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache VI - 51) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, die Rückzahlungsklauseln für die Fördergelder Allgemeinmedizin so zu formulieren, dass klare Regelungen getroffen werden, wann und unter welchen Umständen eine Rückzahlungspflicht besteht. Entsprechend klar müssen Ausnahmetatbestände formuliert werden. Dabei müssen Berufs- und Verwaltungsrecht gleichermaßen gewahrt werden.

#### Begründung:

Die Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin dürfen weder Praxisinhaber noch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (WBA) davon abhalten, diese sinnvolle und notwendige Förderung in Anspruch zu nehmen. Es muss Planungssicherheit herrschen, und niemand darf Kredite aufnehmen müssen, um bereits erhaltenes oder bezahltes steuerpflichtiges Arbeitsentgelt für erbrachte Leistungen zurückzahlen zu können, denn das widerspricht ärztlichem Berufsrecht und Arbeitsrecht gleichermaßen. Insbesondere müssen Unterbrechungen durch Mutterschutz (Erziehungszeiten) oder durch Krankheit inklusive einer dadurch notwendig werdenden beruflichen Neuorientierung in zeitlicher oder fachlicher Hinsicht adäquat berücksichtigt werden.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Förderung der universitären Allgemeinmedizin

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Niebuhr und Herrn Dr. Herrmann (Drucksache VI - 90) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, die Politik dahingehend zu beeinflussen, ihre Zusagen einzuhalten:

1. zur Förderung der universitären Allgemeinmedizinausbildung in den Ländern,
2. zur Bereitstellung der dazu notwendigen finanziellen Mittel, um flächendeckend an den Universitätsstandorten Institute für Allgemeinmedizin einzurichten.

Ziel dieses Antrages ist damit, die Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung durch frühzeitige Einbindung der allgemeinmedizinischen Lehre in der universitären medizinischen Ausbildung zu ermöglichen.

Dem Deutschen Ärztetag ist es ein besonderes Anliegen, damit die Qualität in der hausärztlichen Versorgung in der Zukunft auf hohem Niveau zu gewährleisten.

#### Begründung:

Die Allgemeinmedizin ist nach der geltenden Approbationsordnung (ÄAppO) ein Hauptfach, ohne die entsprechende universitäre Repräsentanz zu haben. Befragungen haben gezeigt, dass sich Hausärzte zu über 80 Prozent in der unmittelbaren Nähe ihrer Alma Mater niederlassen. Der Problematik flächendeckender hausärztlicher Versorgung kann mit diesem Antrag daher entgegengewirkt werden.



## TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Vertragsärztlicher Bereich/SGB-V*

- VI - 34 Förderung der unbudgetierten Einzelleistungsvergütung - Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS)
- VI - 48 Eingriffe in die ärztliche Behandlung durch gesetzliche Krankenkassen verhindern
- VI - 53 Unterversorgung verringern - ärztliche Tätigkeit vergüten
- VI - 62 Änderung der Finanzierung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)
- VI - 74 Stopp der ambulanten Kodierrichtlinien beibehalten
- VI - 114 Änderung des § 95a Abs. 2 SGB V
- VI - 75 Abschaffung des § 95b SGB V
- VI - 91 Förderung innovativer Projekte in der ärztlichen Versorgung von Patienten in der stationären Pflege und in Pflegeheimen
- VI - 109 Die ambulante Basisversorgung sichern



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Förderung der unbudgetierten Einzelleistungsvergütung - Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS)

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Schultz (Drucksache VI - 34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das „Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift“ (VGS) soll nach entsprechender Änderung im SGB V verpflichtend von allen gesetzlichen Krankenkassen allen Versicherten als Wahltarif angeboten werden.

#### Begründung:

Das derzeit gültige Honorarsystem (Regelleistungsvolumen mit qualitätsgebundenen Zusatzvolumina = RLV) im vertragsärztlichen Bereich begünstigt die Behandlung möglichst vieler Patienten mit möglichst geringer Leistung und bestraft tendenziell die intensive, sorgfältige Behandlung. Das RLV hat zu massiven Umverteilungen von Honoraren zwischen verschiedenen Fachgruppen, aber auch innerhalb der Fachgruppen geführt, die nicht durch echte medizinische Leistungserbringung gerechtfertigt sind. Eine verlässliche, langfristige Kalkulationsgrundlage für Praxen wurde nicht erreicht, statt wechselnder Punktwerte gibt es jetzt wechselnde Fallwerte. Effizienz und Effektivität der ambulanten Versorgung werden systembedingt gesenkt.

Das Modell VGS (Drabinski, Kiel, 2010) führt zurück zu einer leistungsgerechten Vergütung ärztlicher Tätigkeit. Ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Arztpraxen durch den Versicherten oder unangemessene Leistungsausweitungen werden durch eine angemessene und sozial ausgewogene Selbstbeteiligung sowie der Möglichkeit einer Bonuszahlung vermindert. Selbstbeteiligungen und Bonuszahlungen werden über das persönliche Gesundheitskonto des Versicherten finanziert, das aus einer Gutschrift der Versicherung gespeist wird. Das solidarisch finanzierte Sachleistungssystem wird beibehalten. Der bürokratische Abrechnungsaufwand für die Praxen wird deutlich verringert. Das VGS kann mit den bestehenden Strukturen kurzfristig umgesetzt werden.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Eingriffe in die ärztliche Behandlung durch gesetzliche Krankenkassen verhindern

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Fitzner, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache VI - 48) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die gesetzlichen Krankenkassen auf, sich im Rahmen ihrer Beratungstätigkeit zur ärztlichen Zweitmeinung auf ihre Befugnisse zu beschränken und keinen direkten Einfluss auf die ärztliche Behandlung ihrer Versicherten zu nehmen. Zugleich sind die zuständigen Behörden gefordert, ihrer Aufsichtspflicht nachzukommen und entsprechende Bestrebungen zu unterbinden.

#### Begründung:

Immer offensiver werben gesetzliche Krankenversicherungen mit der Förderung ärztlicher Zweitmeinungen. So werden sogenannte „Experten“ insbesondere im Bereich der fachärztlichen Versorgung (z. B. Orthopädie, Chirurgie, Onkologie) vermittelt. Noch alarmierender ist das Angebot der Besprechung „mit einem Facharzt (...), ohne diesen persönlich aufsuchen zu müssen“, dieser habe „immer Sprechstunde und keine Wartezeiten. 7 Tage die Woche, rund um die Uhr“. Es werden „ergänzende und alternative Therapieansätze“ durch den Mediziner an der Krankenkassen-Hotline gegeben, um „durch eine noch bessere Aufklärung eine bedarfsgerechte Entscheidung zur Behandlung“ zu treffen.

Durch derartige Maßnahmen der Kassen wird unmittelbar und in unlauterer Weise in das Therapieschehen eingegriffen. Mediziner, die sich ohne Inaugenscheinnahme des Patienten zu Diagnose und Therapie äußern, verstoßen gegen das in Deutschland geltende Verbot der Fernbehandlung. Zudem ist das Vorgehen in Sachen ärztliche Zweitmeinung geeignet, Patienten zu verunsichern und das unabdingbare Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt nachhaltig zu schädigen. Eine Einflussnahme der Kassen auf Therapieentscheidungen unter rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist ebenfalls nicht auszuschließen.

Die Möglichkeit, eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen, besteht im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für jeden Patienten jederzeit.





---

**TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Unterversorgung verringern - ärztliche Tätigkeit vergüten

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 53) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte erbringen vollwertige ärztliche Leistungen, diese müssen daher in Klinik und Praxis voll vergütet werden. Deshalb tritt der 114. Deutsche Ärztetag dafür ein, dass Vertragsärztinnen und -ärzte, die eine/n weiterzubildende/n Ärztin/Arzt beschäftigen, die durch diese/n erbrachten Leistungen in vollem Umfang abrechnen können.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Änderung der Finanzierung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Müller, Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache VI - 62) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesgesundheitsministerium auf, den § 281 SGB V (Finanzierung und Aufsicht [des MDK]) dergestalt zu ändern, dass eine direkte und unmittelbare Finanzierung des Medizinischen Dienstes nicht mehr durch die Krankenkassen erfolgt, sondern über eine neutrale Stelle, z. B. den Gesundheitsfonds.

#### Begründung:

Hintergrund sind zahlreiche, überwiegend vertrauliche Beschwerden von Ärztinnen und Ärzten der Medizinischen Dienste in zahlreichen Bundesländern, die sich in Ausübung ihrer gutachterlichen Tätigkeit zunehmend einer unangemessenen Beeinflussung bzw. Druck durch die Krankenkassen ausgesetzt sehen.

So hat beispielsweise jüngst die AOK Bayern verfügt, dass bei Fallprüfungen nach § 275 SGB V keine Gespräche mehr mit Klinikärzten über die Prüffälle geführt werden dürfen; Begutachtungen müssen nach Vorgabe der AOK nur noch nach Aktenlage erfolgen.

Selbst die Sozialgerichte haben in letzter Zeit in mehreren Urteilsbegründungen auf direkte Einflussnahme der Krankenkassen auf die MDK verwiesen.

Dies ist eine Entwicklung, die der Gesetzgeber seinerzeit mit der Implementierung eines Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nicht beabsichtigt hatte, es sollte vielmehr eine unabhängige Institution geschaffen werden, welche die Krankenkassen in der Beurteilung und Begutachtung medizinischer Fragestellungen berät und unterstützt.

Da Abläufe und Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen ohnehin schon sehr stark durch die Krankenkassen geprägt werden, kommt es durch die Beeinflussung der Medizinischen Dienste zu einer zusätzlichen Verschiebung der Marktmacht zugunsten der Krankenkassen und zu Ungunsten der Versicherten und „Leistungserbringer“.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Stopp der ambulanten Kodierrichtlinien beibehalten

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dietrich, Frau Dr. Blessing, Frau Bartels, Herrn Dr. Kajdi und Herrn Dr. Brunngraber (Drucksache VI - 74) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Gesetzgeber und Bundesmantelvertragsparteien werden aufgefordert, den geplanten Stopp der ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) konsequent beizubehalten. Angesichts zu erwartender Bürokratiekosten von vielen hundert Millionen Euro pro Jahr bei bundesweiter Einführung der Kodierrichtlinien wäre eine wesentliche Beeinträchtigung der Patientenversorgung zu erwarten.

#### Begründung:

Bereits der Ärztetag 2010 hat einen nachhaltigen Bürokratieabbau als dringlich eingefordert. Die Ankündigung des Gesetzgebers, dass die Kodierrichtlinien nicht umgesetzt werden sollen, ist zu begrüÙen. Die ambulanten Kodierrichtlinien stellen zweifellos ein Mehr an Bürokratie dar. Seriöse Kalkulationen gehen von einem bürokratischen Mehraufwand von mindestens einer halben Stunde pro Praxis und Tag aus. Damit würden bundesweit jährliche Bürokratiekosten von ca. 2 Mrd. Euro entstehen, ohne jegliche Verbesserung der Patientenversorgung. Im Gegenteil wären eine Beeinträchtigung der Patientenversorgung durch Ressourcenverbrauch und ein weiterer Attraktivitätsverlust des Arztberufes zu befürchten.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Änderung des § 95a Abs. 2 SGB V

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Pfeiffer (Drucksache VI - 114) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den § 95a Abs. 2 SGB V zu ändern mit dem Ziel, dass mit erfolgreichem Abschluss einer Weiterbildung in jedem Fall eine Eintragung ins Arztregister erfolgen kann, und zwar ohne dass es auf die Einhaltung einer Frist ankommt.

#### Begründung:

Nach der derzeit gültigen Fassung des § 95a Abs. 2 SGB V ist für die Eintragung ins Arztregister der Nachweis einer mindestens fünfjährigen erfolgreichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin erforderlich. Ärztinnen und Ärzte mit einer dreijährigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung hätten bis spätestens 31.12.2008 einen Antrag auf Eintragung ins Arztregister gestellt haben müssen. Ab dem 01.01.2009 ist für diese Ärztinnen und Ärzte eine Eintragung ins Arztregister ohne weitere Ausnahme ausgeschlossen. Eine Tätigkeit in eigener Niederlassung bzw. als vom Zulassungsausschuss genehmigter angestellter Arzt ist ihnen somit nicht mehr möglich. Demgegenüber können nach § 95a Abs. 4 SGB V Ärztinnen und Ärzte, die bis zum 31.12.1995 die Bezeichnung "Praktischer Arzt" erworben haben, jederzeit noch einen Antrag auf Eintragung ins Arztregister stellen. Gleiches gilt für sog. EU-Praktiker nach § 95a Abs. 5 SGB V. Hierbei handelt es sich um Ärztinnen und Ärzte, die über keine abgeschlossene Facharztweiterbildung nach einer gültigen deutschen Weiterbildungsordnung verfügen. Vielmehr wird deren Ausbildung der heute geforderten fünfjährigen Weiterbildung gleichgesetzt. Ärztinnen und Ärzte mit einer abgeschlossenen deutschen dreijährigen Weiterbildung werden hierdurch erheblich benachteiligt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen aufgrund des geltenden Rechts entsprechende Anträge auf Eintragung ins Arztregister nach Ablauf der Frist ablehnen. Dies ist eine Ungleichbehandlung, welche nicht verständlich ist und abgeschafft gehört. Gerade in Zeiten eines sich abzeichnenden Ärztemangels ist es weder nachvollziehbar noch hinnehmbar, dass Kolleginnen und Kollegen mit einer abgeschlossenen Facharztprüfung eine Niederlassung bzw. Anstellung versagt ist, nur weil sie eine Frist versäumt haben.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Abschaffung des § 95b SGB V

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Herrn Dietrich, Frau Dr. Blessing, Frau Bartels, Herrn Dr. Brunngraber, Frau Dr. Lundershausen, Frau PD Dr. Jung und Herrn Dr. Kajdi (Drucksache VI - 75) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 114. Deutsche Ärztetag folgt der Auffassung von Verfassungsrechtlern, dass die Regelung des § 95b SGB V mit dem Grundgesetz (GG) unvereinbar ist. Er setzt sich für dessen Streichung ein. Auch niedergelassenen Vertragsärzten darf das Recht, die Vertretung ihrer Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen gemeinsam wahrzunehmen, nicht verwehrt oder eingeschränkt werden. Gemeinsamer Zulassungsverzicht, als Ultima Ratio in Ausnahmefällen zu rechtfertigen, kann erforderlich sein, um das Verhandlungsgleichgewicht zwischen Ärzteschaft und Kostenträgern herzustellen. Die erheblichen wirtschaftlichen Risiken und Belastungen, die ein solcher Schritt für den einzelnen Vertragsarzt bedeutet, führen bereits dazu, dass von einer solchen Möglichkeit nur in Ausnahmefällen Gebrauch gemacht wird.

Der kollektive Zulassungsverzicht gefährdet die Patientenversorgung nicht, da alle Ärzte auch weiterhin der Patientenversorgung zur Verfügung stehen.

Diese Position ist gegenüber dem Gesetzgeber im Hinblick auf das GKV-Versorgungsgesetz zu vertreten.

#### Begründung:

Ein ähnlich lautender Beschluss wurde von der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 02.04.2011 fraktionsübergreifend und einstimmig gefasst. § 95b SGB V sanktioniert den gemeinsamen (kollektiven) Zulassungsverzicht von Vertragsärzten mit einer langjährigen Sperre des (Wieder-)Zugangs zur vertragsärztlichen Tätigkeit. Im Sinne der Koalitionsfreiheit nach Artikel 9 Abs. 1 und 3 des GG muss auch Vertragsärzten das Recht zustehen, ihre beruflichen Interessen gemeinschaftlich wahrzunehmen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Förderung innovativer Projekte in der ärztlichen Versorgung von Patienten in der stationären Pflege und in Pflegeheimen

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Frau Kulike, Herrn Dr. Veelken und Herrn Dr. Pickerodt (Drucksache VI - 91) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Der 114. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, sich für die Entwicklung und Förderung innovativer Projekte zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten in der stationären Pflege einzusetzen und seine Möglichkeiten zu nutzen, die ärztliche Betreuung in Pflegeheimen praktikabel zu regeln.

#### Begründung:

Die amtierende Bundesregierung hat 2011 zum Jahr der Pflege erklärt, Indizien sprechen aber für Defizite in Quantität und Qualität der haus- und fachärztlichen Betreuung der über 700.000 Personen umfassenden Gruppe der Pflegeheimbewohner. Ursächlich hierfür werden sowohl die ausbleibende Motivation auf Grund der geringen Honorierung ärztlicher Leistungen und die fehlende Notwendigkeit geriatrischer Aus-, Weiter- und Fortbildung als auch die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des 2008 in Kraft getretenen Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) genannt. Durch den § 119b SGB V sollte ein für die speziellen Aufgaben ausgebildeter Heimarzt möglich werden. Dennoch gibt es bis heute, fast drei Jahre nach Inkrafttreten des § 119b SGB V, keine wesentlichen Entwicklungen im Sinne des Einsatzes eines angestellten Heimarztes. Auch andere Organisationsformen, wie u. a. vertraglich gebundene niedergelassene Hausärzte oder koordinierende Hausärzte auf der Basis integrierter Versorgung, konnten sich nicht relevant für den Bereich Heimmedizin entwickeln. Das ist umso bedauerlicher, als sich der Anteil schwerst pflegebedürftiger, oft auch jüngerer Menschen in Pflegeeinrichtungen vermehrt hat und weiter steigen wird. Diese Patientengruppe hebt sich neben Besonderheiten in der Prävention, in der Diagnostik, Rehabilitation und besonders in der Therapie deutlich von anderen Gruppen ab.

Auch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat diese Problematik 2011 aufgegriffen und sich für den zusätzlichen Einsatz eines für die Versorgung dieser Patientengruppe speziell ausgebildeten Heimarztes mit einer



---

entsprechenden finanziellen Förderung ausgesprochen.

In Deutschland gibt es nur vereinzelt Modelle, wie das seit 1998 bestehende „Berliner Projekt“. In den über 30 Heimen und Pflegeeinrichtungen versorgen sowohl angestellte als auch kooperierende niedergelassene Ärzte und medizinische Therapeuten die Bewohner, Altersmedizin als Teamaufgabe! Diese intensivierete, mit dem Pflegeheim abgestimmte ärztliche Versorgung konnte nachweislich unnötige Krankenhauseinweisungen und unnötige Transporte vermeiden, wodurch Einsparungen von bis zu 2,7 Millionen Euro pro Jahr für 3.500 Patienten erzielt wurden (Hibbeler B.: Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Dtsch. Ärzteblatt, 2007; 104 (48): A-3297-3300).

Die demografischen Veränderungen, aber auch die erhöhten Zahlen an jüngeren, schwerstpflegebedürftigen Patienten, die Zunahme von Demenzkranken und die Notwendigkeit von palliativmedizinischer Betreuung alter Menschen erfordern es dringend, auch in Deutschland neue und umfassende medizinische Betreuungsformen, einschließlich der erforderlichen Aus- und Weiterbildung der Ärzte, zu entwickeln.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Die ambulante Basisversorgung sichern

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Brunngraber, Frau Dr. Blessing, Herrn Dietrich, Frau Bartels, Herrn Grauduszus, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Harb, Herrn Dr. Schulte, Frau Dr. Wulff und Herrn Stagge (Drucksache VI - 109) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich für ein transparentes, berechenbares, angemessenes Honorar für die persönlich erbrachten Leistungen der Haus- und Fachärzte einzusetzen. Nach dem Scheitern der letzten Vergütungsreform von 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) sind bundesweit haus- und fachärztliche Praxen in wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Ambulante ärztliche Qualitätsleistungen können bei ständig wechselnden Billigpauschalen nicht mehr realisiert werden. Das politisch beklagte Problem der ungleichen Verteilung von Ärzten in verschiedenen Regionen würde ohne dirigistische Maßnahmen durch eine verbesserte Vergütung der persönlich erbrachten ärztlichen Leistungen gelöst werden können. In dieser Hinsicht muss sich die Bundesärztekammer berufspolitisch für den Erhalt einer wohnortnahen Versorgung auf hohem Niveau durch freiberufliche Ärztinnen und Ärzte und für eine positive Perspektive für den ärztlichen Nachwuchs einsetzen.

#### Begründung:

In den politischen Debatten zum geplanten Versorgungsgesetz für 2012 wird allgemein von einer falschen Verteilung der Ärzte ausgegangen, die dadurch gelöst werden soll, dass die angeblich „überversorgten“ städtischen Regionen Ärzte und Honorar abgeben sollen, damit die ländlichen Regionen besser mit Ärzten versorgt werden. Abgesehen davon, dass staatliche „Ärztelandverschickungsprogramme“ in einer freiheitlichen Gesellschaft wenig Aussicht auf Erfolg haben, wird in der Diskussion zu wenig Augenmerk auf die Hauptursachen der vermeintlichen Verteilungsproblematik gelegt. Die milliardenschweren Zuwächse sind in den wohnortnahen Haus- und Facharztpraxen nicht angekommen. Gute Medizin vor Ort ist mit pauschalisierten Minimalbeträgen nicht mehr zu leisten. Die persönliche Medizin wird strukturell massiv benachteiligt. Die heutigen Probleme sind nur durch einen Kurswechsel der Gesundheitspolitik in Richtung auf eine innovative und angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen für alle Versicherten lösbar.





## **TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

### *Ausbildung*

- VI - 10      Änderungen im Kapazitätsrecht beim Medizinstudium
- VI - 11      Auswahlverfahren an den Hochschulen
- VI - 19      Verkürzung des Krankenpflegepraktikums auf zwei Monate
- VI - 21      PJ-Tertiale in der ambulanten Versorgung ermöglichen
- VI - 59      Ärztliche Prüfung vor das Praktische Jahr verlagern
- VI - 67      Bundeseinheitliche Gleichwertigkeitsprüfung



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Änderungen im Kapazitätsrecht beim Medizinstudium

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 10) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag spricht sich für Änderungen im Kapazitätsrecht beim Medizinstudium aus, da die bestehenden, starren Vorgaben z. B. durch Curricularnormwerte nicht mehr zeitgemäß sind, sondern erforderliche Verbesserungen der Ausbildungsqualität sogar behindern.

Die bundesweit einheitlichen Betreuungsrelationen mittels Curricularnormwerten sollten in einer Weise reformiert werden, die den Universitäten die Möglichkeit eröffnet, sich bei der medizinischen Ausbildung in einen Qualitätswettbewerb zu begeben und darüber ihr Profil zu schärfen.

Die Einbeziehung außeruniversitärer, insbesondere ambulanter Versorgungseinrichtungen in die klinische Ausbildung von Medizinstudierenden mit einem günstigeren Betreuungsverhältnis zwischen Lehrenden und Lernenden darf nicht länger als „unzulässige Niveaupflege“ diskreditiert bzw. durch Anhebung der Zulassungs- bzw. Ausbildungszahlen sanktioniert werden.

#### Begründung:

Das bestehende Kapazitätsrecht zementiert ein bestimmtes Betreuungsverhältnis zwischen Lehrenden und Studierenden beim Medizinstudium und ist einseitig darauf ausgerichtet, eine möglichst hohe Zahl an Absolventen zu produzieren. Umgekehrt führt jede personelle Aufstockung wissenschaftlicher Mitarbeiter seitens der Universitäten zu einer Erhöhung der Zulassungs- bzw. Ausbildungszahlen an Medizinstudierenden. Diese Situation ist dringend dahingehend zu ändern, dass ein besseres Verhältnis von Betreuern zu Studierenden möglich wird, um eine praxisorientierte Ausbildung u. a. unter Einbeziehung auch von peripheren Krankenhäusern und Arztpraxen zu fördern.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Auswahlverfahren an den Hochschulen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 11) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Rothe-Kirchberger (Drucksache VI - 11a) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die medizinischen Fakultäten auf, die Auswahl von Studienbewerbern vermehrt über das Auswahlverfahren an den Hochschulen (AdH) vorzunehmen. 60 Prozent der Studienplätze in der Medizin werden im Auswahlverfahren über die Hochschulen direkt vergeben. Von der Möglichkeit, dabei erweiterte Auswahlkriterien zur Zulassung zum Medizinstudium einzusetzen, machen die Fakultäten bislang nur in unzureichendem Ausmaß Gebrauch.

Die Bewerberauswahl mittels individueller Auswahlgespräche ermöglicht den Universitäten über Abiturnote und Wartezeit hinaus, weitere Zugangskriterien anzuwenden. Die Abiturabschlussnote als überwiegendes Kriterium für die Zulassung zum Medizinstudium ist zu einseitig; die Fokussierung auf Schulnoten, z. B. in den naturwissenschaftlichen Fächern, sollte nicht das hauptsächliche Merkmal für die Eignung zum Arztberuf darstellen.

Die Ausübung des Arztberufes wird durch kognitive Fähigkeiten, in besonderer Weise aber auch durch soziale und empathische Kompetenz geprägt.

Bei der Studienplatzvergabe und den individuellen Auswahlverfahren sollten vor Studienbeginn abgeleistete Praktika, ein freiwilliges soziales Engagement oder eine bereits abgeschlossene medizinische Berufsausbildung in höherem Maße als bislang berücksichtigt werden. Bei der Modifikation des Auswahlverfahrens sollen die Bewerber für ein Zweitstudium einbezogen werden. Der von den medizinischen Fakultäten mögliche Spielraum zur Auswahl von Studierenden sollte auch auf derartige Zugangskriterien abstellen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Verkürzung des Krankenpflegepraktikums auf zwei Monate

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache VI - 19) fasst der 114. Deutsche Ärztetag in zweiter Lesung folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt seine Forderung an den Gesetzgeber, das in der aktuellen Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vorgeschriebene dreimonatige Krankenpflegepraktikum im Rahmen des Medizinstudiums auf zwei Monate zu verkürzen.

#### Begründung:

Ein zweimonatiges Praktikum (entspricht ca. 320 Arbeitsstunden) ist zum Erwerb eines grundlegenden Verständnisses der Arbeit der Pflegekräfte und des Stationsablaufes in der Klinik vollkommen ausreichend. Der sich verschärfende Ärztemangel erfordert nicht nur entsprechende Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der ärztlichen Berufsausübung, sondern gebietet auch sinnvolle Veränderungen zur Erhöhung der Attraktivität der medizinischen Ausbildung. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund des ohnehin überdurchschnittlich langen Medizinstudiums wäre in diesem Sinne die Verkürzung des Krankenpflegepraktikums auf zwei Monate, wie dies auch die ÄAppO vor 2003 vorsah, eine Motivation für angehende Ärzte. Schließlich sollten Forderungen nach mehr Praxisnähe und Stationsalltag nicht im Rahmen des Pflegepraktikums, sondern insbesondere über Maßnahmen während der klinischen Studiensemester umgesetzt werden.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: PJ-Tertiale in der ambulanten Versorgung ermöglichen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache VI - 21) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, PJ-Tertiale grundsätzlich auch in der ambulanten Versorgung zu ermöglichen.

#### Begründung:

Die Medizinstudierenden haben während ihrer Ausbildung kaum Kontakt zu niedergelassenen bzw. ambulant tätigen Ärzten. Abgesehen von wenigen Ausnahmen (Blockpraktika) begegnen ihnen auf dem Weg zur Approbation überwiegend angestellte Ärzte. Die Heranführung an die spätere Niederlassung als Möglichkeit der Berufsausübung findet damit so gut wie nicht statt. Vor dem Hintergrund der abnehmenden Bereitschaft junger Kollegen zur Niederlassung und der damit verbundenen schwierigen Suche nach Praxisnachfolgern ist das ein Problem, das mit der grundsätzlichen Ermöglichung von PJ-Tertialen im ambulanten Bereich angegangen werden kann.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Ärztliche Prüfung vor das Praktische Jahr verlagern

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Wesiack und Herrn Dr. Römer (Drucksache VI - 59) fasst der 114. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Approbationsordnung (ÄAppO) dahingehend zu ändern, dass der schriftliche Teil des Zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung vor das Praktische Jahr (PJ) verlagert wird.

Das bislang nach dem PJ 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 PJ und mündlich-praktischen Prüfungen nach dem PJ erscheint sinnvoller.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Bundeseinheitliche Gleichwertigkeitsprüfung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Langer (Drucksache VI - 67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, für Ärzte aus Ländern außerhalb der Europäischen Union, die in Deutschland ihren Beruf ausüben wollen, eine schriftliche Prüfung zur Feststellung der Gleichwertigkeit ihrer Ausbildung festzulegen.

#### Begründung:

Die geübte Praxis ist derzeit, dass Ärzte aus den oben genannten Ländern nach einem Jahr ärztlicher Tätigkeit in Deutschland von der Approbationsbehörde durch von den Ärztekammern benannte Ärzte mündlich zu prüfen sind, um so die Gleichwertigkeit ihrer Ausbildung festzustellen. Eine schriftliche Prüfung vor Antritt der ärztlichen Tätigkeit (wie in anderen Ländern auch) würde die Gleichwertigkeit der Ausbildung bundeseinheitlich besser abbilden.



**TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Gesundheitspolitik/Bürokratieabbau*

- VI - 12a      Änderungsantrag zu VI-12
- VI - 12      Bürokratieabbau in der Selbstverwaltung
- VI - 16      Prioritäten in der Gesundheitsversorgung
- VI - 35      Priorisierungsdebatte
- VI - 65      Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich
- VI - 73      Stärkung der Ehrenamtlichkeit in den ärztlichen Körperschaften
- VI - 77      Bürokratieabbau im Rahmen der Umsetzung des geplanten Patientenrechtegesetzes





## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Änderungsantrag zu VI-12

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Frau Bartels, Herrn Dietrich, Herrn Dr. Brunngraber, Frau Dr. Blessing, Herrn Stagge, Herrn Brock und Herrn Dr. Hammer (Drucksache VI - 12a) zum Entschließungsantrag von Vorstand (Drucksache VI - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der letzte Satz des Antrags

"Die bisher vorgesehenen Ambulanten Kodierrichtlinien sind so nutzerfreundlich und dokumentationsarm wie möglich zu gestalten."

ist zu streichen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Bürokratieabbau in der Selbstverwaltung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag bekräftigt seinen Beschluss von 2005 im Rahmen der Sozialgesetzgebung, insbesondere folgende Maßnahmen zu etablieren:

- Entschlackung bestehender Vorschriften und Dokumentationsanforderungen durch Ausfilterung redundanter Regelungen,
- Verzicht des Gesetzgebers auf Detailregelungen,
- Vermeidung von Doppel-/Parallelstrukturen durch Abgleich von Richtlinien der Gemeinsamen Selbstverwaltung im GKV-System mit den auf Basis der Heilberufs- und Kammergesetze geschaffenen Richtlinien zur beruflichen Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte sowie zur Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung,
- Verpflichtender Abgleich neuer Dokumentationsanforderungen mit bereits vorhandenen Datenerhebungen und Verpflichtung zu transparenter Begründung und Evaluation von Dokumentationsanforderungen,
- Förderung einer einrichtungs- und sektorenübergreifenden Dokumentationsmethodik und gemeinsamen Dokumentationssprache,
- Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen für die sektorenübergreifende Nutzung von Originaldaten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Ablösung flächendeckender Dokumentationspflichten durch repräsentative Erhebungen so weit wie möglich,
- Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Kosten-Nutzen-Analysen für bestehende Dokumentationsverfahren,
- Schaffung von finanziellen Anreizsystemen für die Harmonisierung und Straffung der Informationsflüsse einschließlich Refinanzierung der Anschaffungskosten für nutzerfreundliche IT-gestützte Informationsmanagementsysteme.

Der 114. Deutsche Ärztetag unterstützt daher die Initiativen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Bürokratiekostenerhebung im Vertragsarztwesen und insbesondere die Forderung, ein Kontrollgremium für bessere Regulierung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) analog zum Nationalen Normenkontrollrat der Bundesregierung einzurichten.



Die bisher vorgesehenen Ambulanten Kodierrichtlinien sind so nutzerfreundlich und dokumentationsarm wie möglich zu gestalten.

Begründung:

Der 113. Deutsche Ärztetag hat den Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, die Potenziale für einen Bürokratieabbau in der ärztlichen Selbstverwaltung systematisch zu untersuchen und auf dieser Basis einen Maßnahmenkatalog zum Bürokratieabbau dem 114. Deutschen Ärztetag vorzulegen (Drucksache V-80).

Die Bundesärztekammer beschäftigt sich bereits seit vielen Jahren mit dem Thema Bürokratieabbau. So wurde das Thema intensiver auf dem 107. Deutschen Ärztetag beraten. Auf dem 108. Deutschen Ärztetag wurde ein Maßnahmenkatalog beschlossen. Eine in diesem Rahmen eingerichtete Arbeitsgruppe in der Bundesärztekammer hat ein Konzeptpapier zur sektorenübergreifenden Harmonisierung von medizinischen Dokumentationsanforderungen und zur Machbarkeit von IT-Unterstützung entwickelt. Letztlich beziehen sich aber die Maßnahmen auf Bürokratielasten aus dem SGB V und liegen somit außerhalb der Gestaltungsmöglichkeiten der Bundesärztekammer bzw. der Ärztekammern.

Durch das SGB V werden zur Begrenzung der Leistungsausgaben Steuerungsmaßnahmen im Rahmen von Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen etabliert. Die zunehmenden finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenkasse einerseits und der Wunsch des Gesetzgebers zu mehr Einzelfallgerechtigkeit bei grundsätzlichen Leistungsausschlüssen andererseits haben zur gesetzlichen Ausdifferenzierung des Leistungskatalogs der GKV geführt, die die Bürokratie erhöhen. Die Krankenkassen überprüfen zunehmend die Abrechnungs- und Verordnungsdaten der Ärztinnen und Ärzte.

Hinzu kommen der politisch gewollte Wettbewerb und die damit verbundene Vertragsvielfalt und Wahlmöglichkeiten für Versicherte. Dies führt zwangsläufig zu einer Zunahme der Bürokratie insbesondere für Vertragsärztinnen und -ärzte. Der damit einhergehende Aufwand lässt sich nur begrenzt mit IT-gestützten Systemen lösen.

Die Bundesärztekammer hat aus diesem Grund in den verschiedenen Gremien der Bundesregierung auf diese Problematik immer wieder hingewiesen und Vorschläge zur Entbürokratisierung eingereicht. Derzeit ist die Bundesärztekammer Mitglied in einer Arbeitsgruppe des vom Bundeskanzleramt initiierten Nationalen Normenkontrollrates.

Aufgrund der Zunahme der Bürokratielast durch das SGB V und durch Vereinbarungen der Bundesmantelverträge hat die KBV ihre Aktivitäten im Bereich des Bürokratieabbaus im Vertragsarztwesens intensiviert. So führt sie eine erste Ex-ante-Bürokratiekostenerhebung bei der Einführung neuer Richtlinien und Vorgaben durch.



Ausführliche Messungen führt auch die KV Westfalen-Lippe in Kooperation mit der KBV seit 2006 durch. Diese Ansätze der Messung von Bürokratiekosten im Bereich des SGB V sollen auch auf die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als untergesetzlicher Normgeber ausgeweitet werden. Ziel ist es, langfristig einen Wandel der ausufernden Regulierungsmentalität im Bereich des SGB V zu erreichen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Prioritäten in der Gesundheitsversorgung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, eine Strategiekommision „Prioritäten in der Gesundheitsversorgung“ einzurichten. Die Kommission soll sich mit der inhaltlichen Weiterentwicklung des Themas aus Sicht der Ärzteschaft auf Basis der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) aus den Jahren 2000 und 2007 sowie dem im Ulmer Papier geforderten Gesundheitsrat befassen, die bereits zur Diskussion gestellten Inhalte zum Thema konkretisieren sowie den notwendigen gesellschaftlichen Diskurs vorantreiben.

#### Begründung:

Auf die Diskrepanz zwischen Mittelknappheit und steigendem Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen weist die Ärzteschaft schon seit Jahren in aller Deutlichkeit hin. So hat die ZEKO bereits im Jahr 2000 eine Stellungnahme zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) veröffentlicht, die im Jahr 2007 überarbeitet wurde. Lösungsansätze wurden im Ulmer Papier aufgezeigt, das der 111. Deutsche Ärztetag 2008 verabschiedet hat. Die enorme Medienresonanz auf den 112. Deutschen Ärztetag zeigt die Notwendigkeit der Verfolgung des Anliegens.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Priorisierungsdebatte

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Stagge (Drucksache VI - 35) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Rationierung ist nicht Aufgabe von Ärzten. Die vom Gesetzgeber veranlasste Budgetierung hat aber zu einer verdeckten, impliziten Rationierung geführt. Diese stellt für unsere Patienten, aber auch für die behandelnden Ärzte, eine unhaltbare und ungerechte Situation dar. Ein Ausweg aus diesem Dilemma stellt die Priorisierung von Gesundheitsleistungen dar.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, eine Systematik für die Beschreibung eines neuen Leistungskataloges zu entwickeln. Dies kann durch eine interdisziplinär besetzte Kommission unter Zuhilfenahme der Versorgungsforschung geschehen. Die Debatte muss ergebnisoffen angelegt sein und sowohl wirtschaftliche als auch medizinische und soziale Gesichtspunkte berücksichtigen. Ziel ist ein nachhaltiges Konzept, das eine gute Gesundheitsversorgung für alle ermöglicht und die Lasten und Leistungen gerecht verteilt.

Der Deutsche Ärztetag hält eine Debatte um Priorisierung, das heißt: um die Abfolge von ärztlichen Leistungen entsprechend ihrer Erfordernis, für notwendig und richtig und fordert ihre sachliche Fortführung, da sich die Schere zwischen Beitragszahlungen und der Finanzierbarkeit des Leistungsgeschehens – bedingt durch demografischen Wandel und die wirtschaftliche Lage – immer weiter öffnet.

Der Deutsche Ärztetag hält das Thema „Priorisierung“ für eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und fordert die Bundesregierung deshalb auf, hiervoor nicht die Augen zu verschließen.

Wird diese Diskussion nicht bald begonnen, werden diejenigen bevorzugt werden, die in der Lage sind, den stärksten Druck aufzubauen. Später, unter Druck, wird die Diskussion nicht mehr dazu führen, dass zunächst diejenigen versorgt werden, die am ehesten Hilfe benötigen.

Derzeit kann die Diskussion noch auf hohem Niveau geführt werden.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Gerecke, Herrn MR Dr. Groß, Herrn Dr. Dipl.-Chem. Nowak und Herrn Dr. Wolter (Drucksache VI - 65) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Betriebsärztliche Betreuungsmodelle ohne ärztliche Verantwortung im Sinne von Substitution ärztlicher Tätigkeit dürfen nicht realisiert werden.

#### Begründung:

- Das Ziel einer wirksamen Gesundheitsvorsorge am Arbeitsplatz ist es, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern, aus dem Arbeitsleben resultierende schädliche Einflüsse zu verhindern, Krankheiten und Gesundheitsschäden früh zu erkennen sowie eine berufliche Wiedereingliederung nach länger dauerndem krankheitsbedingtem Ausfall zu begleiten.
- Die Arbeitsmedizin hat sich angesichts zunehmender Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen und den Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Gesundheit zu einer weiteren, vorrangig präventiven Säule (4. Säule!) im Gesundheitswesen entwickelt.
- Der integrative Ansatz im betrieblichen Gesundheitssystem erfordert insbesondere die ärztliche Kompetenz der Betriebsärzte.
- Deshalb muss jede Form von Substitution ärztlicher Verantwortung durch nichtärztliche Mitarbeiter entschieden abgelehnt werden.
- Delegation auf nichtärztliches Personal erfolgt immer unter Anordnungsverantwortung des Arztes und unter der Beachtung, dass Aufklärung, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Therapie und ärztliche Beratung nicht delegierbar sind.
- Der Verband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) erarbeitet zurzeit einen Katalog der delegierungsfähigen Leistungen für die betriebsärztliche Betreuung.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Stärkung der Ehrenamtlichkeit in den ärztlichen Körperschaften

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dietrich, Frau Dr. Blessing, Frau Bartels, Frau PD Dr. Jung und Herrn Dr. Kajdi (Drucksache VI - 73) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Delegierten des 114. Deutschen Ärztetages fordern die Stärkung der Ehrenamtlichkeit in allen Körperschaften und Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich gegenüber Politik und anderen Entscheidungsträgern dafür einzusetzen, dass ehrenamtliche Vertreter der Ärzteschaft in den Körperschaften und Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung nach Zahl und Einfluss zukünftig stärker - und insgesamt mehrheitlich - vertreten sind.

#### Begründung:

Die Stärkung der Ehrenamtlichkeit trägt dazu bei, dass in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung die für eine gute Patientenversorgung wichtigen Themen und Inhalte aus der Erfahrung kurativ tätiger Ärzte besser vertreten werden. Hauptamtliche Entscheidungsträger sind als Amtsträger in Körperschaften des öffentlichen Rechts weisungsgebunden. Staatliche Einflussnahme auf das Gesundheitswesen ist in der Vergangenheit mit einer Zunahme des Einflusses hauptamtlicher Entscheidungsträger einhergegangen. Auch für einen wirksamen Bürokratieabbau ist die Kompetenz und Unabhängigkeit des Ehrenamtes von Bedeutung, weil Ehrenamtliche durch ihren Tätigkeitsschwerpunkt unabhängiger von institutionalisierten, bürokratischen Strukturen und Entscheidungsprozessen sind.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Bürokratieabbau im Rahmen der Umsetzung des geplanten  
Patientenrechtegesetzes

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VI - 77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag begrüßt das von der Bundesregierung geplante Patientenrechtegesetz. Die einheitliche Kodifizierung der Patientenrechte wird für eine größere Transparenz und einen Abbau von Vollzugsdefiziten in der Praxis sorgen. Zugleich wird ein Beitrag zur Sicherung der Gesundheitsversorgung geleistet, was dem Patient-Arzt-Verhältnis zuträglich sein wird.

Der Deutsche Ärztetag plädiert allerdings dafür, bei der Umsetzung des Gesetzes, insbesondere die Konkretisierung der gesetzlichen Aufklärungs- und Dokumentationspflichten sowie die Stärkung der Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme im Bereich der stationären und der ambulanten Versorgung betreffend, den bürokratischen Mehraufwand für die Ärzteschaft in Grenzen zu halten.



# 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

## **TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

### *Arbeitszeit*

- VI - 22      Bundesweite Arbeitszeitkontrollen
- VI - 23      Beibehaltung der europäischen Arbeitszeitvorschriften
- VI - 25      Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Bestimmungen
- VI - 41      Ärztliche Arbeitszeit



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Bundesweite Arbeitszeitkontrollen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache VI - 22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, regelmäßig und bundesweit Arbeitszeitkontrollen an Krankenhäusern zu veranlassen.

#### Begründung:

Eine jüngst durchgeführte landesweite Kontrolle von Arbeitszeiten in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern hat bei 37 von insgesamt 40 kontrollierten Krankenhäusern - zum Teil eklatante - Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz offenbart. Dieses Zahlenverhältnis ist signifikant für das gesamte Bundesgebiet. Anders als in anderen Bereichen, wie den Lenkzeiten von Fernkrafth Fahrern, werden die Arbeitszeiten in Krankenhäusern nach wie vor nur sehr unzureichend überprüft. Dies vernachlässigt den Sinn und Zweck des Arbeitszeitgesetzes als Schutznorm für angestellte Ärztinnen und Ärzte und im kurativen Anwendungsbereich auch für Patienten. Ein stetiger Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz trägt zudem zur Abwanderung junger Ärztinnen und Ärzte aus der kurativen Medizin bei und erhöht so den Ärztemangel.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Beibehaltung der europäischen Arbeitszeitvorschriften

### **Vorstandsüberweisung**

---

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

Der Deutsche Ärztetag fordert die Europäische Kommission auf, die bestehenden Arbeitszeitrichtlinien nicht zulasten der Arbeitnehmerschaft zu verändern und insbesondere den Bereitschaftsdienst auch weiterhin vollumfänglich als Arbeitszeit bestehen zu lassen.

#### Begründung:

Nach dem Scheitern des Vorstoßes der letzten Legislaturperiode im April 2009 versucht die Europäische Kommission im Wege der Einleitung eines sozialen Dialoges gemäß Artikel 138 des EG-Vertrages nun erneut, eine Erweiterung der Höchstarbeitszeit von 48 Stunden herbeizuführen. In der zweiten Anhörung am 21.12.2010 sprach sich die Europäische Kommission für Ausnahmeregelungen zum Grundsatz "Bereitschaftszeit ist Arbeitszeit" aus. Durch Zunahme der Fallzahlen und daraus folgend der Arbeitsverdichtung ist in der Ärzteschaft an den Krankenhäusern die maximale Belastbarkeit erreicht, wenn nicht sogar partiell überschritten. Eine Aufweichung der Arbeitszeitbeschränkungen würde eine weitere Abwanderung oder den Nichteintritt in einen kurativen Bereich somit nur fördern und den bereits bestehenden Ärztemangel damit vertiefen. Zudem wird bedauerlicherweise nach wie vor 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.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Bestimmungen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache VI - 25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhäuser auf, sich strikt an die gesetzlichen Bestimmungen der Arbeitszeit zu halten und die arbeitszeitrechtlichen Höchstgrenzen nur in betrieblich notwendigen Ausnahmefällen zu überschreiten.

#### Begründung:

Der inzwischen mit über 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). Nach aktuellen Erhebungen wird die durchschnittliche Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus mit 55 Stunden angegeben. Dies entspricht fünf Stunden unterhalb der Maximalarbeitszeit von 60 Wochenstunden mit Ausgleichszeitraum. 35 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte arbeiten 60 bis 79 Wochenstunden, was – auch unter Zugrundelegung eines Opt-Outs – einen Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz begründet.

Der Deutsche Ärztetag erinnert die Krankenhäuser daran, dass dies nicht nur zu einer erhöhten Gefährdung von Patienten und ärztlichem Personal führen kann, sondern von Gesetzes wegen mit erheblichen Sanktionen geahndet werden muss, und fordert die unverzügliche Einstellung dieser Missbräuche.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Ärztliche Arbeitszeit

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lenhard (Drucksache VI - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag mißbilligt die jüngsten Äußerungen des GKV-Spitzenverbandes über Zusammenhänge zwischen Arztzahlen, Versorgungsgrad und Wochenarbeitszeit von Ärzten.

Die einseitige Auflistung der Praxisöffnungszeiten gibt in keiner Weise die Versorgungsrealität und die Arbeitsbelastung von niedergelassenen Ärzten wieder.

Die desavouierende Darstellung der ärztlichen Arbeitszeit durch den GKV-Spitzenverband wird als bewusste Irreführung der Bevölkerung zurückgewiesen.



## TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Ethik*

- VI - 15 Gendiagnostikgesetz
- VI - 18 Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung – keine Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung
- VI - 60 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung - Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos
- VI - 78 Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Gendiagnostikgesetz

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, im Interesse von Patientinnen und Patienten kurzfristig folgende Änderungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) vorzusehen:

1. Verlängerung der Umsetzungsfrist (01.02.2012) für das Inkrafttreten von § 7 Abs. 3 GenDG durch Änderung des § 27 Abs. 4 GenDG auf einen späteren Zeitpunkt, z. B. auf den 31.12.2013

sowie

2. Streichung der Richtlinienkompetenz der Gendiagnostik-Kommission beim Robert Koch-Institut für Belange der ärztlichen Berufsausübung, insbesondere durch ersatzlose Streichung von § 23 Absatz 2 Nr. 2 und Nr. 3 GenDG.

Das Gendiagnostikgesetz hat der Gendiagnostik-Kommission beim Robert-Koch-Institut (GEKO) Aufgaben zugewiesen, welche die ärztliche Berufsausübung wesentlich betreffen, insbesondere die Regelungen des § 7 Abs. 3 GenDG i. V. m. § 23 Abs. 2 Nr. 2 und Nr. 3 GenDG. Demgemäß müssen sich Ärzte zur Durchführung einer genetischen Beratung ab dem 01.02.2012 über die Regelungen des Weiterbildungsrechts hinaus in besonderer Weise qualifizieren.

Die GEKO hat auf der Basis dieses Gesetzes einen entsprechenden Entwurf einer „Richtlinie über die Anforderungen an die Qualifikation zur genetischen Beratung nach § 7 Abs. 3 und an die Inhalte der genetischen Beratung“ erarbeitet.

Die Bundesärztekammer hat bereits im Gesetzgebungsverfahren die Auffassung vertreten, dass Festlegungen diesbezüglicher Anforderungen an die ärztliche Qualifikation den Landesärztekammern obliegen. Dies folgt im Umkehrschluss aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz (GG). Von dieser Kompetenz haben die Landesgesetzgeber in vielfältiger Weise Gebrauch gemacht. So haben die Länder den Ärztekammern über die Heilberufe- und Kammergesetze die Aufgabe übertragen, konkrete Qualifikationsanforderungen ärztlicher Berufsausübung über die Weiterbildungsordnungen zu regeln. Diese Zuständigkeit betrifft nicht nur die Ausgestaltung der Inhalte, z. B. der





Facharztweiterbildung in der Humangenetik, sondern auch die Festlegung der wesentlichen Weiterbildungsinhalte in den verschiedenen Facharzt- bzw. Schwerpunktkompetenzen und Zusatz-Weiterbildungen, die in vielfacher Hinsicht ebenfalls genetische Untersuchungen abbilden.

In diesem Zusammenhang ist bisher ungelöst, wer die Vorgaben der GEKO-Richtlinie nach ihrem Inkrafttreten umsetzen soll.

Damit die humangenetische Beratung auch in der nahen Zukunft gesichert bleibt, ist es dringend erforderlich, dass die durch die Richtlinienkompetenz im GenDG geschaffenen Unklarheiten zeitnah gesetzlich behoben werden.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung – keine Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs. Dies kommt in der neu in die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer aufgenommenen Formulierung „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ zum Ausdruck. Ebenso klar wird dies in der beantragten Formulierung zum § 16 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ ausgedrückt.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung - Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt und Herrn Dr. Fitzner (Drucksache VI - 60) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung vom Februar 2011 zu überarbeiten. Der Satz „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ wird ersetzt durch „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos und ist keine ärztliche Aufgabe“.

#### Begründung:

Die Mitwirkung des Arztes an der Selbsttötung widerspricht den ethischen Grundsätzen unseres ärztlichen Selbstverständnisses. Das schließt nicht aus, dass in einzelnen, wohlbegründeten und dokumentierten Extremsituationen, in denen die palliativmedizinischen Möglichkeiten an ihre Grenzen stoßen, einem Suizidbeihilfe leistenden Arzt gleichwohl kein berufsrechtlicher Schuldvorwurf gemacht werden kann.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Windhorst und Herrn Prof. Dr. Paravicini (Drucksache VI - 78) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 7 vom 18.02.2011, A346-348) zu überarbeiten und den drittletzten Satz der Präambel („Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“) wie folgt zu ergänzen:

„Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe und widerspricht dem ärztlichen Ethos.“

#### Begründung:

Es kann kein Zweifel bestehen: Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Selbstverständnis und unseren ethischen Grundsätzen.

Das mit dem Beschlussantrag verbundene Anliegen dient der Klarstellung und stellt den notwendigen Gleichklang zwischen der Neufassung von § 16 (Muster-)Berufsordnung (MBO) und den damit im Zusammenhang stehenden „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ her. Schon in der früheren Fassung der Grundsätze fand sich die jetzt eingeforderte, den Widerspruch zum ärztlichen Ethos beschreibende Formulierung. Die eindeutige Positionierung der Ärzteschaft zum (nicht zulässigen) ärztlich assistierten Suizid muss sich nicht nur im (neuen) Normtext der Berufsordnung, sondern unmissverständlich auch in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ gleichermaßen wiederfinden. Durch die vorgeschlagene Ergänzung der Grundsätze um die darin schon früher zu lesende Aussage wird im Übrigen erreicht, was der Normtext selbst nicht leisten kann: Es wird nachvollziehbar und überzeugend herausgestellt, aus welchem Grund es Ärztinnen und Ärzten verboten ist, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten.



# 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

## **TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

### *Weiterbildung/Fortbildung*

- VI - 54      Bekenntnis zur Weiterbildung
- VI - 115    Entwicklung eines Konzeptes für eine Kommission von BÄK und KBV für Fortbildungen



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Bekenntnis zur Weiterbildung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Reuther, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Henke, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 54) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausträger auf, sich zur Notwendigkeit der Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zu bekennen. Weiterbildung im klinischen Alltag kostet vor allem Zeit und muss bei Berechnung eines Stellenplans, insbesondere im Rahmen von Bestrebungen zur Prozessoptimierung Berücksichtigung finden. Weiterbildung darf nicht der Effizienzsteigerung einer Klinik zum Opfer fallen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Entwicklung eines Konzeptes für eine Kommission von BÄK und KBV für Fortbildungen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 115) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, ein Konzept zu entwickeln, dass eine gemeinsame Kommission der Fortbildung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gebildet wird, um Fortbildungen strukturell und inhaltlich zu synchronisieren. Beispiel: Eine Langzeit-EKG-Genehmigung für Hausärzte bedarf gegebenenfalls zweier Termine, zweier Prüfungen, zweimaliger Gebühren für identische Inhalte.



**TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Krankenhaus*

- VI - 24      Konsequente Vergütung geleisteter Überstunden
- VI - 47      Personalanhaltszahlen
- VI - 49      Spitzenmedizin muss angemessen bezahlt werden
- VI - 50      Sicherstellungszuschlag für eine flächendeckende Krankenhausversorgung nutzen
- VI - 52      Ärztliche Weiterbildung als gesellschaftliche Aufgabe begreifen
- VI - 56      Erstattung der Kostenbelastung für Notfallversorgung im Krisenfall
- VI - 57      Bedarfsgerechte Investitionsquote für Krankenhäuser
- VI - 69      Klinische Ausbildungskapazitäten an Universitätskliniken steigern
- VI - 72      Die Lehre an Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern ist Arbeitszeit





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Konsequente Vergütung geleisteter Überstunden

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Schuster, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhäuser auf, geleistete Überstunden zu bezahlen.

#### Begründung:

Eine im Jahr 2010 durchgeführte Befragung von Ärztinnen und Ärzten an Krankenhäusern ergab, dass circa die Hälfte aller geleisteten Überstunden nicht vergütet wird. Dies stellt zwar gegenüber einer Befragung im Jahr 2007 eine Reduktion von elf Prozentpunkten dar, ist aber immer noch ein Verstoß gegen geltendes Recht, wonach Überstunden wie Arbeitszeit behandelt und entsprechend vergütet werden müssen. Arztspezifische Tarifverträge sehen zudem regelmäßig Zuschläge für Überstunden vor. Die ausbleibende Vergütung stellt für den Träger einen Gewinn, zumindest aber eine Einsparung von knapp 500 Millionen Euro im Personalbereich dar.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Personalanhaltszahlen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 47) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Für Plankrankenhäuser müssen dringend Personalanhaltszahlen für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst vorgelegt werden, damit sichergestellt ist, dass das Argument der "Wirtschaftlichkeit" nicht zu weiterem unverhältnismäßigem Personalabbau führt.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Spitzenmedizin muss angemessen bezahlt werden

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Dierkes, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Henke, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 49) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag kritisiert, dass die Entgelte für Ärztinnen und Ärzte an Universitätsklinika im Allgemeinen und für Fachärztinnen und Fachärzte im Besonderen deutlich hinter den Gehältern von Ärztinnen und Ärzten an anderen Kliniken zurückliegen. Fachärztinnen und Fachärzte an Universitätsklinika verdienen mittlerweile bis zu 10 Prozent weniger als ihre Kolleginnen und Kollegen an anderen Kliniken.

Auch im Vergleich mit anderen akademischen Berufsgruppen liegt die Vergütung in der universitären Spitzenmedizin inzwischen deutlich zurück. Nach einer Studie der IG Metall über typische Einstiegsgehälter für Universitätsabsolventen der Natur- (Mathematik, Physik, Chemie) und Ingenieurwissenschaften (Maschinenbau und Elektrotechnik) beträgt das Monatsentgelt auf der Grundlage einer 35-Stunden-Woche bereits 4.117 Euro. Der Arzt liegt selbst bei einer 42-Stunden-Woche und damit um 20 Prozent längeren Arbeitszeit mit lediglich 3.892 Euro deutlich darunter.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Sicherstellungszuschlag für eine flächendeckende Krankenhausversorgung nutzen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 50) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag begrüßt es, dass der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Tagen auf die gesetzlichen Möglichkeiten hingewiesen hat, mit Hilfe des Sicherstellungszuschlags eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern sicherzustellen.

Krankenhäuser, die in einer bestimmten Region die einzige Klinik sind und aufgrund eines dort geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend arbeiten können, können über den vom Gesetzgeber vorgesehenen Sicherstellungszuschlag zusätzliche finanzielle Mittel erhalten. Konsequenterweise genutzt, kann dieses Instrument insbesondere den ländlichen Raum besser davor schützen, in der ortsnahen flächendeckenden Versorgung mit Krankenhäusern nach und nach völlig auszubluten.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Krankenkassen und Krankenhausträger deshalb auf, von diesem Instrument konsequent Gebrauch zu machen. Bisher ist dem Deutschen Ärztetag nämlich nicht bekannt geworden, dass die Krankenkassen vor Ort irgendeine nennenswerte Bereitschaft dazu aufweisen. Umso wichtiger sind die entsprechenden Hinweise ihres Spitzenverbandes.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen auf, sich einen aktuellen Überblick über die Nutzung des Sicherstellungszuschlags in der Praxis zu verschaffen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Ärztliche Weiterbildung als gesellschaftliche Aufgabe begreifen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Dierkes, Herrn Hesse, Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Müller, Frau Dr. Gitter, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 52) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die politischen Entscheidungsträger der Bundesländer auf, die Landeskrankenhausgesetzgebung dahingehend zu ergänzen, dass die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan obligat mit der Pflicht zur ärztlichen Weiterbildung gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) verknüpft wird. Ein Krankenhaus, das öffentliche Mittel beanspruchen will, muss sich an der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der ärztlichen Weiterbildung beteiligen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Erstattung der Kostenbelastung für Notfallversorgung im Krisenfall

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 56) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die aktuelle EHEC-Erkrankungshäufung zeigt ganz eindeutig, dass die chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser zu bedrohlichen Kapazitätsengpässen führen kann.

In der gesetzlichen Finanzierung für Krankenhäuser muss daher dringend verankert werden, dass Krankenhäuser, die durch die Übernahme einer Notfallversorgung im Krisenfall eine außerordentliche Kostenbelastung haben, eine gesonderte Vergütung dieser Leistungen bekommen.

Darüber hinaus muss die Vergütung von Vorhaltsleistungen für eine Katastrophen- oder Notfallversorgung im Krisenfall überdacht und verbessert werden.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Bedarfsgerechte Investitionsquote für Krankenhäuser

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 57) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der ständig notwendige strukturelle Wandel in den Krankenhäusern erfordert Investitionen. Tatsächlich kommen aber die Bundesländer seit vielen Jahren ihren Verpflichtungen auf diesem Gebiet nicht ausreichend nach. Um unerlässlich notwendige Investitionsmittel zu erwirtschaften, wird deshalb in vielen Krankenhäusern an den Betriebskosten und hier insbesondere am Personal gespart. Das trägt zu der im internationalen Vergleich relativ schlechten Personalausstattung der Krankenhäuser bei.

Die aktuelle wirtschaftliche Erholung Deutschlands ist eine gute Chance, diesem Problem wirksamer als bisher zu begegnen.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber dazu auf, eine an den wirtschaftlichen Erfordernissen und dem medizinischen Bedarf orientierte Investitionsquote für die Krankenhäuser festzulegen. Das bietet auch die Chance, den von Patienten, Krankenhäusern und in der Politik gleichermaßen gewünschten Übergang zu einer durchgängigen Versorgung in Zweibettzimmern zu beschleunigen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Klinische Ausbildungskapazitäten an Universitätskliniken steigern

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn PD Dr. Scholz, Frau Dr. Johna, Herrn Dr. Golla, Herrn Dr. Dipl.-Chem. Nowak und Herrn Dr. Dr.-Ing. Rudolph (Drucksache VI - 69) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert über den Vorstand der Bundesärztekammer die zuständigen Ministerien und Gremien auf, eine Änderung der Kapazitätsverordnung zu erwirken, damit mehr klinische Ausbildungsplätze an den Universitätskliniken verfügbar sind. Außerdem soll mit Nachdruck darauf hingewirkt werden, dass die Universitäten so ausgestattet werden, dass sowohl ausreichend Personal, Räume und Sachmittel als auch klinische Lehrkapazitäten für alle Jahrgänge vorhanden sind. Hiermit soll in Zeiten des zunehmenden Ärztemangels die Zahl der klinischen Studienplätze für alle Jahrgänge erhöht werden.

#### Begründung:

Die Zulassung und die Kapazitäten zu dem klinischen Teil des Studiums an einer Universitätsklinik werden durch die Kapazitätsverordnung geregelt. Da aber in den letzten Jahren die Anzahl der Betten (eine der Messfaktoren) an den Kliniken gesunken ist, sind auch die Kapazitäten an klinischen Studienplätzen gesunken. Dies ist ein Teil der Erklärung, dass zwar die Zulassungszahlen zum Medizinstudium eher konstant sind (durch Klagewege oft sogar etwas gestiegen), aber die Zulassungszahlen zum klinischen Studium eher gesunken sind.

Die bisherigen Angebote der finanziellen Unterstützung der Fakultäten/Universitäten sind bei Weitem nicht ausreichend, damit die Universitäten zusätzliche Studienplätze anbieten könnten. Daher soll dieser Beschluss bewirken, dass die Universitäten auch entsprechend ausgestattet werden.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Die Lehre an Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern ist Arbeitszeit

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Peters und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 72) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Für die Ärztinnen und Ärzte an den Universitätskliniken und den Lehrkrankenhäusern gehört die Mitwirkung in der Lehre zu den Dienstaufgaben. Der damit verbundene Zeitaufwand wird von Arbeitgebern aber häufig ignoriert. Die Lehre ist ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Wissensweitergabe an künftige Medizinergenerationen. Sie muss auf die Arbeitszeit an Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern zwingend angerechnet werden. Zusätzlich müssen auch die Zeiten für Vor- und Nachbereitung sowie für pädagogische und didaktische Schulungen als Arbeitszeit ausgewiesen, erfasst und abgerechnet werden. Es ist nicht akzeptabel, diesen Teil der Dienstaufgaben als Privatvergnügen anzusehen und ihn nicht als Arbeitszeit zu dokumentieren und abzugelten.



## TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Vergütung*

- VI - 37 (Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung - Ärztliche Leistung muss Basis der vertragsärztlichen Vergütung sein
- VI - 58 Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst endlich besser bezahlen
- VI - 76 Für ein Kostenerstattungssystem im deutschen Gesundheitswesen (gesetzliche Krankenkassen)
- VI - 80 Ärztliche Leistung nach Aufwand vergüten
- VI - 86 Aufnahme einer Regelung für das Aufsuchen eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau in die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Kontext der bevorstehenden Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: (Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung - Ärztliche Leistung muss Basis der vertragsärztlichen Vergütung sein

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die in § 87 Abs. 2b SGB V festgeschriebene Pauschalierung bei der Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen zurückzunehmen und die gesetzlichen Voraussetzungen für die (Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung zu schaffen. Grundlage der vertragsärztlichen Vergütung dürfen nicht Verteilungsschlüssel wie Morbidität oder Alterstruktur einer Region, sondern muss die erbrachte Leistung des Arztes sein.

Als Abrechnungs- und Vergütungsmodell ist dabei das Kostenerstattungsprinzip vorzuziehen. In Modellprojekten kann die Kostenerstattung auf Wirksamkeit, Akzeptanz und Zukunftsfähigkeit erprobt werden. Die Krankenkassen sind hierbei gefordert, die bereits bestehenden, vom Gesetzgeber zugestandenen Freiheiten bei der Durchführung von Modellprojekten vorurteilsfrei zu nutzen. Die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder sollten diese Projekte wohlwollend und aktiv unterstützen.

In diesem Zusammenhang fordert der Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber erneut dazu auf, die bestehenden Benachteiligungen für gesetzlich Krankenversicherte bei der Wahl der Kostenerstattung zu beseitigen und eine Gleichberechtigung von Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) herbeizuführen.

#### Begründung:

Der Deutsche Ärztetag ist der Überzeugung, dass die Einzelleistungsvergütung sowohl im medizinischen und im betriebswirtschaftlichen Kontext als auch mit Blick auf Leistungssteuerung und -kontrolle das optimale Vergütungsmodell darstellt. Dies schließt grundsätzliche Vereinfachungen/Zusammenfassungen und damit die begrenzte Bildung von medizinisch sinnvollen respektive notwendigen Leistungskomplexen nicht aus. Pauschalen verschleiern den tatsächlichen Leistungsbedarf und die sich daraus ergebende Planung ebenso wie eine unbedingt erforderliche Transparenz bei der Behandlung und deren Nachvollziehbarkeit, auch durch den Patienten. Insbesondere die



---

in den vergangenen Jahren verstärkt eingeführte fallzahlorientierte Honorierung führt zur einer medizinisch weder angestrebten noch erklärbaren Arbeitsverdichtung und damit zwangsläufig zu einem von keiner Seite gewollten Qualitätsverlust und zu nicht notwendigen Wartezeiten.

Das derzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung dominierende Sachleistungsprinzip verhindert Kostenbewusstsein, Transparenz und eine sachgerechte Vergütung. Regionale und/oder auf einzelne Krankenkassen beschränkte Modellprojekte können einen wesentlichen Beitrag für mehr Akzeptanz leisten und einen Nachweis über die Vorteile des Kostenerstattungsprinzips erbringen.

Die in § 13 Abs. 2 SGB V festgelegten Bestimmungen halten gesetzlich Krankenversicherte in starkem Maße von der Wahl der Kostenerstattung ab. So darf die betreffende Krankenkasse nur die Kosten erstatten, die bei einer Abrechnung nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) entstanden wären. Gleichzeitig ist der Arzt verpflichtet, nach Amtlicher Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen. Die Differenz trägt der Versicherte. Zudem werden Verwaltungskosten und zu leistende Zuzahlungen vom Erstattungsbetrag abgezogen. Diese Benachteiligungen widersprechen, wenn auch durch das GKV-Finanzierungsgesetz verringert, den im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags verankerten Zielen, Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen und die Wahl der Kostenerstattung nicht mit zusätzlichen Kosten zu „bestrafen“.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst endlich besser bezahlen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 58) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die öffentlichen Arbeitgeber auf, ihre Verweigerungshaltung aufzugeben und die seit Herbst 2010 laufenden Tarifverhandlungen für den kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) endlich durch Vorlage eines konstruktiven und akzeptablen Angebotes weiterzuführen.

Als dritte Säule des Gesundheitswesens erfüllt der öffentliche Gesundheitsdienst wichtige bevölkerungsmedizinische Aufgaben. Dazu gehören z. B. die Hygieneüberwachung, der Infektionsschutz und die Prävention. Der öffentliche Gesundheitsdienst braucht für diese Aufgaben hoch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte mit mehrjähriger Berufserfahrung.

Diese Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht für Gehälter zweiter Klasse arbeiten, und ihre Gehaltsentwicklung darf nicht von anderen Ärztegruppen abgekoppelt werden. Derzeit verdienen Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern bis zu 1.500 EUR monatlich weniger als vergleichbare Ärzte.

Bereits jetzt gibt es in Folge dieser unzureichenden Vergütungen einen erheblichen Personalmangel - ohne entsprechende Änderungen blutet der öffentliche Gesundheitsdienst aus und der Gesundheitsschutz der Bevölkerung gerät in Gefahr.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Für ein Kostenerstattungssystem im deutschen Gesundheitswesen (gesetzliche Krankenkassen)

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Kajdi (Drucksache VI - 76) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag möge sich für ein Kostenerstattungssystem im deutschen Gesundheitssystem (auch bei den gesetzlichen Krankenkassen) einsetzen.

#### Begründung:

- Erst mit der Kostenerstattung würden echte Preise für Gesundheitsleistungen für Ärzte und Patienten eingeführt. Nur wer Preise kennt, kennt auch die Kosten und kann knappe Ressourcen effizient kontrollieren.
- In einer freien Gesellschaft wie der unseren sollten Patienten die Kontrolle über die Gesundheitsleistungen haben und nicht Planungsbürokratien, die Rationierung betreiben und die über das Geld der Beitragszahler verfügen.
- Kostenerstattung macht jeden Patienten zum Lenker des Systems; Patienten sind nicht mehr Bittsteller von Krankenkassen, sondern direkte Vertragspartner von Ärzten.
- Kostenerstattung beendet damit die Zweiklassenmedizin - denn es gibt nur noch Privatpatienten.
- Kostenerstattung beendet auch das unwürdige Dasein des Arztes als „Kassenknecht“ oder als Sparkommissar für Patienten; der Patient selbst übernimmt die Kostenkontrolle.
- Kostenerstattung imprägniert das Honorarsystem gegen politische Einflüsse, beendet die ärztliche Honorardeckelung oder die Rationierung in Krankenhäusern (die sich nach der jeweiligen politischen Haushaltsslage ausrichtet) und ermöglicht endlich eine längerfristige Planbarkeit unserer ärztlichen Existenz.
- Angesichts einer immer klammer werdenden öffentlichen Haushaltsslage, die durch internationale Bailouts ganzer Länder möglicherweise auch das staatlich finanzierte Gesundheitssystem selbst gefährdet, ist Kostenerstattung möglicherweise der einzige zukunftsweisende Mechanismus, der uns vor staatlicher Insolvenz schützen wird.
- Kostenerstattung lichtet den undurchschaubaren Honorarverteilungsnebel, den keiner mehr nachvollziehen kann; sie beendet die „permanenten“ Honorarreformen



mit deren garantierten innerärztlichen Verteilungskämpfen und Verwerfungsüberraschungen und den Kassen-Kostenkontroll-Bürokratiemonstern.

- Der beste Kontrolleur der Ressourcen ist und bleibt der Patient selbst - besser als jede Kontrollbehörde.
- Die Kostenerstattung ist in anderen (Nachbar-)Ländern längst etabliert und hat sich bewährt.
- Kostenerstattung ist der einzig sinnvolle - weil ökonomische - Ressourcenverteilungsmechanismus in einer freien Gesellschaft, die den Beitragszahler ernst nimmt und ihm in so wichtigen Fragen wie Ressourcenverteilung für seine individuelle Gesundheit (also auch Leben und Tod) die Entscheidungsbefugnis zurückgibt.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Ärztliche Leistung nach Aufwand vergüten

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Blessing, Herrn Dietrich und Frau Bartels (Drucksache VI - 80) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Delegierten des 114. Deutschen Ärztetages fordern vom Gesetzgeber eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen mit dem Ziel, die ärztliche Tätigkeit zukünftig nicht mehr primär diagnosebezogen, sondern nach tatsächlichem Arzt- und Therapeutenaufwand zu vergüten.

#### Begründung:

Die Honorierung ärztlicher Tätigkeit nach Diagnosen ist unter verschiedenen Gesichtspunkten problematisch.

Ein Honorarsystem, das sich schwerpunktmäßig an Diagnosen bzw. Krankheitsmerkmalen orientiert, lässt außer Acht, dass der Aufwand ärztlicher Tätigkeit bei derselben Abschlussdiagnose durch zahlreiche Faktoren bestimmt wird, auf die der Arzt keinen Einfluss hat.

Zudem verkennt dieses Konzept, dass gerade Beratungsintensität und -umfang besondere Qualitätsmerkmale ärztlicher Behandlung sind. Dieser Beratungsumfang und -bedarf kann jedoch bei derselben Abschlussdiagnose höchst unterschiedlich sein, was in Konzepten rein diagnosebezogener Vergütungen keine Berücksichtigung findet.

Weitere Faktoren, die sich der Einflussnahme des Arztes weitgehend entziehen, sind Compliance des Patienten, Möglichkeiten der Konsiliaruntersuchung und -behandlung, Möglichkeiten der Über- oder Zuweisung des Patienten an andere Ärzte, sozioökonomischer Status des Patienten, die Verordnungsfähigkeit von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln u. v. m.

Schließlich kann auch der Aufwand für Diagnostik je nach primärer Symptomatik - ebenso wie der Aufwand für Therapie - je nach individuellem Krankheitsverlauf bei derselben Abschlussdiagnose höchst unterschiedlich sein.

Eine vorwiegend diagnosebezogene Honorierung birgt das Risiko der Verkränkung der

---





Bevölkerung durch sogenanntes Upcoding. Dieses wird verschärft durch das Interesse von Kostenträgern, in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) morbiditätsrelevante Diagnosen zu verlangen. Eine vorwiegend diagnosebezogene Honorierung birgt auch das Risiko, dass Patienten mit vergütungsrelevanten Diagnosen schnell, aber nicht gut behandelt werden, weil nicht gute Behandlungsergebnisse, sondern nur die Diagnosen vergütungsrelevant sind. Auf diese Weise werden Ärzte, die ihre Patienten gründlich und zeitintensiv beraten und behandeln, wirtschaftlich benachteiligt.

Eine Vergütung ärztlicher Tätigkeit nach Aufwand ist demgegenüber geeignet, die Unabhängigkeit ärztlicher Berufsausübung zu stärken sowie Art und Umfang der Behandlung am individuellen Bedarf des Patienten auszurichten.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Aufnahme einer Regelung für das Aufsuchen eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau in die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Kontext der bevorstehenden Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Reichwein (Drucksache VI - 86) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Da die der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu Grunde liegenden gebührenrechtlichen Bestimmungen es nicht zulassen, dass - wie vom 113. Deutschen Ärztetag in Dresden beschlossen - das Beratungsgespräch im Zusammenhang mit der Durchführung der ärztlichen Leichenschau dem Beratungsbegriff im Sinne der Gebührenordnung (GOÄ-Nr. 50: Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung, 320 Punkte) gleichgesetzt werden kann, wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als GOÄ-Verordnungsgeber aufgefordert, im Zusammenhang mit der anstehenden Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) eine die Vergütung der Leichenschau abdeckende Regelung im Sinne des letztjährigen Ärztetagsbeschlusses (DÄT Dresden 2010, Drucksache V-79) für die GOÄ zu treffen.

Die seit vielen Jahren völlig unzureichende Honorierung des Aufsuchens eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau duldet keinen weiteren Aufschub mehr. Der Deutsche Ärztetag ist sich sicher, dass die aktuelle, skandalöse Honorierung des Aufsuchens eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau so - auch vom Verordnungsgeber - nicht intendiert war und mithin auch vom Verordnungsgeber als nicht beabsichtigte Regelungslücke als unverzüglich zu korrigieren eingestuft werden wird.

In diesem Zusammenhang wird gefordert, auch die in § 8 des GOZ-Referentenentwurfs vorgesehenen günstigeren Wegegeldregelungen vorab in die GOÄ zu übernehmen.



# 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

## TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Datenschutz/Ärztliche Schweigepflicht*

VI - 29      Berufsgeheimnis von Ärztinnen und Ärzten

VI - 42      Zusammenarbeit mit den Krankenkassen - Einhaltung des Datenschutzes



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Berufsgeheimnis von Ärztinnen und Ärzten

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Kaplan, Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Ottmann (Drucksache VI - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, das Berufsgeheimnis von Ärztinnen und Ärzten durch ein uneingeschränktes Ermittlungs- und Verwertungsverbot im ärztlichen Bereich in gleicher Weise zu schützen wie das der Rechtsanwälte. Dementsprechend ist § 160a Abs. 1 StPO anzupassen.

Der Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der Privatsphäre der Patienten und damit letztlich des grundgesetzlich garantierten Persönlichkeitsrechtes liegt in gleicher Weise im Interesse der Allgemeinheit wie eine wirksam und rechtsstaatlich geordnete Rechtspflege.

Die Ärzteschaft kann deshalb nicht hinnehmen, dass ihr Berufsgeheimnis nicht in gleicher Weise durch uneingeschränkte Ermittlungs- und Verwertungsverbote geschützt wird wie das sämtlicher Rechtsanwälte (nicht nur der Strafverteidiger!).

#### Begründung:

Der Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages hat in seiner Sitzung am 10.11.2010 einen Änderungsantrag, der eine entsprechende Aufnahme auch der Ärztinnen und Ärzte umfasste, abgelehnt. Zur Aufnahme der anwaltlichen Berufsgeheimnisträger heißt es in dem entsprechenden Gesetzentwurf, dass der mit dem Entwurf zu verbessernde Schutz der anwaltlichen Berufsausübung im Interesse der Allgemeinheit an einer wirksam und rechtsstaatlich geordneten Rechtspflege liege. In gleicher Weise kann und darf der ärztliche Berufsstand für sich in Anspruch nehmen, dass eine Aufnahme seiner Berufsangehörigen ebenso dem zu verbessernden Schutz der ärztlichen Berufsausübung dient und dies insbesondere im Interesse der Allgemeinheit ist, um der grundgesetzlich garantierten Achtung der Persönlichkeits- und Privatsphäre den gebotenen Ausdruck zu verleihen. Es ist also nicht einzusehen, warum in dem Zusammenhang derart gravierende Unterschiede gemacht werden.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Zusammenarbeit mit den Krankenkassen - Einhaltung des Datenschutzes

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache VI - 42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Alle Krankenkassen (PKV und GKV) sind unvermindert bemüht, soviel Krankheitsinformationen wie möglich über ihre Versicherten zu erhalten.

Insbesondere fordern sie Krankenhaus- oder Reha-Berichte bei den Versicherten an und lassen sich dazu Schweigepflichtentbindungen geben, zum Teil gekoppelt mit der Auszahlung von Krankengeld.

Dieses geschieht trotz verschiedener Rügen (u. a. durch den Bundestag) in den vergangenen Jahren. Es wird inzwischen aber immer subtiler verklausuliert formuliert: "... um die verantwortungsvolle Tätigkeit Ihres behandelnden Arztes zu unterstützen...", "... wir leiten die Berichte an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weiter, um die Zusammenarbeit ... zu fördern."

Immer geht es darum, dass die Berichte den Krankenkassen übergeben werden und diese über das Weitere entscheiden. Die klaren Regelungen zum Datenschutz werden ausgehebelt.

Die Delegierten des 114. Deutschen Ärztetages rügen dieses Vorgehen und fordern den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die geregelte Zusammenarbeit zwischen MDK (PKV-Gutachtern) und behandelnden Ärzten sowie den bewusst eingeschränkten Datenfluss zwischen Ärzten und Versicherern in einer Mitteilung im Deutschen Ärzteblatt darzustellen.



## TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Telematik*

- VI - 110 Für moderne Informations- und Kommunikationstechnik - gegen die elektronische Gesundheitskarte
- VI - 123 Für eine kritische Begleitung der Einführung einer Telematikinfrastruktur durch die Ärzteschaft
- VI - 17 Potentielle Sicherheitslücke der ehealth-BCS-Kartenterminals im Basis-Rollout schließen
- VI - 26 Zugriff auf elektronische Patientenakten
- VI - 31 Versichertenstammdatenabgleich gehört nicht in die Arztpraxis
- VI - 33 Spannungsfeld Fallakte und Patientenakte
- VI - 71 Speicherung von Impfdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte zur Verbesserung der Patientenversorgung
- VI - 82 Keine verpflichtende Online-Anbindung an eine Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen
- VI - 122b Freiwilligkeit für Patient und Arzt
- VI - 122a Änderungsantrag zu VI-122
- VI - 122 Anwendung Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Für moderne Informations- und Kommunikationstechnik - gegen die elektronische Gesundheitskarte

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dietrich, Frau Dr. Blessing, Herrn Dr. Brunngraber, Frau Bartels, Herrn Grauduszus, Frau Prof. Dr. Krause-Girth, Herrn Dr. Pickerodt, Herrn Dr. Veelken, Frau Dr. Wulff, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Harb, Herrn Dr. Freßle, Herrn Dr. Schulte, Frau Dr. Vitzthum, Herrn Dr. Mohr, Frau Dr. Thiel, Herrn Dr. Ascheraden, Herrn Dr. Baier, Herrn Prof. Dr. Hettenbach, Herrn Dipl.-Pol. Rübsam-Simon, Herrn Dr. Barczok, Herrn Dr. Baumgärtner, Herrn Dr. Doench, Herrn Dr. Burmeister, Herrn Eskuchen und Herrn Dr. Peters (Drucksache VI - 110) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel lehnt die Unterstützung des Projekts „Elektronische Gesundheitskarte“ in der jetzt weitergeführten Form ab und fordert das neue Präsidium der Bundesärztekammer auf, diesen Beschluss konsequent umzusetzen.

#### Begründung:

„Eine bundesweite Telematikinfrastruktur mit der verpflichtenden Online-Anbindung und der Speicherung von Krankheitsdaten in einer zentralen Serverstruktur wird abgelehnt: Eine Neukonzeption des gesamten Projektes ist erforderlich.“ (Abschlusssatz "Grundsätze Telematik", Deutscher Ärztetag, Ulm 2008, nach siebenstündiger Diskussion zum Thema)

Die nach der Bundestagswahl vorgenommene Neukonzeption des Projektes entspricht nicht den ärztlichen Anforderungen und den Ablehnungsbeschlüssen der Deutschen Ärztetage von 2008 bis 2010.

Die mit großem Aufwand in sieben Bundesländern durchgeführten Tests sind gescheitert. Als Reaktion darauf hat die Politik in einer neuen Rechtsverordnung die weiteren Tests überwiegend abgeschafft. Seit sechs Jahren werden Milliarden investiert, ohne dass ein einziger Erfolg des Projekts zu verzeichnen ist.

Eine echte Neukonzeption hätte auf die Einführung einer verpflichtenden Online-Anbindung verzichtet und gesicherte elektronische Kommunikationswege für diejenigen Teilnehmer des Gesundheitswesens ermöglicht, die diese tatsächlich benötigen. Bei einer



solchen Erfüllung eines echten Bedarfes hätte es keiner staatlich aufoktroierten, zentralisierten Zwangsinfrastruktur bedurft.

Die jetzt vorgenommene „Neuorientierung“ bedeutet für die Ärzteschaft eine weitere massive Bürokratiebelastung in Kliniken und Praxen und für die gesetzlich Versicherten in Zeiten von Kassenpleiten, dass ihre Beiträge weiterhin in ein Projekt mit unsicherem Ausgang investiert werden.

Seit 2004 wird die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte geplant, um die „Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz des deutschen Gesundheitswesens zu verbessern“ (Sozialgesetzbuch V). Die neue Karte ist in 2011 immer noch nicht eingeführt. Das Projekt droht trotz aller Gesetzesänderungen weiterhin zu scheitern. Die Kostenträger müssen mit der Androhung von Zwangsgeldern gezwungen werden, an ihre Versicherten die neuen teuren Karten auszugeben.

Die zentrale Krankheitsdatenspeicherung wird vom Gesundheitsministerium weiter vorangetrieben. Aufträge zur Erstellung von zentralen elektronischen Patientenakten auf der Basis der e-Card-Infrastruktur und zur Entwicklung des von allen Deutschen Ärztetagen seit 2008 abgelehnten elektronischen Rezeptes wurden von der ehealth-Arbeitsgruppe im Ministerium an die Fraunhofer-Gesellschaften vergeben.

Die jetzige Neuauflage des Projektes hat für den geplanten Online-Rollout als 2. Ausbaustufe die Sicherheitsanforderungen deutlich reduziert.

Die Abschwächung der Sicherheitsanforderungen wird von unabhängigen Datenschutzexperten mit Kritik an gefährlichen strukturellen Sicherheitslücken beantwortet, das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) stellt in der Folge nicht umsetzbare Forderungen nach ständig zu beaufsichtigenden e-Card-Lesegeräten in Klinik und Praxis auf.

Die von Politik und gematik vorgenommene „Neukonzeption“ bedeutet für die Ärzteschaft:

- Verlagerung von Verwaltungsarbeit der Krankenkassen in die Arztpraxen durch eine verpflichtende Online-Stammdatenaktualisierung.
- Übernahme der Verpflichtung zur Bereitstellung einer elektronischen Patientenakte in Kleinformat auf dem Kartenchip der Karte (genannt Notfalldatensatz), die man überall vorlegen muss. Mit dem Auftrag vor allem an die Haus- und Facharztpraxen, in von der Bundesärztekammer geschätzten 388 Millionen Behandlungsfällen jährlich tagesaktuell eine ständig zu verändernde Versichertenakte mit allen Diagnosen und Medikamenten zu führen, welche bei jeder Medikationsänderung chronisch Kranker eine Änderung mit Signatur des Datensatzes erfordert. Ohne Klärung dessen, wer diese ausufernde Datenhaltung bezahlt und welche juristischen Konsequenzen daraus für die eintragenden und auslesenden Ärzte erwachsen. Ungeklärt sind auch die negativen Folgen dieser Datensammlung für die Patienten, zum Beispiel bei geforderter Vorlage in





---

Zwangssituationen bei Krankengeldbezug oder Bewerbungsgesprächen.

Die jetzige Neuausrichtung bedeutet eine weitere massive Bürokratiebelastung für Arztpraxen und Kliniken und steht deshalb im Widerspruch zu zahlreichen Beschlüssen Deutscher Ärztetage, die Bürokratieabbau fordern. Sie steht auch im Widerspruch zum höchstrichterlich statuierten Gebot der Datensparsamkeit.

Für die Kostenträger in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV) bedeutet die „Neuausrichtung“, dass sie in ein Projekt ohne erwiesenen Nutzen einen großen Teil der Versicherungsgelder investieren müssen – und dies in einer Zeit, in der das Kassensterben durch die Auswirkungen des Gesundheitsfonds schon eingeläutet worden ist und in der das Geld dringend für eine gute Versorgung der GKV-Mitglieder benötigt wird.

Aus diesen schwerwiegenden Gründen fordert der Deutsche Ärztetag 2011 einen Stopp des Projektes "Elektronische Gesundheitskarte" in der von Politik und gematik weiterverfolgten Form.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Für eine kritische Begleitung der Einführung einer Telematikinfrastruktur durch die Ärzteschaft

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Bartmann, Herrn Henke, Herrn Dr. Crusius, Herrn Dr. Clever, Frau Dr. Wenker, Herrn Dr. Kaplan, Herrn Dr. Wurche, Herrn Dr. Montgomery, Frau Dr. Groß, Herrn Dyk, Herrn Dr. Roy und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 123) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass im deutschen Gesundheitswesen in den letzten Jahren zunehmend Prozesse der Patientenversorgung und administrative Abläufe digitalisiert und in vernetzten Strukturen ablaufen.

Dieser Prozess der fortschreitenden Digitalisierung wird von der deutschen Ärzteschaft einerseits mit positiven Erwartungen (Verbesserung der Behandlungsprozesse durch bessere Informationsweitergabe etc.), andererseits auch mit Sorge wahrgenommen (Datenschutz der vertraulichen Informationen etc.). Dies bestätigt insbesondere auch der ehealth-Report der Ärzteschaft, den der 112. Deutsche Ärztetag in Auftrag gegeben hatte. Weitestgehende Einigkeit besteht bei der Einschätzung, dass der Prozess der Digitalisierung des Gesundheitswesens nicht umkehrbar ist.

Seit fast zehn Jahren wird in Deutschland versucht, den Prozess der Digitalisierung im Gesundheitswesen in einem Großprojekt bundesweit durch eine einheitliche und datensichere Plattform für medizinische Daten, der sogenannten Telematikinfrastruktur (TI) zu gestalten. Das Projekt ist von allen politischen Parteien in Deutschland getragen und wurde von wechselnden Regierungskoalitionen vorangetrieben.

Die Bundesärztekammer hat innerhalb des Projekts bei folgenden, für die Zukunft des Arztberufs höchst wichtigen Punkten, entscheidend gegengesteuert und sich auf Grundlage der Ärztetagsbeschlüsse durchgesetzt:

1. die Notfalldaten werden nur dezentral auf der Karte des Versicherten abgelegt. Eine zentrale Datenspeicherung aller medizinischen Patientendaten wird es nicht geben. Jegliche Form der Speicherung medizinischer Daten (Notfalldaten, elektronische Patientenakte, elektronische Fallakte) ist für den Patienten freiwillig;
  2. dezentrale Speichermedien werden fester Bestandteil der Telematikinfrastruktur. So wird ein Patient, der sich freiwillig für eine ePatientenakte entschieden hat, zukünftig die Wahlmöglichkeit haben, seine ePatientenakte auf einem
-



- Speichermedium in seiner Hand und nicht auf einem Server in der TI abzulegen;
3. keine Arztpraxis wird gezwungen, mit ihrem Patientendatensystem online zu gehen;
  4. in die Testung der Anwendungen wird ein ärztlicher Beirat – technisch sowie medizinisch-inhaltlich – einbezogen. Auch in die Entwicklung der Anwendungen bringt dieser Beirat ärztlichen Sachverstand ein.

Dieser Einfluss war nur durch die kritische Mitarbeit der Bundesärztekammer möglich. Oben genannte grundlegende Forderungen des Deutschen Ärztetags hätten ohne die Bundesärztekammer in der gematik nicht durchgesetzt werden können, und das Gegenteil wäre der Ärzteschaft per Gesetz aufgezwungen worden. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wäre dann losgelöst von den Interessen der Ärzteschaft und ausschließlich nach dem Willen der Kostenträger und der Industrie realisiert worden.

Der 114. Deutsche Ärztetag beschließt, dass die Bundesärztekammer weiterhin im Sinne der Ärzteschaft den Prozess der Digitalisierung des Gesundheitswesens aktiv mitgestaltet.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Potentielle Sicherheitslücke der ehealth-BCS-Kartenterminals im Basis-Rollout schließen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag nimmt mit Besorgnis die Berichterstattung über die potenzielle Sicherheitslücke der eHealth-BCS-Kartenterminals, die im Basis-Rollout ausgegeben werden, zur Kenntnis. Der 114. Deutsche Ärztetag stellt fest:

- Durch diese potentielle Schwachstelle wird das ohnehin fragile Vertrauen in die Sicherheit und Integrität der Telematikinfrastruktur weiter geschwächt.
- Die gematik hat diese potentielle Schwachstelle aufgedeckt, bevor ein Schaden eintreten konnte. Patientendaten wären zu keinem Zeitpunkt gefährdet gewesen.

Gleichwohl hat die Gesellschafterversammlung die gematik aufgefordert, unverzüglich zu prüfen, unter welchen Bedingungen und bei welchen Anwendungen diese Schwachstelle auftritt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik werden gebeten, sich hier aktiv einzubringen. Die Klärung und Behebung der Schwachstelle muss unter Einbeziehung der Vertreter der Bundesärztekammer vollzogen werden.

Bis diese potenzielle Schwachstelle behoben ist, empfiehlt der 114. Deutsche Ärztetag den Ärztinnen und Ärzten, keine eHealth-BCS-Lesegeräte im Rahmen des Basis-Rollouts zu erwerben.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Zugriff auf elektronische Patientenakten

### **Vorstandsüberweisung**

---

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

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, dem Schutz der Patientendaten in elektronischen Akten höheren Stellenwert einzuräumen.

Der Zugang zur Akte muss beschränkt sein auf die tatsächlich mit dem Fall Befassten.

Es muss ein abgestuftes Datenschutzkonzept erstellt werden, um

- die zur Behandlung notwendigen Daten dem Arzt zur Verfügung zu stellen,
- die Daten vor dem Zugriff Unbefugter zu sichern,
- die zur Abrechnung, Qualitätssicherung und Forschung jeweils erforderlichen Daten abgestuft zur Verfügung zu stellen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert zu prüfen, ob es sinnvoll ist, analog den Hygieneplänen für jede Einrichtung Datenschutzpläne zu erstellen.

Es muss sichergestellt werden, dass nicht jeder Zugang zum Computer auch den Zugriff auf sensibelste Patientendaten ermöglicht. Schon heute meiden bisweilen Mitarbeiter das eigene Haus, um nicht vor allen anderen offen dazustehen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Versichertenstammdatenabgleich gehört nicht in die Arztpraxis

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Stagge (Drucksache VI - 31) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag stellt fest:

Der Versichertenstammdatenabgleich ist originäre Aufgabe der Kasse und gehört nicht in die Arztpraxis.

#### Begründung:

1. Bisher haben die Kassen schon Schwierigkeiten mit dem kleinen Einmaleins der Datenerfassung:
  - falsch erfasste Geburtstage,
  - falsch erfasste Namen und Vornamen, insbesondere bei Umlauten, und
  - falsch erfasste Adressen

sind das tägliche Brot in Praxis und Klinik.

Hier sollten die Kassen zunächst ihre Hausaufgaben machen, bevor sie weiter Versichertengelder der Versorgung entziehen und sie für EDV-Firlefanz hinausschmeißen.

2. Sind die online ausgelösten Veränderungen der Versichertenstammdaten auf der Karte unwichtig, bedarf es des Aufwandes nicht. Sind sie aber wichtig, ergeben sich daraus gar Einschränkungen der Therapie, und so ergibt sich selbstverständlich ein Gesprächsbedarf, der hier unentgeltlich von der Kasse in Praxis und Klinik verlagert wird.
3. Die Online-Anbindung zum Versichertenstammdatenabgleich ist das Trojanische Pferd der Online-Vernetzung. Unter dem Vorwand, es würden Gelder bei der Chipkartenausgabe gespart, wird ein Moloch aufgebaut, der in Klinik und Praxis die Voraussetzungen zur totalen Online-Vernetzung schafft.



Zurzeit unterscheiden sich bei der alten und der neuen Karte fast nur das Foto und die Möglichkeit zum Datenabgleich. Die sogenannten „Mehrwertdienste“ sind noch nicht getestet und es ist fraglich, ob sie in der angedachten Form kommen.

2014 bedarf es nur eines Federstrichs im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und eines Kabels zu jedem Lesegerät, um die Gleichschaltung der EDV-en zu erreichen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Spannungsfeld Fallakte und Patientenakte

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Stagge (Drucksache VI - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Es ist davon auszugehen, dass Patienten im Notfall gern die jeweils notwendigen Daten freigeben würden.

Andererseits muss auch davon ausgegangen werden, dass es Patientendaten gibt, die nur dann offengelegt werden sollten, wenn sie wirklich im Einzelfall gebraucht werden.

Für dieses Spannungsfeld sollte es Regeln oder Hilfen geben, die von der Bundesärztekammer erarbeitet oder in Auftrag gegeben werden sollen.

Eine Regel könnte sein:

Eine Zusammenlegung von mehreren Fallakten zu einer Patientenakte bedarf der Zustimmung des Patienten.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Speicherung von Impfdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte zur Verbesserung der Patientenversorgung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Taube und Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache VI - 71) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Gesellschafter der gematik auf, eine Speicherung von relevanten Impfdaten als freiwillige Anwendung auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) vorzusehen und kurzfristig konzeptionell umzusetzen.

#### Begründung:

Die Dokumentation von Schutzimpfungen ist Voraussetzung für die Schaffung und Aufrechterhaltung eines umfassenden Impfschutzes und im Infektionsschutzgesetz geregelt. Impfausweise werden von den Patienten nicht ständig mitgeführt. Sowohl im Notfall als auch für differentialdiagnostische Fragestellungen und Impfindikationen ist das Wissen zu bisher durchgeführten Impfungen unerlässlich. Doppelimpfungen können vermieden werden. Dokumentierte Impfunverträglichkeiten können Komplikationen verhindern.

Bei der Implementierung eines elektronischen Impfausweises als freiwillige Anwendung der eGK liegt die Datenhoheit beim Patienten.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Keine verpflichtende Online-Anbindung an eine Telematikinfrastuktur im Gesundheitswesen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Bartels, Herrn Dietrich, Herrn Stagge und Herrn Brock (Drucksache VI - 82) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag lehnt jeglichen Zwang ab, die Ärzte zu einer Anbindung an ein System einer Telematikinfrastuktur direkt oder indirekt verpflichten. Die von maßgeblichen ärztlichen Gremien wie auch der Bundesärztekammer geforderte Freiwilligkeit einer solchen Online-Anbindung wird für Arzt und Patient gleichermaßen unmissverständlich eingefordert.

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages bekräftigen die bisher gefassten ärztlichen Beschlüsse, die eine bedingungslose Trennung der Patientendaten in Praxis- bzw. Klinikinformationssystemen von Online-Diensten (wie z. B. Versichertenstammdatenabgleich) fordern. Der Deutsche Ärztetag betrachtet die Umsetzung dieser Forderungen als Voraussetzung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit bei der Einführung einer Telematik nach § 291a SGB V.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Freiwilligkeit für Patient und Arzt

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Herrn Dietrich, Frau Bartels, Frau Dr. Lüder und Herrn Dr. Brunngraber (Drucksache VI - 122b) zum Entschließungsantrag von Herrn Dr. Bartmann, Herrn Dr. Crusius, Herrn Dr. Clever, Herrn Dr. Friebel, Herrn Dr. Kaplan, Frau Dr. Wenker, Herrn Dr. Wurche, Herrn Dr. Montgomery, Frau Dr. Groß, Herrn van Dyk, Herrn Dr. Roy und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 122) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Satz "Die Anwendung Notfalldaten ist freiwillig." soll wie folgt geändert werden:

"Die Anwendung Notfalldatensatz ist für Patient und Arzt freiwillig. Die Kosten für die gesamte Bearbeitung des Notfalldatensatzes als kleine elektronische Patientenakte sind von den Krankenkassen gesondert und vollständig zu übernehmen."



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Änderungsantrag zu VI-122

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Herrn Lange (Drucksache VI - 122a) zum Entschließungsantrag von Herrn Dr. Bartmann, Herrn Dr. Crusius, Herrn Dr. Clever, Herrn Dr. Friebel, Herrn Dr. Kaplan, Frau Dr. Wenker, Herrn Dr. Wurche, Herrn Dr. Montgomery, Frau Dr. Groß, Herrn van Dyk, Herrn Dr. Roy und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 122) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Antragstext VI-122 möge der folgende Spiegelstrich angefügt werden:

- Vor Verbreitung des Notfalldatensatzes auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) muss eine Anwendungserprobung in einem repräsentativen Querschnitt von Arztpraxen erfolgen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Anwendung Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Bartmann, Herrn Dr. Crusius, Herrn Dr. Clever, Herrn Dr. Friebel, Herrn Dr. Kaplan, Frau Dr. Wenker, Herrn Dr. Wurche, Herrn Dr. Montgomery, Frau Dr. Groß, Herrn van Dyk, Herrn Dr. Roy und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 122) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass das Notfalldatenmanagement aus medizinischer Sicht aktuell die einzig sinnvolle Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte ist.

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber und die Partner der Selbstverwaltung auf, das Notfalldatenmanagement nach den Vorgaben der Bundesärztekammer unter Wahrung folgender Voraussetzungen umzusetzen:

- Datenschutz hat oberste Priorität.
- Die Anwendung Notfalldaten ist freiwillig.
- Die Anwendung muss ohne Online-Anbindung der Ärzte nutzbar sein. Sie darf eine Online-Anbindung nicht voraussetzen.
- Die Anwendung muss praktikabel sein und darf den Arbeitsablauf in der Arztpraxis nicht stören.
- Juristische Fragen zur Verbindlichkeit, Vollständigkeit und Aktualität müssen vor Testung eindeutig geklärt sein.
- Anlegen und Pflegen der Notfalldaten müssen dem Arzt angemessen vergütet werden.



## TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Arzneimittel/Betäubungsmittel*

- VI - 27 Dispensierrecht
- VI - 38 Neuordnung der Rabattverträge/Aufhebung der Wettbewerbsverzerrung im Generikabereich
- VI - 61 Streichung LD50-Tests für Botulinumprodukte
- VI - 79 Entschärfung der Rahmenbedingungen der Diamorphinsubstitution
- VI - 85 Zulassung von oral verfügbarem, retardiertem Morphin zur Substitution Opiatabhängiger
- VI - 87 Wochenendabgabe von Substitutionsmedikamenten durch den Arzt



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Dispensierrecht

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Stagge, Herrn Prof. Dr. Bertram und Herrn Dr. Gudat (Drucksache VI - 27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert das Dispensierrecht für Ärzte.

#### Begründung:

Die zielgerichtete Pharmakotherapie ist ein wesentlicher Bestandteil ärztlichen Handelns.

Rabattvertragswirrwarr und kreative Preisgestaltung der Industrie haben eine Situation geschaffen, die dem Arzt eine sinnvolle Kontrolle über die tatsächliche Medikation erschwert, sie bisweilen unmöglich werden lässt.

Die Compliance gut eingestellter Schwerkranker wird bisweilen wegen Centbeträgen aufs Spiel gesetzt.

Hier kann das Dispensierrecht helfen, die Therapiefreiheit unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeitsaspekte zu erhalten.

Außerdem kann es helfen, den Therapieerfolg zu sichern, indem die Therapietreue erhöht wird.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Neuordnung der Rabattverträge/Aufhebung der Wettbewerbsverzerrung im Generikabereich

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Schultz (Drucksache VI - 38) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber soll das Arzneimittel-Rabattierungssystem im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dahingehend reformieren, dass auch nichtrabattierte Medikamente eine reale Chance zur weiteren Marktteilnahme behalten.

#### Begründung:

Die Rabattierung von Arzneimitteln führt in der gegenwärtigen Form dazu, dass insbesondere kleine und mittlere Generikafirmen ohne Anbindung an finanzstarke Mutterfirmen mittelfristig als selbstständige Marktteilnehmer ausscheiden müssen. Firmen ohne Rabattvertrag sind mit der entsprechenden Präparategruppe faktisch für zwei Jahre vom Markt ausgeschlossen (bezogen auf die Versicherten der betreffenden Kasse). Nach Ablauf von drei Jahren ohne Marktpräsenz erlischt die Zulassung des betreffenden Präparates. Firmen mit Rabattverträgen müssen erhebliche Gewinneinbrüche bei Rabatten von bis zu 90 Prozent hinnehmen. Es besteht die Gefahr, dass die Rabattverträge mittelfristig zu einem Konzentrationsprozess in der Pharmabranche mit dem vollständigen Verschwinden eigenständiger Generikafirmen führen. Damit würde der einzige Bereich im Pharmasektor zerstört, in dem sich ein funktionierender Markt entwickelt hat. Kurzfristigen Einsparungen im Generikabereich stünde eine langfristige Kostensteigerung durch Ausschaltung des Wettbewerbs gegenüber.

Die Wettbewerbsverzerrungen im Rabattvertragssystem könnten aufgehoben werden, wenn auch Konkurrenzpräparate zum Preis des rabattierten Präparates am Markt weiterhin teilnehmen dürften. Dazu müssten die Preisvereinbarungen der Rabattverträge veröffentlicht werden. Gleichzeitig müsste auch im Bereich der Rabattverträge ein Verbot von Preisvereinbarungen unterhalb der Produktions- und Vertriebskosten (Preisdumping) verankert werden.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Streichung LD50-Tests für Botulinumprodukte

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Müller und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache VI - 61) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Herstellerfirmen von Botulinustoxinen auf, die Validierung einer tierversuchsfreien Methode und die Streichung des LD50-Tests aus dem europäischen Arzneibuch zügig voranzutreiben.

Darüber hinaus appelliert der 114. Deutsche Ärztetag an die Deutsche Bundesregierung, die Herstellerfirmen aufzufordern, gemeinsam eine tierversuchsfreie Methode für die Testung von Botulinumtoxin zu validieren und sich für die Streichung des LD50-Tests an Mäusen aus dem europäischen Arzneibuch einzusetzen.

#### Begründung:

Die Pharmakopöe 6.0, also das aktuelle europäische und gem. § 55 Arzneimittelgesetz verbindlich gültige amtliche Arzneibuch, sieht vor, dass jede Produktionseinheit/Charge eines Botulinumtoxinproduktes im LD50-Test (Letale Dosis 50 Prozent) an Mäusen getestet wird. Daneben wird auch die Produktstabilität, wenn bspw. Änderungen im Produktionsprozess auftreten oder neue Produkte etabliert werden, im LD50-Test an Mäusen getestet (ICH-Richtlinie Q5C und Q5E über die Stabilität von Pharmazeutika).

Zum LD-50 Test gibt es drei Alternativmethoden (Erläuterung s. u.). Gemäß europäischem Arzneibuch sind die drei Alternativmethoden explizit dem LD-50-Test an Mäusen vorzuziehen. Der Mäuseversuch kann aus dem europäischen Arzneibuch gestrichen werden, sobald alle drei Herstellerfirmen in Deutschland die gleiche Alternative validiert haben. Derzeit arbeitet aber jede Firma an unterschiedlichen Alternativen (in Deutschland sind die drei Herstellerfirmen Allergan Inc., Ipsen Pharma GmbH in Ettlingen und Merz-Pharma GmbH & Co. KgaA in Frankfurt am Main ansässig. Darüber hinaus vertreibt die in Düsseldorf ansässige Firma Galderma Laboratories GmbH Botulinumtoxinpräparate.)

#### Der LD50-Test

Bei dem sogenannten LD50-Test wird diejenige Menge einer Substanz ermittelt, bei der genau die Hälfte der Versuchstiere stirbt (LD50=tödliche Dosis bei 50 % der Tiere). Im

---



konkreten Fall des Tests eines Botulinumtoxinproduktes wird für jede Produktionseinheit mehreren Gruppen von Mäusen die Substanz in die Bauchhöhle gespritzt. Jede Gruppe erhält eine andere Verdünnung des Produktes. Für die Tiere ist die Durchführung des LD50-Tests äußerst belastend. Je nach Menge der verabreichten Substanz kommt es zu Muskellähmungen, Sehstörungen und Atemnot. Der Todeskampf kann drei oder vier Tage dauern. Die Mäuse ersticken schließlich bei vollem Bewusstsein.

Sog. alternative Testverfahren

Das europäische Arzneibuch erlaubt neben dem LD50-Maus-Test drei alternative Testverfahren:

#### 1. Endopeptidase-Test

Seit dem Jahre 2005 wird der Test im Europäischen Arzneibuch als mögliche Alternative für die Endtestung der Chargen akzeptiert.

Die Eigenschaft des Botulinumtoxins, die Nervensignalübertragung zu blockieren, wird dabei an dem synthetischen Protein SNAP-25 getestet. Das Gift spaltet das Protein auf bestimmte Weise. Der Test wurde vom staatlichen Labor National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC) in Großbritannien entwickelt und wird dort seit einigen Jahren routinemäßig eingesetzt. Mindestens 5.000 Mäuse können so jedes Jahr eingespart werden.

#### 2. Nervus-phrenicus-Zwerchfell-Präparat

Dabei wird das Zwerchfell mit dem dazugehörigen Nerv (Nervus phrenicus) von Ratten oder Mäusen verwendet. Wird der Nerv elektrisch stimuliert, kommt es zu charakteristischen Zuckungen des Zwerchfells. Wird Botulismugift auf den Nerv geträufelt, zuckt der Zwerchfellmuskel weniger. Das Präparat kann einige Stunden „am Leben“ gehalten werden. In dieser Zeit können mit einem Präparat zahlreiche Proben untersucht werden.

#### 3. Mäuse-Test mit Muskellähmung als Endpunkt

Das Gift wird hierbei den Mäusen nicht in die Bauchhöhle, sondern in die Hautfalte zwischen Bauch und Hinterbein gespritzt. Es wird das Ausmaß der Lähmungen des Hinterbeins beurteilt.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Entschärfung der Rahmenbedingungen der Diamorphinsubstitution

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache VI - 79) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dafür einzusetzen, die Richtlinie "Methoden vertragsärztlicher Versorgung (MvV) zu Anforderungen an Einrichtungen zur Substitution mit Diamorphin (§ 10)" in folgenden Punkten zu entschärfen:

- täglich vorzuhaltende Behandlungszeiten von derzeit 12 Stunden (§ 10 (1))
- personelle Ausstattung mit derzeit 3 Vollzeitstellen (§ 10(81))
- drei separate Räume (§ 10 (3))
- Vorschrift der organisatorischen Trennung von Substitution mit anderen Substanzen (§10 (4))

#### Begründung:

Unter den gültigen Richtlinien wird eine Versorgung derzeit nur in den sieben ehemaligen Studienambulanzen aufrecht erhalten.

Bundesweit gibt es nach der Anpassung der Richtlinie MvV im März 2010 keine neuen Behandlungseinrichtungen, da die Richtlinie vor Beginn der Behandlung der ersten Patienten die Sicherstellung der räumlichen, strukturellen und personellen Voraussetzungen vorschreibt.

Die mit der Etablierung neuer Behandlungseinrichtungen (Zeitraum 1,5 bis 2 Jahre) verbundene Anschubfinanzierung (circa 400.000 Euro für 200 qm) und die Einreichung einer betriebswirtschaftlich ausreichenden Patientenzahl (circa 65 bis 70 Patienten) soll von den Ärztinnen und Ärzten einer entsprechenden Einrichtung getragen werden. Unter diesen Bedingungen ist die diamorphingestützte Behandlung in neuen Einrichtungen nicht umsetzbar und ignoriert den Willen des Gesetzgebers, die diamorphingestützte Behandlung einem größeren Kreis von Opiatabhängigen zugänglich zu machen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Zulassung von oral verfügbarem, retardiertem Morphin zur Substitution Opiatabhängiger

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache VI - 85) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, dafür zu sorgen, dass in Deutschland - neben dem Diamorphin als injizierbarem Medikament - zur Substitution Opiatabhängiger auch ein oral verabreichbares retardiertes Morphin für die Substitution zugelassen wird, das leichter zu handhaben ist und die Opiatabhängigen, die in der Regel schlechte venöse Zugänge haben, nicht mehr zur intravenösen Injektion zwingt.

#### Begründung:

Obwohl einige Patienten, die mit Methadon oder Buprenorphin substituiert werden, diese nicht gut vertragen, wollen sie nicht auf das Angebot, die Substitution mit Diamorphin fortzusetzen, eingehen, weil sie die intravenöse Applikation ablehnen. So geht eine für einige Patienten hilfreiche Möglichkeit zur Substitution und damit zur Unterstützung einer sozialen Integration und der Behandlung von Folgeerkrankungen verloren. Das oral verfügbare retardierte Morphin wird bereits in der Schweiz mit Erfolg verwendet.



---

**TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Wochenendabgabe von Substitutionsmedikamenten durch den Arzt

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. von Ascheraden (Drucksache VI - 87) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Verordnungsgeber wird aufgefordert, die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) wie folgt zu ändern:

"Dem Arzt ist es im Rahmen der substitutionsgestützten Therapie Opiatabhängiger gestattet, das Substitutionsmittel für einen Zeitraum von 2 Tagen dem Patienten zur Einnahme aus der Praxis mitzugeben."



# 114. Deutscher Ärztetag

Kiel, 31.05. - 03.06.2011

---

## **TOP VI      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

### *Kindergesundheit*

- VI - 98      Kindergesundheit und Fernsehen
- VI - 103     Versorgungsforschung Kinder und Jugendliche
- VI - 105     Bundeskinderschutzgesetz
- VI - 106     Flächendeckendes Elterntraining
- VI - 111     Transition von Jugendlichen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Kindergesundheit und Fernsehen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Peters, Herrn PD Dr. Benninger, Herrn Dr. Bolay, Herrn Dr. Fischbach, Herrn Dr. Voigt und Herrn Dr. Zimmermann (Drucksache VI - 98) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, durch geeignete Maßnahmen den für die kindliche Entwicklung ungünstigen Fernsehkonsum von Kindern nachhaltig zu reduzieren.

1. Reduktion der zeitlichen Exposition von Telemedien  
Es gibt einen wissenschaftlich nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Ausmaß des Bildschirmmedienkonsums und negativer Auswirkung auf schulische und berufliche Entwicklung sowie auf das Körpergewicht.
2. Verbot von Fernsehwerbung für Nahrungsmittel in Kindersendungen  
Zur Prävention von Adipositas ist ein Werbeverbot für Nahrungs- und Genussmittel insbesondere in allen Telemedien zu fordern. Kinder werden bereits im Vorschulalter durch die Werbung zum Konsum von häufig ungesunden, oft gezuckerten Snacks und Getränken, die eine Adipositas stark begünstigen („Dickmachern“), verführt.



## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Versorgungsforschung Kinder und Jugendliche

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Fischbach, Herrn Dr. Bolay, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Peters, Herrn PD Dr. Benninger und Herrn Dr. Zimmermann (Drucksache VI - 103) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, in die Versorgungsforschung Projekte zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mitaufzunehmen.

---





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Bundeskinderschutzgesetz

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Bolay und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache VI - 105) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag begrüßt den Entwurf eines neuen Bundeskinderschutzgesetzes.

Die geplante Einrichtung einer Beratungsstelle bei den Jugendämtern (neuer § 8b im SGB VIII) kann den Informationsaustausch zwischen Ärztinnen und Ärzten und Jugendämtern grundsätzlich verbessern.

Aus Sicht der Ärzteschaft ist eine stärkere verpflichtende Einbindung des kinder- und jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter in diese Thematik unverzichtbar. Die im Gesetz vorgesehene unverbindliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen den Diensten ist unzureichend. Ohne ärztliche Kompetenz lassen sich Fragen der Kindeswohlgefährdung häufig nicht beurteilen.

Die im Gesetz vorgesehenen „frühen Hilfen“ sollten für das gesamte Kindes- und Jugendalter vorgesehen werden. Die jetzt im Gesetz vorgesehene Begrenzung derartiger Hilfen auf das Säuglings- und Kleinkindesalter ist unzureichend und wird dem Bedarf älterer Kinder und Jugendlicher an niederschwelliger Hilfe nicht gerecht.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Flächendeckendes Elterntraining

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Bolay und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache VI - 106) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, ein bundesweites Elterntrainingsprogramm (z. B. Triple P) zu initiieren und die dafür erforderlichen Gelder bereitzustellen.

#### Begründung:

Psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen zeigen im Verlauf der letzten Jahre eine starke Zunahme. Eine wesentliche Ursache dieser Entwicklung liegt in den veränderten Lebensbedingungen von Kindern und deren Familien.

Experten sind sich einig darin, dass ein verändertes Erziehungsverhalten von Eltern entscheidend mit dazu beigetragen hat, diese Probleme zu verstärken. Internationale Studien mit flächenhaften Elterntrainingsprogrammen (z. B. Triple P) zeigen wiederum, dass sich das Erziehungsverhalten sowie die Erziehungskompetenz von Eltern durch Trainingsprogramme nachhaltig und langfristig positiv verändern lassen. Dadurch kann das Verhalten von Kindern und Jugendlichen positiv beeinflusst werden. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen lassen sich dadurch deutlich vermindern.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Transition von Jugendlichen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Peters, Herrn Dr. Bolay, Herrn PD Dr. Benninger, Herrn Dr. Fischbach und Herrn Dr. Voigt (Drucksache VI - 111) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert seinen Vorstand auf, sich dafür einzusetzen, dass die patientengerechte Transition von Jugendlichen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen sichergestellt ist.

Junge Menschen mit chronischen Gesundheitsstörungen (z. B. Mukoviszidose) und Behinderungen, insbesondere solche mit gravierenden Beeinträchtigungen der Mobilität (z. B. Cerebralparese, Spina bifida oder neuromuskuläre Erkrankungen), mit geistiger Behinderung oder schweren seelischen Erkrankungen benötigen lebenslang eine interdisziplinäre Betreuung mit ganzheitlichem Ansatz. In der Kindheit und Jugend erfolgt sie kindzentriert, familienorientiert und gemeindenah durch den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt in Kooperation mit niedergelassenen Spezialisten (Kinder- und Jugendärzten mit Schwerpunktweiterbildung, Kinder- und Jugendpsychiatern mit sozialpsychiatrischer Ermächtigung, Spezialambulanzen der Universitätskliniken oder großer Kinderkrankenhäuser). Von herausragender Bedeutung sind hier die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), die gem. § 119 SGB V diese Patienten bis zum 18. Geburtstag behandeln dürfen.

Allerdings ist bei den über 18-Jährigen wegen der Entwicklungsretardierung, der hohen Bindung an die Familie und oft noch nicht abgeschlossener Ausbildung noch keine Ablösung und Verselbstständigung zu erwarten. Da es für junge Erwachsene nur sehr vereinzelt interdisziplinäre Betreuungsangebote analog den Sozialpädiatrischen Zentren gibt, bleibt das Case Management in der Regel in der Hand des Hausarztes, der jedoch mit der Komplexität der Versorgung und den sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Aspekten sowie mit dem damit verbundenem Zeitaufwand stark gefordert ist. Bei zunehmenden Prävalenzen chronischer Gesundheitsstörungen bei längeren Überlebenszeiten sind in Analogie zu den SPZ Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZE) erforderlich. Niedergelassene Kinderärzte und die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) müssen berechtigt sein, diese Patienten im Bedarfsfall weiterzubetreuen, wenn:

- es keine zumutbaren Versorgungsangebote gibt,



- 
- die Patienten sich in einer sensiblen Entwicklungsphase (anstehender Abschlussphase einer Schulstufe oder Ausbildung) befinden,
  - der Entwicklungsstand des Patienten auf einem kindlichen Niveau verbleibt.



## TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### Weitere Themen

- VI - 28 Junge Ärzte auf dem Deutschen Ärztetag
- VI - 93 Was wird aus Vorstandsüberweisungen?
- VI - 117 Tagesordnung des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg
- VI - 119 Termin des Deutschen Ärztetages
- VI - 113 Anträge des Vorstandes der Bundesärztekammer
- VI - 99 Antrag auf Optimierung der Antragsorganisation und Ressourcenschonung bei kommenden Ärztetagen
  
- VI - 121 Sinnvolle Nutzung elektronischer Medien
- VI - 32 Lärmpegelbegrenzung bei Veranstaltungen für Jugendliche
- VI - 36 Anforderungen an Leitlinien der Fachgesellschaften
- VI - 39 Wegfahrsperre nach Alkoholenuss
- VI - 44 Weltgesundheitsorganisation WHO - IAEO
- VI - 45 Medizinische Folgen der Kernkraftgewinnung
- VI - 70 Ärztliche Tätigkeit und Umsatzsteuerpflicht
- VI - 83 Arztparkplatz für Wohnanlagen
- VI - 84 Erleichterung des Hausbesuchs (StVO)
- VI - 88 Abwehren von Einflüssen Dritter auf ärztliches Handeln
- VI - 89 Zuständigkeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für gesundheitliche Folgen radioaktiver Strahlen
  
- VI - 95 Legaldefinition "Psychotherapeuten"
- VI - 100 Richtlinien Psychotherapie: Differenzierung ärztlicher versus psychologischer Gutachter
  
- VI - 102 Psychoonkologie, Psychodiabetologie und andere
- VI - 104a Änderungsantrag zu VI-104
- VI - 104 Differenzierung der Berufsgruppen "Ärztliche Psychotherapeuten" versus "Psychologische Psychotherapeuten", Differenzierung "Ärztekammer" versus "Psychotherapeutenkammer"
  
- VI - 112 Kein Direktstudiengang zum Psychotherapeuten



---

**TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Junge Ärzte auf dem Deutschen Ärztetag

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Gehle, Frau Dr. Beiteke, Herrn Dr. Schröder, Frau Dr. Mitrenga-Theusinger und Herrn Prof. Dr. Paravicini (Drucksache VI - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Je fünf Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, und fünf Medizinstudierende sollen als Gäste zur Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Ärztetages eingeladen werden.



## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Was wird aus Vorstandsüberweisungen?

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Stagge und Herrn Dr. Roy (Drucksache VI - 93) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand, Delegierte, für deren Antrag "Vorstandsüberweisung" beschlossen wurde, rechtzeitig vor dem nächsten Ärztetag über den Ausgang des Verfahrens zu unterrichten.



---

**TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Tagesordnung des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 117) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Für die Tagung des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg ist ein Tagesordnungspunkt vorzusehen, der sich mit dem Thema „Definition des Begriffs Gesundheit in der Patientenversorgung“ befasst.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Termin des Deutschen Ärztetages

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Botzlar (Drucksache VI - 119) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag findet ab dem Jahr 2013 wieder vom 37. bis 40. Tag nach dem Ostersonntag statt.

#### Begründung:

Der 39. Tag nach dem Ostersonntag ist ein bundesweiter gesetzlicher Feiertag (Christi Himmelfahrt).

Fällt dieser Feiertag in die Zeit, zu der der Deutsche Ärztetag abgehalten wird, ist es für berufstätige Delegierte einfacher, ihre Teilnahme am Ärztetag zu organisieren.



## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Anträge des Vorstandes der Bundesärztekammer

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Bolay (Drucksache VI - 113) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, seine Leitanträge übersichtlicher zu strukturieren, Antragsinhalt und Begründung zu trennen und textlich zu straffen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Antrag auf Optimierung der Antragsorganisation und Ressourcenschonung bei kommenden Ärztetagen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Kajdi (Drucksache VI - 99) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag möge folgende Maßnahmen zur Optimierung und Vereinfachung des Ablaufs und des Ressourcenverbrauchs für kommende Ärztetage beschließen:

Zugang der Ärztetagsdelegierten zum Antragsverwaltungrechner und Archiv des Ärztetages von ihrem Delegiertensitzplatz aus.

Aktuelle Anträge sollten damit für alle schon während ihres Entstehungsprozesses nachvollziehbar und abrufbar werden.

Der Zugang sollte für Delegierte kostenlos sein (ggf. Bereitstellung eines entsprechenden WLAN-Zugangs, z. B. per Stick oder Passwort, während des Ärztetages).

Die Software sollte so sein, dass Änderungsanträge optisch die Änderungen der Originaltexte (Einfügungen und Streichungen) herausheben. Eine komfortable Suchfunktion für Texte sollte enthalten sein.

Dokumentensharing und gemeinsame Bearbeitung z. B. in geschlossenen Gruppen sollten - nur für Delegierte - möglich gemacht werden.

#### Begründung:

Das alleinige Vorlesen von Überschriften und die vielen Anträge mit multiplen Änderungen am gleichen langen Text machen es unmöglich, den Änderungsverlauf der Anträge im jetzt praktizierten Verfahren nachvollziehbar zu machen.

Auch kommt die "Antragsnachschiebung"-Versorgung mit Papier oft im laufenden Verfahren gar nicht mehr hinterher, und Papier wandert, wenn es zu spät ankommt, gleich in den Papierkorb.



Diese Ressourcenverschwendung muss nicht sein.

Auch könnten mit dem vorgeschlagenen Verfahren unsinnige Tätigkeiten wie das Handsortieren von ganzen Papierstapeln und von Anträgen durch Delegierte, die damit von ihrer wichtigsten Funktion - nämlich der Teilnahme an wichtigen Entscheidungsprozessen - abgehalten werden, verhindert werden.

Wer dennoch zusätzlich "alles in Papierform" haben möchte, kann das selbstverständlich bekommen.

Insgesamt würd diese Maßnahme zu wesentlich weniger (Papier-)Ressourcenverschwendung führen, Personal einsparen, die Qualität und das Tempo des Antragsverfahrens wesentlich erhöhen, viele Missverständnisse verhindern und für mehr Transparenz des Antragsverfahrens sorgen.



## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Sinnvolle Nutzung elektronischer Medien

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Bernhardt und Herrn Dr. Dewitz (Drucksache VI - 121) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen, ob die Drucksachen den Delegierten nicht in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden können, um die Papierflut drastisch zu reduzieren.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Lärmpegelbegrenzung bei Veranstaltungen für Jugendliche

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn MD Dr. Breu (Drucksache VI - 32) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf - ähnlich wie in anderen europäischen Ländern - Lärmpegelbegrenzungen bei Musikveranstaltungen für Jugendliche per Rechtsverordnung einzuführen.

Darüber hinaus wird die Bundesärztekammer gebeten, den vom 103. Deutschen Ärztetag im Jahr 2000 für Diskotheken empfohlenen Grenzwert des Dauerschallpegels von 90 bis 95 dB (A) zu überprüfen und auf Live-Veranstaltungen für Jugendliche auszudehnen.

In Deutschland leiden ca. 18 Millionen Menschen an massiven Hörstörungen. Nationale und internationale Studien zeigen übereinstimmend, dass bei 25 Prozent der Jugendlichen deutlich messbare Hörschäden vorliegen, 25 Prozent klagen über Ohrgeräusche und 40 Prozent verfügen über kein intaktes Gehör mehr. Therapieverfahren zur Heilung derartiger Krankheiten gibt es nicht. Gehörforscher gehen inzwischen davon aus, dass in einigen Jahren jeder zehnte Jugendliche ein Hörgerät braucht, wenn sich unsere Musikhörgewohnheiten nicht ändern. Als Hauptursache für diese Hörstörungen wurden bei älteren Jugendlichen der Besuch von Diskotheken, Stadtfesten und anderen Live-Musikveranstaltungen festgestellt.

In Ländern wie z. B. der Schweiz, Italien, Österreich, Schweden und Frankreich gelten inzwischen durch Rechtsnormen geregelte Grenzwerte.

Bereits der 103. Deutsche Ärztetag im Jahr 2000 forderte den Gesetzgeber auf, Lärmpegelbegrenzungen z. B. in Diskotheken gesetzlich durchzusetzen. In diesem Antrag wurde eine Begrenzung des Dauerschallpegels auf 90 bis 95 dB (A), entsprechend einer Veröffentlichung des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer von 1999, empfohlen.

Nachdem sich jedoch die 82. Gesundheitsministerkonferenz der Länder Länderübergreifend für einen einheitlichen Beurteilungsmaßstab von 99 dB (A) aussprach und der gleiche Wert in der DIN-Norm 15905-5 „Maßnahmen zum Vermeiden einer Gehörgefährdung des Publikums durch hohe Schallemissionen“ aufgenommen wurde, sollte gleichzeitig eine Überprüfung der unterschiedlichen Grenzwerte durch die Bundesärztekammer vorgenommen werden.

---



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Anforderungen an Leitlinien der Fachgesellschaften

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Wulff, Frau Bischoff, Herrn Dr. Ramm und Herrn Dr. Harb (Drucksache VI - 36) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass in den Leitlinien der Fachgesellschaften zur Symptomatik, Diagnostik, dem Verlauf und der Therapie von Erkrankungen auch der aktuell vorhandene medizinische Kenntnisstand von alters- (z. B. Kinder, Hochaltrige) und geschlechtsspezifischen Aspekten abgebildet wird.

#### Begründung:

Auf dem Weg zu einer stärker individualisierten Medizin sind auch das Lebensalter und das Geschlecht des Patienten wichtige Parameter bei der ärztlichen Entscheidungsfindung, denn dazu existiert bereits eine Fülle evidenzbasierter wissenschaftlicher Daten, z. B. <http://bioinformatics.charite.de>

Die biologischen Besonderheiten, z. B. des höheren Lebensalters, sowie die häufig bereits bestehende Pharmakotherapie bei Multimorbidität können zu anderen Konsequenzen der ärztlichen Intervention führen als bei jüngeren Patienten, z. B. durch Berücksichtigung von Arzneimittelinteraktionen oder bereits verändertem Metabolismus durch vorbestehende Nieren- oder Lebererkrankungen oder Bettlägerigkeit und Kachexie.

Bei Studien sind in Zukunft angesichts der demografischen Entwicklung die gesundheitlichen Besonderheiten hochaltriger Patienten stärker zu beachten, analog zur in dieser Hinsicht bereits verbesserten Wahrnehmung in Bezug auf das Kindesalter.

Auch die geschlechtsspezifischen biologischen Unterschiede von Menschen, beispielweise die obligat verschiedene Pharmakogenetik, erfordern verstärkte Berücksichtigung. Das hierzu verfügbare medizinische Wissen muss in die diagnostischen und therapeutischen Standards einfließen, um die Kollegen im täglichen Patientenkontakt für eine flexibel der Lebenssituation des Patienten angepasste Medizin zu sensibilisieren.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Wegfahrsperrre nach Alkoholgenuss

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Dohrmann (Drucksache VI - 39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Deutsche Ärzteschaft unterstützt Überlegungen und Initiativen des Bundesgesetzgebers zur Installation von Wegfahrsperrren nach Alkoholgenuss in Personenkraftwagen und Nutzfahrzeugen.

#### Begründung:

Alkohol als gesellschaftlich akzeptierte und legale Droge stellt gleichwohl ein hohes Gefährdungspotential bei allen Aktivitäten, die die volle körperliche und geistige Fitness erfordern, so auch im Straßenverkehr, dar. Schon ein Promillegehalt von 0,2 beeinträchtigt die Sehleistung und Wahrnehmungsfähigkeit für bewegte Objekte. Außerdem können Geschwindigkeiten nicht mehr richtig eingeschätzt werden; dazu verschlechtert sich die Reaktionszeit. Entsprechend erhöht sich die Unfallgefahr: Schon bei 0,5 Promille Alkohol im Blut verdoppelt sie sich, bei 0,8 Promille steigt sie sogar auf das Fünffache. Diese Fakten werden durch die jährlichen Unfallstatistiken untermauert. Das Prinzip Prävention vor Strafe nutzt dabei nicht nur dem betroffenen Autofahrer selbst, sondern schützt auch potenzielle unbeteiligte Dritte als Unfallopfer.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Weltgesundheitsorganisation WHO - IAE0

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Frau Dr. Pfaffinger (Drucksache VI - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) darauf zu dringen, das über 50 Jahre alte Abkommen der WHO mit der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO) bezüglich der Folgen von radioaktiver Strahlung in der bestehenden Form aufzukündigen. Die WHO muss in ihrer Arbeit hinsichtlich der Gefahren von Radioaktivität unabhängig arbeiten und agieren können.

#### Begründung:

In dem Abkommen mit der IAEO vom Mai 1959 verpflichtete sich die WHO dazu, „bevor sie ein Forschungsprogramm oder eine Maßnahme“ zu Folgen radioaktiver Strahlung einleitet, „die IAEO zu konsultieren, um die betreffende Frage einvernehmlich zu regeln“. Doch der Hauptzweck der IAEO besteht laut Satzung darin, die Nutzung der Atomenergie zu fördern. Ein Widerspruch, der nicht aufzulösen ist.

So führt dieses Abkommen unter anderem dazu, dass die WHO die gesundheitlichen Folgen der Tschernobylkatastrophe bis heute herunterspielt und Dokumente zu den Risiken der Atomtechnologie nicht veröffentlicht. In ihren offiziellen Verlautbarungen manipulieren IAEO und WHO sogar die eigenen Daten. Bei den im September 2005 vom „Tschernobylforum der Vereinten Nationen“ unter Federführung der IAEO und der WHO vorgelegten Arbeitsergebnissen zu den Folgen von Tschernobyl gab es gravierende Unstimmigkeiten zwischen Presseerklärung, WHO-Bericht und den zugrunde liegenden Quellen.

Auch zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Reaktorkatastrophe von Fukushima hat die WHO bisher nur unzureichend Stellung bezogen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Medizinische Folgen der Kernkraftgewinnung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Frau Dr. Pfaffinger (Drucksache VI - 45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die deutsche Ärzteschaft nimmt mit Bestürzung zur Kenntnis, dass die medizinischen Auswirkungen der Reaktorkatastrophe von Fukushima bis heute nicht abschätzbar sind. Wie schon nach der Katastrophe von Tschernobyl wird offensichtlich, dass eine wirksame medizinische Hilfe nach atomaren Unfällen nicht möglich ist. Uns Ärzten bleibt nur palliatives Eingreifen. Die atomare Technologie hat sich von der Urangewinnung, dem Betrieb von Atomkraftwerken, der Beherrschung von Unfällen bis hin zur Endlagerung als technisch letztlich nicht beherrschbar erwiesen. Der Deutsche Ärztetag begrüßt deshalb die Absichtserklärung der Bundesregierung, bis zum Jahre 2022 aus der Energiegewinnung durch Kernenergie auszusteigen. Er betont aber gleichzeitig, dass aus medizinischen Gründen der Sofortausstieg aus der Kernenergie zu fordern ist.

#### Begründung:

Eine Begründung ergibt sich angesichts der Schwere der bisherigen Unfälle in Kernkraftwerken und ihren medizinischen Folgen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Ärztliche Tätigkeit und Umsatzsteuerpflicht

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dietrich, Frau Bartels, Frau Dr. Lundershausen, Frau PD Dr. Jung und Herrn Dr. Brunngraber (Drucksache VI - 70) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ärztliche Tätigkeit am Patienten ist grundsätzlich Ausübung ärztlicher Heilkunst mit dem Ziel, Krankheiten oder andere Gesundheitsstörungen zu diagnostizieren oder zu behandeln. Für diese ärztliche Tätigkeit gilt die Umsatzsteuerbefreiung (OFD Karlsruhe, Vfg. v. 05.04.2011).

Nach Auffassung des Deutschen Ärztetages gilt die Umsatzsteuerbefreiung ebenso für alle privatärztlichen Leistungen, die dem Ziel dienen, Krankheiten oder andere Gesundheitsstörungen zu diagnostizieren oder zu behandeln. Dies umso mehr, als individuelle Gesundheitsleistungen und Wahlleistungen zunehmend eine gute Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland gewährleisten. Zudem sind zunehmend Leistungen, die der Erkennung, Linderung oder Behandlungen von Krankheiten dienen, keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bundesärztekammer und Landesärztekammern werden aufgefordert, diese Position gegenüber Gesetzgeber und Behörden zu vertreten.



---

**TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Arztparkplatz für Wohnanlagen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Reichwein (Drucksache VI - 83) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Bedingungen zu schaffen, dass bei der Errichtung von größeren Wohnanlagen, Alten- und Pflegeheimen etc. ab einer Mindestgröße von ca. 20 Wohneinheiten verpflichtend ein Arztparkplatz ausgewiesen und freigehalten wird.



---

**TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Erleichterung des Hausbesuchs (StVO)

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Reichwein (Drucksache VI - 84) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Straßenverkehrs-Ordnung (StVO) dahingehend zu ändern, dass der Arzt bei Durchführung von Hausbesuchen (nicht nur im Notfall oder im Bereitschaftsdienst) nach straßenverkehrsrechtlichen Regelungen besondere Befugnisse erhält, z. B. Fahren auf Busspuren, Fußgängerzonen befahren, Kurzparken etc.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Abwehren von Einflüssen Dritter auf ärztliches Handeln

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Frau Dr. de Mattia (Drucksache VI - 88) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sollten Ärzten die Möglichkeit geben, ihre Berufsausübung sinnvoll zum Wohle des Patienten zu gestalten. Im letzten Jahrzehnt sind die Verhältnisse im klinischen Alltag durch finanzielle und personelle Ressourcenknappheit gekennzeichnet. „Nichtärzte“ wurden vielerorts beauftragt, Regelwerke zu entwickeln, um die Krankenversorgung innerhalb der Mittelknappheit wirtschaftlich zu organisieren. Was ursprünglich als Unterstützung z. B. bei Schnittstellenproblemen gedacht war, entwickelt sich nun zu unangemessenen Eingriffen in die ärztliche Tätigkeit und Freiberuflichkeit.

Klinikkonzerne planen die Subspezialisierung des ärztlichen Tätigkeitsprofils in kleinteilige Aufgabengebiete, wodurch der Behandlungsablauf zersplittert und der spezialisierte Arzt den Patienten immer weniger ganzheitlich wahrnehmen würde. Das Ziel solcher Maßnahmen ist in erster Linie die Effizienzsteigerung. Die Auswirkungen auf die Betreuung der Patienten und auf die Qualität der Berufsausübung der Ärzte stehen dabei nicht im Vordergrund. Häufig werden sogar externe Consultingfirmen damit beauftragt, den Behandlungsablauf nach dem Vorbild industrieller Fertigungsprozesse zu „taktan“ und zu optimieren. Der Arzt, dem eigentlich die individuelle Therapieplanung eines Patienten obliegen sollte, wird so zum Leistungserbringer reduziert.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher die Bundesärztekammer auf,

1. Tendenzen, die im Widerspruch zur Berufsordnung stehen, kritisch zu verfolgen, öffentlich zu machen und zusammen mit den politischen Gremien abzuwehren,
2. Einflussnahmen Dritter auf ärztliche Entscheidungsprozesse in der Patientenversorgung, z. B. in der Indikationsstellung, anzuprangern,
3. Veränderungen der Weiterbildungsordnung, die als formale Grundlage zur erleichterten Umsetzung von rein wirtschaftlich orientierten Versorgungsmodellen dienen könnten, streng zu prüfen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Zuständigkeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für gesundheitliche Folgen radioaktiver Strahlen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Pickerodt, Herrn Dr. Veelken und Frau Kulike (Drucksache VI - 89) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, sich für eine Revision des Vertrages einzusetzen, der 1959 zwischen der World Health Organisation (WHO) und der International Atomic Energy Agency (IAEA) abgeschlossen wurde. Dieser Vertrag, der lange unter Verschluss gehalten wurde, bindet die WHO dergestalt, dass sie in Fragen radioaktiver Strahlen einschließlich ihrer gesundheitlichen Folgen auf eigene Untersuchungen und öffentliche Stellungnahmen verzichtet und dies der IAEA überlässt.

#### Begründung:

Für uns als Ärzte stehen die Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit naturgemäß im Vordergrund, deren Ausmaß im Falle des havarierten japanischen Reaktors derzeit noch nicht abzusehen sind. Von entscheidender Bedeutung ist es, dass bei einer Katastrophe diesen Ausmaßes darauf vertraut werden kann, dass die erforderlichen Daten schnell erhoben und aus ihnen die Richtlinien für therapeutisches und prophylaktisches Handeln erarbeitet und umgesetzt werden. Erfahrungen liegen immerhin seit dem Atomunfall von Tschernobyl 1986 vor. Die Weltgesundheitsorganisation WHO scheint die dafür zuständige Institution zu sein. Nach dem Wortlaut des Vertrags, der zwischen ihr und der Internationalen Atomenergie-Agentur (IAEA) geschlossen wurde, ist sie dies aber offenbar nicht. Hier ist Abhilfe geboten, denn es ist inakzeptabel, dass eine zum Schutz der menschlichen Gesundheit geschaffene Institution ihrem Auftrag nicht nachkommen kann, wenn sie sich im Konflikt mit der IAEA befindet, die sich definitionsgemäß als Agentur für Förderung und Ausbau der Kernenergie versteht. Es ist zwingend erforderlich, derartige Hindernisse abzubauen, damit ärztliches Handeln auch im globalen Maßstab möglich ist.



## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Legaldefinition "Psychotherapeuten"

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Heister, Frau Dr. Groß, Frau Haus und Herrn Dietrich (Drucksache VI - 95) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand wird um Auskunft über den Stand seiner Bemühungen zur Korrektur der falschen Legaldefinition "Psychotherapeuten" im § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V gebeten.





---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Richtlinien Psychotherapie: Differenzierung ärztlicher versus psychologischer Gutachter

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Stelzer (Drucksache VI - 100) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Richtlinienpsychotherapie umfasst therapierbare psychische Erkrankungen mit psychosomatischem und psychiatrischem Hintergrund, für deren Bewertung und Einordnung der psychologische Gutachter nicht ausgebildet ist. Daher sollte der Gutachterbericht eines ärztlichen Psychotherapeuten grundsätzlich auch von einem ärztlichen Gutachter beurteilt werden. Im Widerspruchsverfahren, also nach Ablehnung eines Antrags durch einen psychologischen Gutachter, sollte in diesem Fall zumindest der Obergutachter ein ärztlicher Psychotherapeut sein.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Psychoonkologie, Psychodiabetologie und andere

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Groß, Herrn Dr. Heister, Frau Bartels, Frau Haus und Herrn Dr. Hammer (Drucksache VI - 102) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, diejenigen Elemente und Inhalte des Medizinstudiums, der ärztlichen Weiterbildungsordnung und ärztlicher Fortbildungscurricula zusammenzustellen, die seitens der Bundeskammer für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und deren Landesgliederungen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Psychologischen Psychotherapeuten psychologisch definiert werden. Auch die Aktivitäten von Verbänden und deren Angebote, wie sie ebenso für andere Berufsgruppen bestehen, sollen dabei beachtet werden.

#### Begründung:

Seitens konkurrierender Berufsgruppen wird Ärztinnen und Ärzten mit ihrer ärztlichen Weiterbildung immer häufiger die Qualifikation für bestimmte Bereiche ärztlicher Tätigkeit abgesprochen.

Ärztinnen und Ärzte werden immer häufiger in teilweise teure „Zusatzqualifikationskurse“ gezwungen, wie z. B. in dem Bereich der Psychoonkologie durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Es muss verdeutlicht werden, dass Medizinstudium, ärztliche Weiterbildung und ärztliche Fortbildung ausreichen, um sich für alle Felder ärztlicher Tätigkeit zu qualifizieren.

Es kann nicht angehen, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Qualifikationsnachweise von anderen Berufsgruppen und Organisationen erwerben müssen.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Änderungsantrag zu VI-104

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Heister (Drucksache VI - 104a) zum Beschlussantrag von Frau Bartels und Herrn Dietrich (Drucksache VI - 104) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im dritten Absatz des Antragstextes ist das Wort "Psychotherapeutenkammer" durch "Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und KJP" zu ersetzen.

#### Begründung:

Die Bezeichnung "Psychotherapeutenkammer" fußt auf der falschen Legaldefinition des Begriffes Psychotherapeut im § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V, den zu korrigieren sich die Bundesärztekammer auf Grundlage zweier Ärztetagsbeschlüsse einsetzt.



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Differenzierung der Berufsgruppen "Ärztliche Psychotherapeuten" versus "Psychologische Psychotherapeuten", Differenzierung "Ärztekammer" versus "Psychotherapeutenkammer"

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Frau Bartels und Herrn Dietrich (Drucksache VI - 104) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, sich für eine klare Unterscheidung und Definition der Berufsgruppen „Ärztlicher Psychotherapeut“ versus „Psychologischer Psychotherapeut“ in Politik und Öffentlichkeit einzusetzen.

Hierbei ist neben der Profession des Arztes auch die umfassende medizinisch-somatische Ausbildung des ärztlichen Psychotherapeuten besonders zu betonen.

Die unterschiedlichen Rechte und Pflichten beider Berufsgruppen sind zu differenzieren. Die Vertretung der ärztlichen Psychotherapeuten durch die „Ärztekammer“ und die Vertretung der psychologischen Psychotherapeuten durch die „Psychotherapeutenkammer“ sind ebenfalls zu betonen.

#### Begründung:

Während psychotherapeutisch tätige Ärzte ein Medizinstudium einschließlich der gesamten somatisch-humanmedizinischen Inhalte absolvieren und sich darüber hinaus psychotherapeutisch weiterbilden, absolvieren psychologische Psychotherapeuten ein Psychologiestudium ohne vergleichbare somatische Inhalte.

Die Bewertung somatischer (Mit-)Ursachen psychischer Erkrankungen und die differentialdiagnostische Abgrenzung von psychiatrischen Störungen sind von grundlegender Bedeutung sowohl bei der Primärdiagnostik aber auch oftmals im weiteren Krankheitsverlauf und während einer Psychotherapie.

Die geforderte Differenzierung dient auch der kritischen Bewertung des Anliegens psychologischer Berufsverbände, dass psychologische Psychotherapeuten selbst Medikamente, Heil- und Hilfsmittel (Ergotherapie, Logopädie) verordnen dürfen sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Krankenseinweisungen ausstellen wollen. Der Deprofessionalisierung des ärztlichen Berufsbildes ist auch in diesem Bereich Einhalt zu gebieten.

---



---

## **TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Betrifft: Kein Direktstudiengang zum Psychotherapeuten

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Roth-Sackenheim, Herrn Dr. Ramm und Herrn Dr. Heister (Drucksache VI - 112) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag spricht sich gegen einen Direktstudiengang zum Psychotherapeuten aus.

Das Bundesgesundheitsministerium erwägt aus ordnungspolitischen Gründen die Schaffung eines universitären Direktstudienganges zum Psychotherapeuten - unter Verzicht auf ein Medizin- oder Psychologiestudium, mit Bachelor- oder Masterabschluss und mit einer Dauer von maximal fünf Jahren.

Für uns Ärzte würde das in Zukunft unter anderem bedeuten, dass die Richtlinien-Psychotherapie und allgemeine psychotherapeutische Interventionen in der Weiterbildung ihren Stellenwert verlieren würden.



**TOP VII      Bericht über die Jahresrechnung der  
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010  
(01.07.2009 – 30.06.2010)**

VII - 01      Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das  
Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010)



---

**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das  
Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)**

Betrifft: Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr  
2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010)

**Beschluss**

---

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

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der  
Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2009/2010  
(01.07.2009 - 30.06.2010) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Deloitte & Touche  
GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010) wird  
gebilligt.



**TOP VIII      Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für  
das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)**

VIII - 01      Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das  
Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010)





---

**TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr  
2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)**

Betrifft: Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr  
2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010)

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Ensink (Drucksache VIII - 01) beschließt der 114. Deutsche  
Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2009/2010  
(01.07.2009 - 30.06.2010) Entlastung erteilt.



**TOP IX      Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012  
(01.07.2011 – 30.06.2012)**

- IX - 01      Bericht des Vorstands der Bundesärztekammer an den 114.  
Deutschen Ärztetag 2011 betreffend die gemeinsame Rechtsabteilung
- IX - 02      Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012  
(01.07.2011 - 30.06.2012)
- IX - 03      Einrichtung einer eigenständigen Rechtsabteilung der  
Bundesärztekammer



---

**TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)**

Betrifft: Bericht des Vorstands der Bundesärztekammer an den 114. Deutschen Ärztetag 2011 betreffend die gemeinsame Rechtsabteilung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 114. Deutsche Ärztetag nimmt den Bericht des Vorstands der Bundesärztekammer betreffend die gemeinsame Rechtsabteilung zur Kenntnis.

Begründung:

Der 113. Deutsche Ärztetag hat 2010 in Dresden u. a. beschlossen, den Vorstand der Bundesärztekammer aufzufordern, „die Möglichkeit und Sinnhaftigkeit der Einrichtung einer eigenen Rechtsabteilung zu prüfen.“ Entsprechend legt der Vorstand einen Bericht vor.



---

**TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)**

Betrifft: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 02) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012) in Höhe von 17.461.000,00 Euro wird genehmigt.



---

**TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)**

Betrifft: Einrichtung einer eigenständigen Rechtsabteilung der Bundesärztekammer

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Rolshoven (Drucksache IX - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Es ist eine eigenständige Rechtsabteilung der Bundesärztekammer einzurichten.

Begründung:

Die gemeinsame Rechtsabteilung hatte in der Vergangenheit einen Spagat zwischen den eher an sozialrechtlichen Vorgaben orientierten Ausrichtungen des kassenärztlichen Systems und den eher am Berufsrecht orientierten Interessen des Kammersystems zu leisten. Die Verteidigung der ärztlichen Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit ist dabei zu kurz gekommen. Diese ärztliche Unabhängigkeit als wichtige Bedingung für Berufszufriedenheit ist Kernthema der ärztlichen Berufsordnung und dient eindeutig dem wohlverstandenen Interesse der Patientinnen und Patienten. Nur eine eigenständige Rechtsabteilung kann sich diesen Interessen konzentriert widmen. Unterschiedliche Ausrichtungen der beiden ärztlichen Körperschaften sind für Verhandlungspartner im politischen Raum beim Auftreten einer gemeinsamen Rechtsabteilung nicht erkennbar.



## TOP X

## Wahlen

- X - 05 Wahl des Präsidenten
- X - 07 Wahl des ersten Vizepräsidenten
- X - 16 Wahl des zweiten Vizepräsidenten
- X - 18 Wahl der weiteren Ärztinnen/weiteren Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer
- X - 10 Wahl der weiteren Ärztinnen/weiteren Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer
- X - 01 Wahl der „Ordentlichen Mitglieder“ des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung
- X - 02 Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin
- X - 03 Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte
- X - 06 Änderung der Tagesordnung



**TOP X Wahlen**

Betrifft: Wahl des Präsidenten

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Schäfer, Herrn Dr. Wesiack, Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Hoppe, Herrn Henke, Herrn Dr. Wolter, Frau Bischoff, Herrn Dyk, Herrn Dr. Harb, Herrn Dr. Niemann, Herrn Dr. Ramm und Frau Dr. Wulff (Drucksache X - 05) wählt der 114. Deutsche Ärztetag im zweiten Wahlgang in geheimer Wahl

Herrn Dr. Frank Ulrich Montgomery

mit 128 von 249 gültigen Stimmen in das Amt des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages.



---

**TOP X Wahlen**

Betrifft: Wahl des ersten Vizepräsidenten

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Voigt, Frau Dr. Goesmann, Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe, Frau Dr. Gitter, Herrn Dr. Kaplan, Frau Dr. Groß, Herrn Dr. Montgomery, Frau Dr. Beiteke, Herrn Dr. Botzlar und Frau Dr. Machnik (Drucksache X - 07) wählt der 114. Deutsche Ärztetag im ersten Wahlgang in geheimer Wahl

Frau Dr. Martina Wenker

mit 227 von 245 gültigen Stimmen in das Amt der ersten Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.





**TOP X Wahlen**

Betrifft: Wahl des zweiten Vizepräsidenten

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann, Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Hoppe, Frau Dr. Wenker, Herrn Dr. Römer, Herrn Dr. Ottmann, Herrn Henke und Frau Dr. Lux (Drucksache X - 16) wählt der 114. Deutsche Ärztetag im ersten Wahlgang in geheimer Wahl

Herrn Dr. Max Kaplan

mit 229 von 244 gültigen Stimmen in das Amt des zweiten Vizepräsidenten der Bundesärztekammer.



**TOP X Wahlen**

Betrifft: Wahl der weiteren Ärztinnen/weiteren Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Botzlar, Frau Dr. Wenker, Herrn Dr. Kaplan, Frau Dr. Mitrenga-Theusinger, Herrn Zimmer und Herrn Prof. Dr. Bertram (Drucksache X - 18) wählt der 114. Deutsche Ärztetag im ersten Wahlgang in geheimer Wahl

Herrn Rudolf Henke

mit 147 von 244 gültigen Stimmen in das Amt eines Mitglieds des Vorstands der Bundesärztekammer.



---

**TOP X Wahlen**

Betrifft: Wahl der weiteren Ärztinnen/weiteren Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Stagge (Drucksache X - 10) wählt der 114. Deutsche Ärztetag im ersten Wahlgang in geheimer Wahl

Frau Dr. Ellen Lundershausen

mit 152 von 239 gültigen Stimmen in das Amt eines Mitglieds des Vorstands der Bundesärztekammer.



**TOP X Wahlen**

Betrifft: Wahl der „Ordentlichen Mitglieder“ des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache X - 01) wählt der 114. Deutsche Ärztetag folgende Persönlichkeiten als ordentliche Mitglieder in den Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung:

Prof. Dr. Otto Bach, Dresden

Dr. Klaus Baier, Stuttgart

Dr. Franz Bartmann, Bad Segeberg

Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Köln

Dr. Max Kaplan, München

Prof. Dr. Hugo Van Aken, Münster

Jens Wagenknecht, Varel

---



---

**TOP X Wahlen**

Betrifft: Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache X - 02) wählt der 114. Deutsche Ärztetag folgende Persönlichkeiten in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin:

Prof. Dr. Vittoria Braun, Berlin

Dr. Cornelia Goesmann, Hannover

Dr. Max Kaplan, München

Dr. Hans-Michael Mühlenfeld, Bremen

Bernd Zimmer, Wuppertal



**TOP X Wahlen**

Betrifft: Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache X - 03) wählt der 114. Deutsche Ärztetag folgende Persönlichkeiten in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte:

Prof. Dr. Bernd Bertram, Aachen

Dr. Ulrich Clever, Stuttgart

Dr. Ellen Lundershausen, Erfurt

Dr. Klaus Ottmann, München

Dr. Martina Wenker, Hannover



---

**TOP X Wahlen**

Betrifft: Änderung der Tagesordnung

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Herrn Dr. Rechl, Herrn Dr. Ottmann, Herrn Dr. Calles und Herrn Dr. Voigt (Drucksache X - 06) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag:

Vorziehen des Tagesordnungspunktes X: Wahlen auf Donnerstagmorgen.



**TOP XI      Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen  
                  Ärztetag 2013**

XI - 01      Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013





---

**TOP XI Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013**

Betrifft: Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache XI - 01) beschließt der 114. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Als Tagungsort für den 116. Deutschen Ärztetag 2013 vom 28. bis 31. Mai 2013 wird Hannover vorgeschlagen.



## **Inhaltsverzeichnis numerisch**

<b>I</b>	<b>Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik</b>	<b>09</b>
I - 01	Versorgungsgesetz: Neuregelungen im SGB V brauchen Dialog mit der Ärzteschaft	12
I - 02	Präimplantationsdiagnostik	24
I - 03	Organ- und Gewebespende – Modell einer Selbstbestimmungslösung mit Information und Erklärungspflicht	27
I - 04	Novellierung der GOÄ jetzt!	33
I - 06	Niedergelassene Ärzte sind nicht Beauftragte der Krankenkassen	40
I - 06a	Änderungsantrag zu I-06	39
I - 07	Bedarfsplanung aufheben	17
I - 08	GOÄ als alleinige Abrechnungsgrundlage bei Kostenerstattung	35
I - 10	Keine Öffnungsklausel in der GOÄ	36
I - 11	Eintritt von Kapitalgesellschaften in die ambulante Versorgung/Versorgungsgesetz	18
I - 12	Versorgungsgesetz - Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	20
I - 13	Versorgungsgesetz - ambulante spezialisierte fachärztliche Versorgung	21
I - 14	Versorgungsgesetz - Vereinbarkeit Beruf und Familie	22
I - 15	Betreuungsangebote für Kinder - Vereinbarkeit von Beruf und Familie	41
I - 18	Tarifautonomie bewahren - Freiheitsrechte schützen	42
I - 19	§ 63 Abs. 3c SGB V	48
I - 20	Bessere Betreuung der jungen Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung	44
I - 22	Beteiligung der Landesärztekammern an den regionalen sektorenübergreifenden Koordinierungsstellen im Rahmen der Versorgungsplanung auf Landesebene	11
I - 23	Fachärztliche Weiterbildung im ambulanten Bereich	49
I - 23a	Änderungsantrag zu I - 23	50
I - 24	Zeitnahe Novellierung und kontinuierliche Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	37
I - 25	Förderung der Gewebespende	30
I - 28	Selbstständige Ausübung der Heilkunde nur durch Ärzte	47
I - 29	Aktualisierte Auslegung des Mutterschutzgesetzes	45

<b>II</b>	<b>Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – ein zukunftsweisendes Konzept</b>	<b>51</b>
II - 01	Palliativmedizinische Versorgung stärken	52
II - 02	Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland – Weiterentwicklung	55
II - 03	Förderung der Palliativmedizin und Versorgung chronisch Kranker	56
II - 05	Ausbau palliativmedizinischer und schmerztherapeutischer Versorgung	57
II - 07	Monitoring der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung in Deutschland	58
II - 09	Kostenübernahme für stationäre Versorgung im Hospiz	59
<b>III</b>	<b>Novellierung einzelner Bestimmungen der (Muster-)Berufsordnung (Präambel, §§ 2 II, III, V und VII, 6 bis 8, 12 IV, 15, 16, 18 I, IIa und III, 20 II, 23c, 26, 27 III, IV, 28 bis einschl. Kapitel D)</b>	<b>60</b>
III - 01	Änderung der (Muster-)Berufsordnung	62
III - 01-27	Änderungsantrag zu III-01 - § 2 Abs. 1	61
III - 02	(Neu-)Definition des Begriffs "Gesundheit" in der Berufsordnung	64
III - 05	Schweigepflicht nach § 9 (Muster-)Berufsordnung der MBO-Novelle	65
<b>TOP IV</b>	<b>(Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht</b>	<b>66</b>
IV - 01	Quereinstieg in die Allgemeinmedizin	82
IV - 02	Erwerb der Bezeichnung Kur- bzw. Badearzt	75
IV - 03	Quereinstieg in die Allgemeinmedizin - Anerkennung stationärer Weiterbildungszeiten	83
IV - 04	Empfehlungen für die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen	68
IV - 05	Balint-Gruppen-Teilnahme, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, fachgebunden	76
IV - 07	Uneingeschränkte Anerkennung positiver Entscheidungen der Landesärztekammern untereinander	69
IV - 08	Beteiligung an der Evaluation der Weiterbildung	86
IV - 09	Ausrichtung der MWBO an den tatsächlichen Erfordernissen und Inhalten des Fachgebietes Allgemeinmedizin	84
IV - 10	Weiterbildung ohne Eigenbeteiligung in der regelmäßigen Arbeitszeit	70
IV - 12	Fachgebietsgrenzen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	71
IV - 13	Zusatz-Weiterbildung als berufsbegleitendes Modul	73
IV - 14	Erwerb der Zusatzbezeichnung Sportmedizin für Arbeitsmediziner und Öffentliches Gesundheitswesen	77
IV - 15	Änderung zur (Muster-)Weiterbildungsordnung - Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie	78
IV - 17	Einführung von Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin und Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik in der Radiologie	80
<b>V</b>	<b>Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage</b>	<b>87</b>
V - 01	Änderung des § 11 Abs. 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage	88

<b>VI</b>	<b>Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer</b>	90
VI - 01	Verstetigung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer	92
VI - 02	Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern – ärztliche Kompetenzen nutzen	94
VI - 03	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	107
VI - 04	Synergie statt Konkurrenz – Kooperation der Gesundheitsberufe verbessern, Versorgungsprozesse optimieren	116
VI - 05	Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten fördern!	119
VI - 06	Verhaltensbezogene Präventionsleistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V sinnvoll gestalten, Ärzte strukturell einbinden	96
VI - 07	Stärkung des Arztes in der Gesundheitsförderung und Früherkennung von Suchterkrankungen	97
VI - 08	Folgen von Gewalt – Sensibilisierung der Ärztinnen und Ärzte	123
VI - 09	Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	132
VI - 10	Änderungen im Kapazitätsrecht beim Medizinstudium	152
VI - 11	Auswahlverfahren an den Hochschulen	153
VI - 12	Bürokratieabbau in der Selbstverwaltung	160
VI - 12a	Änderungsantrag zu VI-12	159
VI - 13	Sicherung der Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch ausreichende Finanzierung	99
VI - 14	Stärkere Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Patientinnen und Patienten bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen	100
VI - 15	Gendiagnostikgesetz	174
VI - 16	Prioritäten in der Gesundheitsversorgung	163
VI - 17	Potentielle Sicherheitslücke der ehealth-BCS-Kartenterminals im Basis-Rollout schließen	210
VI - 18	Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung – keine Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung	176
VI - 19	Verkürzung des Krankenpflegepraktikums auf zwei Monate	154
VI - 21	PJ-Tertiale in der ambulanten Versorgung ermöglichen	155
VI - 22	Bundesweite Arbeitszeitkontrollen	169
VI - 23	Beibehaltung der europäischen Arbeitszeitvorschriften	170
VI - 24	Konsequente Vergütung geleisteter Überstunden	183
VI - 25	Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Bestimmungen	171
VI - 26	Zugriff auf elektronische Patientenakten	211
VI - 27	Dispensierrecht	221
VI - 28	Junge Ärzte auf dem Deutschen Ärztetag	236
VI - 29	Berufsgeheimnis von Ärztinnen und Ärzten	202
VI - 31	Versichertenstammdatenabgleich gehört nicht in die Arztpraxis	212
VI - 32	Lärmpegelbegrenzung bei Veranstaltungen für Jugendliche	244
VI - 33	Spannungsfeld Fallakte und Patientenakte	214

VI - 34	Förderung der unbugetierten Einzelleistungsvergütung –Versorgungsmodell Gesundheitskonto mit Solidargutschrift (VGS)	141
VI - 35	Priorisierungsdebatte	164
VI - 36	Anforderungen an Leitlinien der Fachgesellschaften	245
VI - 37	(Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung - Ärztliche Leistung muss Basis der vertragsärztlichen Vergütung sein	193
VI - 38	Neuordnung der Rabattverträge/Aufhebung der Wettbewerbsverzerrung im Generikabereich	222
VI - 39	Wegfahrsperr nach Alkoholgenuss	246
VI - 41	Ärztliche Arbeitszeit	172
VI - 42	Zusammenarbeit mit den Krankenkassen - Einhaltung des Datenschutzes	203
VI - 43	Informations- und Kriterienkatalog zur Beteiligung von Ärzten bei Rückführungsmaßnahmen verbindlich einführen	124
VI - 44	Weltgesundheitsorganisation WHO-IAEO	247
VI - 45	Medizinische Folgen der Kernkraftgewinnung	248
VI - 46	Eingangsuntersuchung zur Aufdeckung kranker und traumatisierter Menschen in Abschiebehaft	125
VI - 47	Personalanhaltszahlen	184
VI - 48	Eingriffe in die ärztliche Behandlung durch gesetzliche Krankenkassen verhindern	142
VI - 49	Spitzenmedizin muss angemessen bezahlt werden	185
VI - 50	Sicherstellungszuschlag für eine flächendeckende Krankenhausversorgung nutzen	186
VI - 51	Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	138
VI - 52	Ärztliche Weiterbildung als gesellschaftliche Aufgabe begreifen	187
VI - 53	Unterversorgung verringern - ärztliche Tätigkeit vergüten	143
VI - 54	Bekanntnis zur Weiterbildung	180
VI - 56	Erstattung der Kostenbelastung für Notfallversorgung im Krisenfall	188
VI - 57	Bedarfsgerechte Investitionsquote für Krankenhäuser	189
VI - 58	Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst endlich besser bezahlen	195
VI - 59	Ärztliche Prüfung vor das Praktische Jahr verlagern	156
VI - 60	Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung -Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht dem ärztlichen Ethos	177
VI - 61	Streichung LD50-Tests für Botulinumprodukte	223
VI - 62	Änderung der Finanzierung des Medizinisches Dienstes der Krankenkassen (MDK)	144
VI - 63	Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	111
VI - 64	Qualitätssicherung Hüft- und Knieendoprothetik	112
VI - 65	Delegation versus Substitution im betriebsärztlichen Bereich	165
VI - 66	Prävention	101
VI - 67	Bundeseinheitliche Gleichwertigkeitsprüfung	157
VI - 68	Tertiärprävention	102
VI - 69	Klinische Ausbildungskapazitäten an Universitätskliniken steigern	190
VI - 70	Ärztliche Tätigkeit und Umsatzsteuerpflicht	249

VI - 71	Speicherung von Impfdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte zur Verbesserung der Patientenversorgung	215
VI - 72	Die Lehre an Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern ist Arbeitszeit	191
VI - 73	Stärkung der Ehrenamtlichkeit in den ärztlichen Körperschaften	166
VI - 74	Stopp der ambulanten Kodierrichtlinien beibehalten	145
VI - 75	Abschaffung des § 95b SGB V	147
VI - 76	Für ein Kostenerstattungssystem im deutschen Gesundheitswesen (gesetzliche Krankenkassen)	196
VI - 77	Bürokratieabbau im Rahmen der Umsetzung des geplanten Patientenrechtegesetzes	167
VI - 78	Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung	178
VI - 79	Entschärfung der Rahmenbedingungen der Diamorphinsubstitution	225
VI - 80	Ärztliche Leistung nach Aufwand vergüten	198
VI - 81	Ablehnung von Aktivitäten des Gemeinsamen Bundesausschusses im Zusammenhang mit der sogenannten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS)	113
VI - 82	Keine verpflichtende Online-Anbindung an eine Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen	216
VI - 83	Arztparkplatz für Wohnanlagen	250
VI - 84	Erleichterung des Hausbesuchs (StVO)	251
VI - 85	Zulassung von oral verfügbarem, retardiertem Morphin zur Substitution Opiatabhängiger	226
VI - 86	Aufnahme einer Regelung in die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für das Aufsuchen eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau im Kontext der bevorstehenden Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte	200
VI - 87	Wochenendabgabe von Substitutionsmedikamenten durch den Arzt	227
VI - 88	Abwehren von Einflüssen Dritter auf ärztliches Handeln	252
VI - 89	Zuständigkeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für gesundheitliche Folgen radioaktiver Strahlen	253
VI - 90	Förderung der universitären Allgemeinmedizin	139
VI - 91	Förderung innovativer Projekte in der ärztlichen Versorgung von Patienten in der stationären Pflege und in Pflegeheimen	148
VI - 92	Probleme bei der medizinischen Behandlung und der Kostenerstattung von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherten EU-Bürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern	126
VI - 93	Was wird aus Vorstandsüberweisungen?	237
VI - 94	Aufhebung der Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde im Zusammenhang mit der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus	128
VI - 95	Legaldefinition "Psychotherapeuten"	254
VI - 96	Neue Vorsorgeuntersuchungen - "Novellierung des § 26 SGB V"	103
VI - 97	Prävention - Verhinderung des plötzlichen Kindstods (SIDS = Sudden Infant Death Syndrome)	104
VI - 98	Kindergesundheit und Fernsehen	229
VI - 99	Antrag auf Optimierung der Antragsorganisation und Ressourcenschonung bei kommenden Ärztetagen	241

VI - 100	Richtlinien Psychotherapie: Differenzierung ärztlicher versus psychologischer Gutachter	255
VI - 102	Psychoonkologie, Psychodiabetologie und andere	256
VI - 103	Versorgungsforschung Kinder und Jugendliche	230
VI - 104	Differenzierung der Berufsgruppen "ärztliche Psychotherapeuten" versus "Psychologische Psychotherapeuten", Differenzierung "Ärzttekammer" versus "Psychotherapeutenkammer"	258
VI - 104a	Änderungsantrag zu VI-104	257
VI - 105	Bundeskinderschutzgesetz	231
VI - 106	Flächendeckendes Elterntraining	232
VI - 107	Präventionsforschung zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter	105
VI - 109	Die ambulante Basisversorgung sichern	150
VI - 110	Für moderne Informations- und Kommunikationstechnik - gegen die Elektronische Gesundheitskarte	205
VI - 111	Transition von Jugendlichen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen	233
VI - 112	Kein Direktstudiengang zum Psychotherapeuten	259
VI - 113	Anträge des Vorstandes der Bundesärztekammer	240
VI - 114	Änderung des § 95a Abs. 2 SGB V	146
VI - 115	Entwicklung eines Konzeptes für eine Kommission von BÄK und KBV für Fortbildungen	181
VI - 117	Tagesordnung des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg	238
VI - 118	Menschenrechte - Recht auf freie Arztwahl	130
VI - 119	Termin des Deutschen Ärztetages	239
VI - 120	Einsatz der Medizinischen Fachangestellten qualifikationsgemäß gewährleisten	121
VI - 121	Sinnvolle Nutzung elektronischer Medien	243
VI - 122	Anwendung Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte	219
VI - 122a	Änderungsantrag zu VI-122	218
VI - 122b	Freiwilligkeit für Patient und Arzt	217
VI - 123	Für eine kritische Begleitung der Einführung einer Telematikinfrastruktur durch die Ärzteschaft	208
<b>VII</b>	<b>Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)</b>	<b>260</b>
VII - 01	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010)	261
<b>VIII</b>	<b>Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)</b>	<b>262</b>
VIII - 01	Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010)	263

<b>IX</b>	<b>Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)</b>	<b>264</b>
IX - 01	Bericht des Vorstands der Bundesärztekammer an den 114. Deutschen Ärztetag 2011 betreffend die gemeinsame Rechtsabteilung	265
IX - 02	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)	266
IX - 03	Einrichtung einer eigenständigen Rechtsabteilung der Bundesärztekammer	267
<b>X</b>	<b>Wahlen</b>	<b>268</b>
X - 01	Wahl der „Ordentlichen Mitglieder“ des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung	274
X - 02	Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin	275
X - 03	Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte	276
X - 05	Wahl des Präsidenten	269
X - 06	Änderung der Tagesordnung	277
X - 07	Wahl des ersten Vizepräsidenten	270
X - 10	Wahl der weiteren Ärztinnen/weiteren Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer	273
X - 16	Wahl des zweiten Vizepräsidenten	271
X - 18	Wahl der weiteren Ärztinnen/weiteren Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer	272
<b>XI</b>	<b>Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013</b>	<b>278</b>
XI - 01	Wahl des Tagungsortes für den 116. Deutschen Ärztetag 2013	279



## Anlage 1 zum Beschlussantrag III – 01 des Vorstands der Bundesärztekammer

Die (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, zuletzt geändert durch Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 24.11.2006 (§ 18 Absatz 1), wird wie folgt geändert:

1. Im Titel der (Muster-)Berufsordnung und in Satz 2 ihrer Präambel wird jeweils das Wort „deutschen“ durch die Worte „in Deutschland tätigen“ ersetzt.

2. § 2 wird wie folgt geändert:

- a) *[Dem Absatz 2 wird folgender Satz 2 angefügt:*

*„Sie dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stellen.“\**

\* Der 114. DÄT hat dem Vorstand für die Veröffentlichung der (Muster-)Berufsordnung den Auftrag erteilt, klarzustellen, dass die berechtigten eigenen ärztlichen Interessen nicht ausgeschlossen sind.

- b) Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.“

- c) In Absatz 5 werden die Worte „sich über“ gestrichen und die Worte „unterrichtet zu halten“ durch die Worte „zu beachten“ ersetzt.

- d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Werden Ärztinnen und Ärzte, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen sind oder dort ihre berufliche Tätigkeit entfalten, vorübergehend und gelegentlich im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so haben sie die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten.“

3. In § 6 werden das Wort „Arzneimittelwirkung“ durch die Worte „Wirkungen von Arzneimitteln“ ersetzt, vor dem Wort „mitzuteilen“ die Worte „und bei Medizinprodukten auftretende Vorkommnisse der zuständigen Behörde“ eingefügt und der Klammerzusatz „Fachausschuss der Bundesärztekammer“ gestrichen.

4. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.“

- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Ärztinnen und Ärzte haben im Interesse der Patientinnen und Patienten mit anderen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten. Soweit dies für die Diagnostik und Therapie erforderlich ist, haben sie rechtzeitig andere Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen oder ihnen die Patientin oder den Patienten zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen.“

- c) Absatz 3 a.F. wird als Absatz 4 wie folgt neu gefasst:

„(4) Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.“

- d) Absatz 4 a.F wird Absatz 5.

- e) Nach dem neuen Absatz 5 werden folgende Absätze 6 bis 8 angefügt:

„(6) Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegen zu bringen und mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen.

(7) Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen oder Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, haben Ärztinnen oder Ärzte rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen oder der Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und -entlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.

(8) Ärztinnen und Ärzte dürfen einer missbräuchlichen Verwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten.“

5. In § 8 werden nach Satz 2 folgende Sätze angefügt:

„Die Aufklärung hat der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihr verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen. Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist soweit möglich eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist,

umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.“

6. In § 12 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist.“

7. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

„(1) Ärztinnen und Ärzte, die sich an einem Forschungsvorhaben beteiligen, bei dem in die psychische und körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen oder Körpermaterialien oder Daten verwendet werden, die sich einem bestimmten Menschen zuordnen lassen, müssen sicherstellen, dass vor der Durchführung des Forschungsvorhabens eine Beratung erfolgt, die auf die mit ihm verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen zielt und die von einer bei der zuständigen Ärztekammer gebildeten Ethik-Kommission oder von einer anderen, nach Landesrecht gebildeten unabhängigen und interdisziplinär besetzten Ethik-Kommission durchgeführt wird.“

- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

- c) Absatz 3 wird Absatz 2.

- d) Absatz 4 wird Absatz 3 und nach den Worten „Forschung am Menschen“ werden die Worte „nach § 15 Abs. 1“ sowie nach dem Wort „Weltärztebundes“ die Worte „in der Fassung der 59. Generalversammlung 2008 in Seoul“ ergänzt.

8. § 16 wird wie folgt neu gefasst:

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

9. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „lediglich“ gestrichen.

- b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten untereinander, mit Ärztegesellschaften oder mit ärztlich geleiteten Medizinischen Versorgungszentren, die den Vorgaben des § 23a Abs. 1, Buchstabe a, b und d entsprechen, oder dieser untereinander zur gemeinsamen Berufsausübung. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Zusammenarbeit selbständiger, freiberuflich tätiger Gesellschafter voraus. Erforderlich ist, dass sich die Gesellschafter in einem schriftlichen Gesellschaftsvertrag gegenseitig verpflichten, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern und insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten. Erforderlich ist weiterhin regelmäßig eine Teilnahme aller Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko, an unternehmerischen Entscheidungen und an dem gemeinschaftlich erwirtschafteten Gewinn.“

- c) In Absatz 3 Satz 3 werden die Worte „hauptberuflich tätig ist“ durch die Worte „eine ausreichende Patientenversorgung sicherstellt“ ersetzt.

10. § 20 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird aufgehoben.  
b) Absatz 3 wird Absatz 2.

11. § 23 c wird wie folgt neu gefasst:

„Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, mit Angehörigen anderer Berufe als den in § 23b beschriebenen in allen Rechtsformen zusammen zu arbeiten, wenn sie nicht die Heilkunde am Menschen ausüben.“

12. § 26 wird wie folgt neu gefasst:

„Ärztinnen und Ärzte sind nach Maßgabe der Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder und der auf ihrer Grundlage erlassenen Satzungen zur Teilnahme am Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst verpflichtet.“

13. § 27 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt: und Satz 4 a.F. wird Satz 5:

“Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte in Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ist unzulässig.“

- b) In Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 werden vor dem Wort „Tätigkeitsschwerpunkte“ die Worte „als solche gekennzeichnete“ eingefügt.

14. § 28 wird aufgehoben.

15. In der Überschrift zu Abschnitt IV. 3. werden die Worte „mit Ärztinnen und Ärzten“ gestrichen.

16. § 29 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden in Satz 2 die Worte „der Ärztin oder des Arztes“ gestrichen, nach dem Wort „Wissen“ das Wort „ihre“ durch das Wort „die“ ersetzt und in Satz 3 die Worte „über deren oder dessen Person“ gestrichen sowie das Wort „berufsunwürdig“ durch das Wort „berufswidrig“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 werden in Satz 1 das Wort „berufsunwürdig“ durch das Wort „berufswidrig“ ersetzt, die Worte „als Mitbewerberin oder Mitbewerber“ durch die Worte „aus dem Wettbewerb“ und in den jeweils ersten Halbsätzen der Sätze 2 und 3 Wort „berufsunwürdig“ durch das Wort „berufswidrig“ ersetzt

- c) Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Ärztinnen und Ärzte mit aus einem Liquidationsrecht resultierenden oder anderweitigen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit (z. B. Beteiligungsvergütung) sind verpflichtet, den von ihnen dazu herangezogenen Kolleginnen und Kollegen eine angemessene Vergütung zu gewähren bzw. sich dafür einzusetzen, dass die Mitarbeit angemessen vergütet wird.“

- d) In Absatz 4 werden in Satz 1 das Wort „Nichtärzten“ durch die Worte „anderen Personen“ ersetzt und in Satz 2 die Worte „für Ärztinnen und Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene“ durch die Worte „im Verhältnis von Vorgesetzten und Mitarbeitern“.

- e) Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Die zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte haben ihre nach der Weiterbildungsordnung gegenüber Weiterzubildenden bestehenden Pflichten zu erfüllen.“

- f) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„Ärztinnen und Ärzte dürfen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht diskriminieren und haben insbesondere die Bestimmungen des Arbeits- und Berufsbildungsrechts zu beachten.“

17. Nach § 29 wird folgender § 29 a eingefügt:

„Zusammenarbeit mit Dritten

(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärztinnen oder Ärzte sind, noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem Fachberuf im Gesundheitswesen befinden.

(2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche der Ärztin oder des Arztes und des Angehörigen des Fachberufs klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.“

18. § 30 wird wie folgt neu gefasst:

„Ärztliche Unabhängigkeit

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.“

19. § 31 wird wie folgt neu gefasst:

„Unerlaubte Zuweisung

(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

(2) Sie dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärztinnen oder Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.“

20. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift „Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen“ wird durch die Worte „Unerlaubte Zuwendungen“ ersetzt.

b) Satz 1 wird Absatz 1 Satz 1 und in ihm das Komma nach dem Wort „fordern“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

c) Satz 2 wird als Absatz 1 Satz 2 wie folgt neu gefasst:

„Eine Beeinflussung ist dann nicht berufswidrig, wenn sie einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient und der Ärztin oder dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen.“

d) An den Absatz 1 werden folgende Absätze 2 und 3 angefügt:

“(2) Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist nicht berufswidrig, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden. Der für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung gewährte Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinaus geht.

(3) Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und nur in angemessenem Umfang erlaubt. Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen.“

21. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift „Ärzteschaft und Industrie“ wird durch die Worte „Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit“ ersetzt.

b) Absatz 1 Satz 1 wird Satz 1 und in ihm nach dem Wort „Arznei-“ das Wort „Heil-“ gestrichen, nach dem Wort „Arznei-“ das Wort „und“ in das Wort „oder“ geändert, nach dem Wort „Medizinprodukten“ die Worte „oder die Erbringer von Heilmittelversorgung“ eingefügt und in der Klammer die Worte „der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung“ durch das Wort „Anwendungsbeobachtungen“ ersetzt. Absatz 1 Satz 2 wird Satz 2.

c) Die Absätze 2 bis 4 werden aufgehoben.

22. §§ 34 und 35 werden aufgehoben.

23. Kapitel C und D werden aufgehoben.

(Stand 03.05.2011)

## **Konzeption für eine Fortentwicklung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer**

### **I. Die Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer - Bilanz nach sechsjähriger Laufzeit**

Der 108. Deutsche Ärztetag 2005 hatte die Förderinitiative zur Versorgungsforschung mit dem Ziel eingerichtet, die Ärzteschaft in die Lage zu versetzen, sich auf der Basis belastbarer Daten bzw. wissenschaftlicher Untersuchungen qualifiziert zu gesundheitspolitischen Themen zu äußern und konkrete Lösungen für eine verbesserte Patientenversorgung und ärztliche Berufsausübung aufzuzeigen. Die Förderinitiative sollte damit auch das Ziel verfolgen, die Arbeitszufriedenheit von Ärzten im ambulanten und stationären Sektor zu verbessern.

Der Deutsche Ärztetag hatte mit seinem damaligen Beschluss die Bereitschaft bekundet, sich am Aufbau einer wissenschaftlich fundierten Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen.

Seit 2005 ist jährlich zu den Deutschen Ärztetagen über die Entwicklung der Förderinitiative sowie die zugehörige Projektförderung berichtet worden. Die jeweiligen Ärztetage haben den Tätigkeitsbericht angenommen. Insbesondere begrüßte der 110. Deutsche Ärztetag 2007 in Münster mit großer Mehrheit den durchführungsadäquaten Fortschritt der Förderinitiative und sprach sich für die Umsetzung der vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegten thematischen Rahmenorientierung für die zweite Förderphase von 2008/09 bis 2010/11 aus (vgl. DS V-01).

#### **Der Auftrag des 113. Deutschen Ärztetags 2010**

Nach fünfjähriger Laufzeit hatte der 113. Deutsche Ärztetag den verschiedenen Programminhalten und Ergebnissen der Förderinitiative einen ½-tägigen Themenschwerpunkt gewidmet und dabei eine umfassende Bilanz zu den geförderten Forschungsvorhaben gezogen. Dieser lag ein umfangreicher Materialien- und Dokumentationsband zugrunde, der die große Themenvielfalt der Förderinitiative Versorgungsforschung widerspiegelt (vgl. Dokumentationsband „Visitenkarten und Publikationshinweise zu den Förderprojekten“).



Als Referenten erstatteten neben, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats, Prof. Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Math. H.-K. Selbmann, Mitglied der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV) und federführender Gutachter der Leitlinien-Initiative der AWMF sowie Prof. Dr. med. Thomas Mansky, Leiter des Bereichs Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin, dem Deutschen Ärztetag differenzierte Berichte, die sich wesentlich mit den Schwerpunktthemen der Förderinitiative auseinandersetzten.

### **Forschungsprojekte zur Versorgungsforschung**

Einen instrumentellen Schwerpunkt der Förderinitiative zur Versorgungsforschung bildete die Förderung großer, finanziell umfangreicher Forschungsvorhaben mit einer Laufzeit von bis zu drei Jahren. Die Projektthemen wurden i. d. R. von den Antragstellern auf der Grundlage der durch den Ausschreibungstext vorgegebenen thematischen Eingrenzung vorgenommen. Zwischen Themenfindung, Projektabschluss und Publikation der Projektergebnisse vergingen – wie bei originärer Forschung üblich – in der Regel mehrere Jahre.

### **Die Reporte Versorgungsforschung**

Mit diesen Bänden zur Versorgungsforschung hat die Bundesärztekammer einen Weg gefunden, wissenschaftliche Erkenntnisse zu aktuellen und auch für die Gesundheitspolitik wichtigen Themen umfassend zusammenzutragen und sich auf dieser Basis, gerade auch zu korrespondierenden politischen Fragen, fundiert zu äußern. Grundlage eines jeden Bandes bildete ein vorausgehendes Symposium, in dem die Ergebnisse bereits vollzogener Forschung konzentriert zusammengeführt wurden.

Die erweiterte Dokumentation zu den jeweiligen Themen in Form eines *Reports Versorgungsforschung* hat insbesondere in den Fachkreisen sehr große Resonanz gefunden. Dies zeigen die lebhafteste Teilnahme und Diskussion in den Symposien sowie das große Interesse an der jeweiligen Buchdokumentation im Anschluss daran.

Beispielhaft sei der besonders viel beachtete Band zu „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen“ genannt.

### **Expertisen und Literaturreviews**

Enger umschriebene konkrete Fragestellungen, zu denen es bereits Ergebnisse wissenschaftlicher Studien gibt, wurden durch Expertisen oder Literaturreviews bearbeitet. Eine durch den Deutschen Ärztetag 2007 in Auftrag gegebene Studie, die auf dem

112. DÄT 2009 vorgestellt wurde und sehr breites Interesse gefunden hat, widmete sich der Betrachtung der „Einflüsse der Auftraggeber auf die wissenschaftlichen Ergebnisse von Arzneimittelstudien“.

Eine Übersicht über die abgeschlossenen und noch in der Durchführung befindlichen Studien findet sich im vorliegenden Bericht.

Darüber hinaus können Informationen zu den von der Bundesärztekammer im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung geförderten Projekten auf der Homepage unter [www.baek.de/versorgungsforschung](http://www.baek.de/versorgungsforschung) abgerufen werden.

Der 113. Deutsche Ärztetag 2010 hat aufgrund der positiven Förderbilanz eine Verstärkung grundsätzlich befürwortet und die Bundesärztekammer beauftragt, für den 114. Deutschen Ärztetag eine Konzeption zur Fortentwicklung der Förderinitiative einschließlich eines Finanzierungsrahmens zu erstellen (vgl. Beschluss (DS II-01)).

Nach Einschätzung der bei der Bundesärztekammer für die Versorgungsforschung Verantwortlichen (insbesondere auch des Vorstands des Wissenschaftlichen Beirats) hat sich der Nutzen der Förderinitiative besonders augenfällig in den themenspezifischen Expertisen sowie den Symposien bzw. Veröffentlichungsreihe „Report Versorgungsforschung“ dokumentiert. Diese zeichnen sich durch eine geeignete Breite der Fragestellungen, die Relevanz für größere Fachkreise haben, sowie durch die Verdichtung relevanter Themenkomplexe auf Erträge der Versorgungsforschung (Themenkondensat) aus.

## **II. Eckpunkte einer „Initiative Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer**

### **Inhalte und Instrumente**

Auf der Grundlage des Beschlusses des 113. DÄT ist eine Fortführung der Befassung der Bundesärztekammer mit Ergebnissen der Versorgungsforschung konzipiert worden. Abweichend vom bisherigen Schwerpunkt der Förderinitiative als Impulsgeberin auch für die originäre Forschungsförderung (bislang sog. Typ I-Projekte), soll der Focus zukünftig auf der Vergabe von Expertisenaufträgen sowie der Durchführung von Symposien mit begleitender Veröffentlichung weiterer Bände des *Report Versorgungsforschung* liegen. Diese beiden Vorhabentypen können zu jeweils aktuellen Themengegenständen regelmäßig neu genutzt werden.

Bereits gegenwärtig sind – nicht zuletzt auch durch den Deutschen Ärztetag - eine Reihe von Themen bestimmt bzw. vorgemerkt worden, die mit den beiden genannten Pro-

jekttypen (Expertisen und Report Versorgungsforschung) realisiert werden könnten.

Beispiele sind:

- Beobachtung der Auswirkung neuer Versorgungsformen in der zukünftigen Versorgungsforschung (vgl. 113. DÄT DS II-04)
- ggf. Evaluation der sektorübergreifenden Qualitätssicherung (113. DÄT, DS V-06 Pkt. 7)
- Evaluierung des Ärztemangels (113. DÄT, DS V-44) sowie „Sicherstellung stationärer Versorgung“ (113. DÄT, DS V-47).
- Weißbuch zur gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung und Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (113. DÄT DS V-68).
- Work-Life-Balance: Spannungsfeld Arztberuf, -familie, -gesundheit (113. DÄT DS V-90)
- Suchtprävention und –therapie bei Ärztinnen und Ärzten (113. DÄT DS V-108)
- AkdÄ-Expertise: „Europaweite Veröffentlichungspflicht klinischer Studien“ (113. DÄT DS V-102).

### **Finanzrahmen**

Der Beschluss des 113. Deutschen Ärztetages sieht vor, dass eine Folgeprogrammatik finanziell an die Möglichkeiten der Bundesärztekammer angepasst und damit enger als bisher (Gesamtmittel in Höhe von jährlich € 750.000,-) ausgestaltet sein soll.

Unter dem Gesichtspunkt des künftigen Versorgungsforschungsbedarfs sowie insbesondere der Berücksichtigung von Zeitnähe und Aktualität, sollten die Projekttypen „Expertisen“ sowie „Report Versorgungsforschung“ beibehalten werden. Vor diesem Hintergrund sind ab dem Geschäftsjahr 2011/2012 unter Berücksichtigung bisheriger Aufwendungen folgende Positionen angesetzt:

- Für die Durchführung von jährlich durchschnittlich zwei Reports Versorgungsforschung (2 Symposien + 2 Buchveröffentlichungen) werden Projektmittel in Höhe von ca. € 100.000,- veranschlagt.
- Für die Erstellung von jährlich durchschnittlich 5 – 7 Expertisen werden Projektmittel in Höhe von ca. € 70.000,- veranschlagt.
- Für Zusammenkünfte einer (gegenüber der jetzigen Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV) deutlich reduzierten) Sachverständigen-Gruppe (s. u.), sind Mittel in Höhe von max. € 10.000,- jährlich angesetzt.

Zur Durchführung und Umsetzung bedarf es Personalmittel in Höhe von einem Drittel der bisherigen Aufwendungen, die im Haushaltsplan unter Pt. 1 ausgewiesen sind.

### **Organisatorische Anbindung**

Die weitgehende Einstellung der originären Forschungsförderung zugunsten einer kontinuierlichen Befassung der Bundesärztekammer mit den Ergebnissen der Versorgungsforschung im Rahmen von Symposien und Expertisen sowie der aus dieser veränderten Schwerpunktsetzung resultierende geringere Aufwand für Begutachtungsverfahren legen eine Überführung der bisherigen Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV) in einen personell deutlich reduzierten *Arbeitskreis Versorgungsforschung* (AKVF) nahe.

Eine solche Gruppe von etwa 10 Sachverständigen sollte eng an den Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats gebunden sein. Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird die von einem solchen Gremium entwickelte Programmatik jeweils zur Billigung vorgelegt.

### **Umbenennung der bisherigen „Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung“**

Vor dem Hintergrund der veränderten Schwerpunktsetzung wird eine Umbenennung der bisherigen „Förderinitiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung“ in „Initiative der Bundesärztekammer zur Versorgungsforschung“ empfohlen.