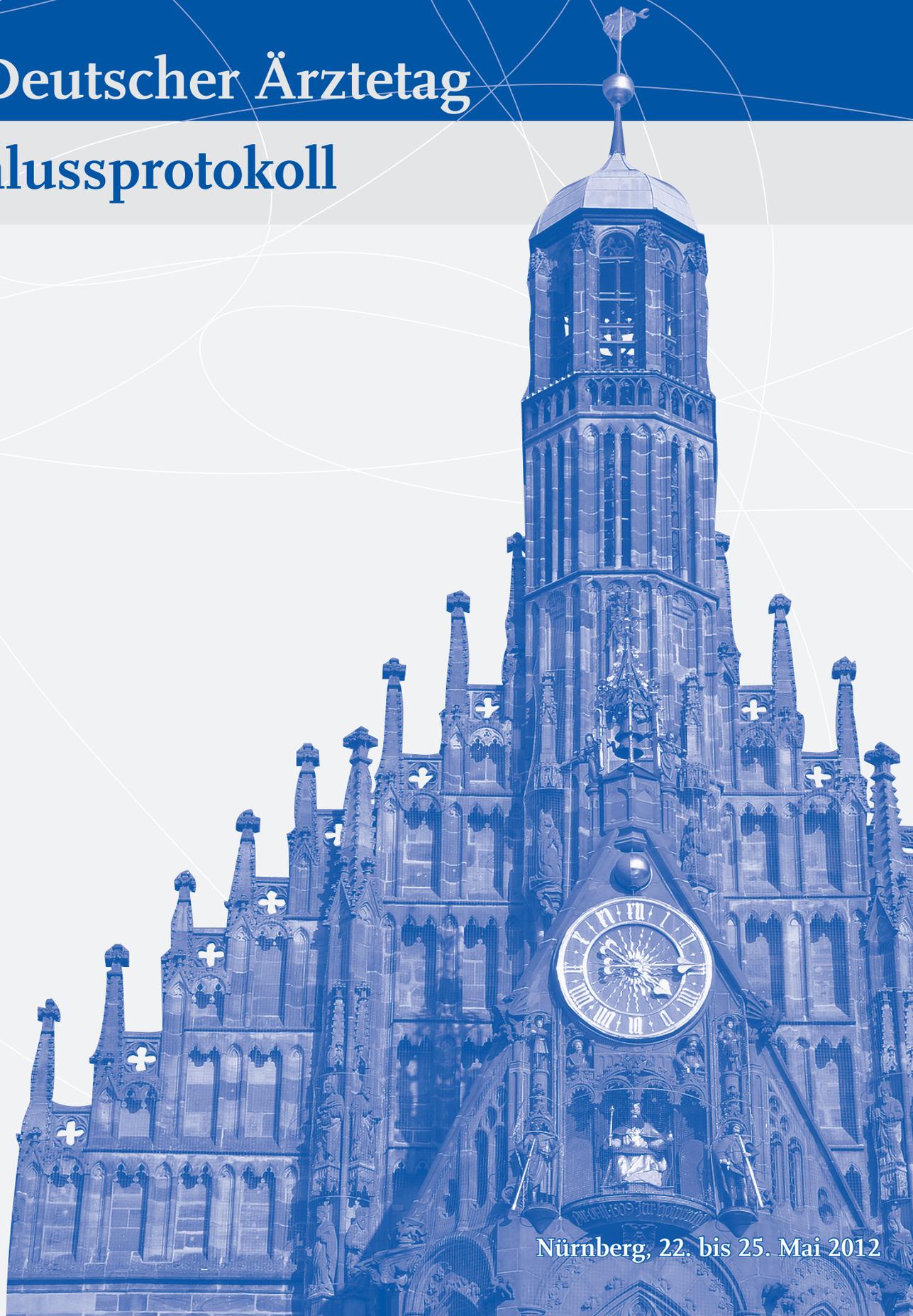




115. Deutscher Ärztetag

Beschlussprotokoll



Nürnberg, 22. bis 25. Mai 2012

Stand: 02.07.2012

Hinweis:

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

Impressum

Copyright © Bundesärztekammer 2012

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:

Frauenkirche / Jens Hilberger (Fotolia)

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

TOP I	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	11
I - 26	Nürnberger Erklärung	12
	<i>Approbationsordnung für Ärzte</i>	14
I - 20	Wahlterial im Praktischen Jahr	15
I - 01 neu	Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)	16
I - 12	Resolution zur Änderung der Approbationsordnung	18
I - 17	Zügige und faire Umsetzung der neuen Approbationsordnung	19
I - 21	Neufassung § 1 Abs. 2.3 Approbationsordnung	20
I - 27	Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	21
I - 30	Ausbildungsplätze für das Medizinstudium	22
I - 32	Stärkung der Allgemeinmedizin an Universitäten	23
	<i>Gemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V</i>	24
I - 02	Einbezug der Ärztekammern in die Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V dringend erforderlich	25
	<i>Psych-EntgeltGesetz</i>	27
I - 03	Zukünftige Umsetzung und Ausgestaltung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG	28
I - 25	Bürokratieaufwand im Zuge des Gesetzentwurfes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG)	30
	<i>Umgang mit Überschüssen der GKV</i>	32
I - 04	Nutzung der Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	33
I - 24	Abschaffung der Praxisgebühr/Notfallpraxisgebühr	35
I - 16	Sinnvolle Alternativen zur Praxisgebühr entwickeln!	36
I - 28	Praxisgebühr	37
	<i>Patientenrechtegesetz</i>	38
I - 05	Patientenrechtegesetz	39
I - 15	Patientenrechtegesetz: keine amerikanischen Verhältnisse!	43
I - 29	Patientenrechtegesetz	45
	<i>IGeL</i>	47
I - 06	IGeL-Eindämmungsgesetz	48
I - 18	Keine gesetzliche "Eindämmung" von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)	50
I - 19	IGeL-Beurteilung - Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung	52

<i>Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid</i>	53
I - 07 Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid	54
<i>Korruption im Gesundheitswesen</i>	56
I - 08 Gegen Korruption im Gesundheitswesen	57
I - 13 Gegen die Deprofessionalisierung des Arztberufes	59
I - 14 Korruptionsstrafrecht für Ärzte ist rechtspolitischer Irrweg!	60
<i>Normung in der Medizin</i>	62
I - 09 Normung in der Medizin	63
<i>Gendiagnostikgesetz</i>	65
I - 10 Gendiagnostikgesetz (GenDG)	66
<i>Transplantationsgesetz</i>	68
I - 11 Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG)	69
I - 31 Aufklärung zur Gewebespende	72
TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft	73
<i>Duales Krankenversicherungssystem</i>	74
II - 08 Die private Krankenversicherung nutzt allen	75
II - 01 Duales Krankenversicherungssystem	78
II - 07 GKV der Zukunft	79
II - 05 PKV-System erhalten und zukunftsfähig weiter entwickeln!	80
II - 06 Wettbewerb der Versicherungssysteme	81
<i>Weitere</i>	82
II - 11 Solidarische Finanzierung	83
II - 10 Finanzierung, Gesundheitswesen	84
<i>Konzept Finanzierung Krankenversicherungssystem</i>	85
II - 09 Anforderungen an eine Krankenversicherung der Zukunft	86
II - 12 Bundesärztekammer soll 2013 ein tragfähiges Konzept zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens vorlegen	87
TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen	88
<i>Kooperation/Vernetzung</i>	89
III - 01 Kooperation und Vernetzung in der ärztlichen Versorgung stärken und dadurch die Patientenversorgung verbessern	90
III - 07 Organisation kooperativer Versorgungsformen kritisch bewerten	94
III - 03a Änderungsantrag zu III - 03 zur sektorenübergreifenden Vernetzung	95
III - 03 Pflichtangebot sektorenübergreifender Vernetzung für GKV	96

III - 04	Hausärztliche medizinische Versorgungszentren	98
III - 09	Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen - hausärztliche Versorgungszentren	99
III - 08	Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen - Rahmenbedingungen	100
	<i>Sektorübergreifender Bereitschaftsdienst</i>	102
III - 06	Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch Nutzung sektorenübergreifender Zusammenarbeit	103
	<i>Belegarztwesen</i>	105
III - 05	Belegärztliche Vergütung	106
	<i>Fortbildung für Medizinische Fachangestellte für Managementaufgaben</i>	107
III - 02	Betriebswirtin im Gesundheitswesen – Arztentlastung durch fortgebildete Medizinische Fachangestellte	108
TOP IV	Weiterbildung	110
	<i>Evaluation der Weiterbildung</i>	111
IV - 04	Evaluation der Weiterbildungsergebnisse und Konsequenzen	112
IV - 10	Evaluation der Weiterbildung institutionalisieren	114
IV - 33	Erhebung der Evaluation der Weiterbildung direkt von den Weiterbildungsassistenten	115
IV - 34	Umgang mit in der Evaluation der Weiterbildung dokumentierten Rechtsverletzungen	116
	<i>Novelle - Struktur</i>	117
IV - 39	Bürokratie und Weiterbildung	118
IV - 05	Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten	119
IV - 30	Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten	121
IV - 02	Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung - nicht nur Module diskutieren	122
IV - 31	Erstellung eines Kriterienkatalogs für die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	123
IV - 24	Neudefinition des Modul-Themas	125
IV - 23a	Änderungsantrag zu IV - 23	126
IV - 23	Nebenberuflicher Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen und/oder Weiterbildungsmodulen	127
IV - 07	Modul-Diskussion in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	128
IV - 25	Kompetenzbasierte Weiterbildung	130
IV - 42	Modifizierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	131
IV - 12	Weiterbildung präzisieren und flexibel strukturieren	132
IV - 46	Justiziable Zwischenabschnitte in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	134
IV - 18	Weiterbildungsordnung als Instrument zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit	135
	<i>Novelle - §-Teil/Spezieller Teil</i>	136

IV - 03	Ergänzung des § 7 Abs. 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2003 in der Fassung vom 25. Juni 2010	137
IV - 40	Nichteignung als Weiterbilder/in - Konsequenz für Assistentinnen/Assistenten	138
IV - 17	Weiterbildung in Teilzeit	139
IV - 06	Weiterbildung in Teilzeit	141
IV - 27	Förderung der ärztlichen Weiterbildung - kürzere Abschnitte	142
IV - 28	Verzicht auf die Anzeige- und Genehmigungspflicht der Teilzeitweiterbildung	143
IV - 32	Teilnahme der Weiterbildungsbefugten an der Evaluation der Weiterbildung	144
IV - 01	Ambulante hausärztliche Versorgung durch Internisten	145
IV - 21a	Änderungsantrag zu IV - 21	146
IV - 21	Ambulant zu vermittelnde Weiterbildungsinhalte	147
IV - 47	Ambulante Weiterbildungsabschnitte	148
IV - 14	(Muster-)Weiterbildungsordnung - Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung	149
IV - 15	Angemessene Anreize statt weiterer Zwang in der Weiterbildung	150
IV - 16	Sonografie als fester Bestandteil in der (Muster-)Weiterbildungsordnung Anästhesie	151
IV - 22	Nacherwerb der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie	152
IV - 29	Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern	153
IV - 38	Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern	156
IV - 41	Bescheinigung der fachärztlichen Kompetenz anstatt von Richtzahlen	157
IV - 43	Simulation, E-Learning	158
IV - 44	Weiterbildung - Leistungskataloge	159
IV - 45	Vereinfachung der Beantragung der Weiterbildungsermächtigung	160
IV - 48	Weiterbildung	161
<i>Allgemein</i>		162
IV - 11	Weiterbildung berufsrechtlich stärker verankern!	163
IV - 19	Kooperation und Weiterbildung	164
IV - 20	Weiterbildung - Sicherstellung der Finanzierung	165
IV - 26	Förderung der ärztlichen Weiterbildung - Zuschläge	166
IV - 37	Definition der Lernziele für die Facharztprüfung	167
TOP V	Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer	168
V - 03	Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer	169
TOP VI	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	170
	<i>Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung</i>	171

VI - 08	Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung	172
<i>Zwischenbericht der AG Zukunft der Ärztekammern</i>		178
VI - 02	Konzeptionelle Weiterentwicklung des Deutschen Ärztetages	179
VI - 72	Zwischenbericht der AG "Zukunft der Ärztekammern" - Prüfung einer Antragskommission für den Deutschen Ärztetag	180
VI - 46	Zeitpunkt Deutscher Ärztetag	182
VI - 92	Ausreichende Stromversorgung an den Arbeitsplätzen der Delegierten	183
VI - 93	Kostenloser WLAN-Anschluss für die Delegierten	184
VI - 118	WLAN - Verfügbarkeit auf Deutschen Ärztetagen	185
VI - 121	Änderung der Geschäftsordnung	186
VI - 99	Übernahme der Reise- und Übernachtungskosten der zum Deutschen Ärztetag eingeladenen studentischen Vertreter	187
VI - 119	Ergänzung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage in § 15 Abs. 2d: Schluss der Rednerliste	188
VI - 128	Ergebnisse der Anträge	189
<i>Prävention in der Arbeitswelt</i>		190
VI - 01	Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung	191
VI - 35	Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes als Grundlage der Prävention	193
VI - 39	Sicherung und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit durch Prävention	194
VI - 97	Datenschutz bei betrieblicher Gesundheitsförderung	195
VI - 116	Psychische Belastungen der Mitarbeiter in Institutionen des Gesundheitswesens	196
<i>Ausbildung</i>		197
VI - 23	Künftige Versorgung sichern - ärztlichen Nachwuchs intensiv fördern!	198
VI - 18	Keine Verdichtung der ärztlichen Grundausbildung	200
VI - 14	Verkürzung der Mindestdauer einer Famulatur	201
VI - 53	Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) - Famulaturen auch wieder im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ermöglichen	202
VI - 55	Die arbeitsmedizinische Ausbildung für Studenten der Humanmedizin an den Universitäten muss gestärkt werden	203
VI - 62	Kommunikations- und Führungskompetenz professionell im Medizinstudium vermitteln	204
VI - 75	Praxisnahe Ausbildung der Studenten	205
VI - 120	Auswahlverfahren an den Hochschulen	206
VI - 100a	Änderungsantrag zu VI - 100	208
VI - 100	Positionspapier "Interprofessionalität in der Medizinischen Ausbildung" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)	209
VI - 102a	Änderungsantrag zu VI - 102	211
VI - 102	Positionspapier zur Erstellung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)	212
VI - 115	Umsetzung der Änderung Approbationsordnung	215

<i>Weiterbildung/Fortbildung</i>		216
VI - 68	Berufsbezeichnung	217
VI - 70	Gendermedizinische Aspekte im Medizinstudium und der ärztlichen Fort- und Weiterbildung	218
VI - 94	Geriatrische und gerontopsychiatrische Modulfortbildung	219
VI - 50	Harmonisierung zwischen den berufsrechtlichen und den vertragsärztlichen Vorgaben zu Qualifikationsanforderungen für Ärzte	221
<i>Krankenhaus und Krankenhausfinanzierung</i>		223
VI - 57	Stationäre Versorgung - Sicherung einer soliden Basisfinanzierung im DRG-System zur Vermeidung der "Flucht in die Menge"	224
VI - 74	Unzureichende Finanzierung der Krankenhäuser beenden	225
VI - 19	Krankenhausfinanzierung dringend bundeseinheitlich anpassen	226
VI - 11	Vollständiger Orientierungswert	227
VI - 76	Anforderungen an den ärztlichen Arbeitsplatz im Krankenhaus	228
VI - 22	Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte an Kliniken verbessern!	233
VI - 24	Blue Card - Lohndumping an Krankenhäusern verhindern!	235
VI - 126	Adäquate Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter an den Liquiditätserlösen	236
VI - 17	Fusionen kontrollieren, Trägerpluralität bewahren	237
VI - 131	Betriebsärztinnen und Betriebsärzte adäquat bezahlen	238
<i>SGB V/GKV</i>		239
VI - 37	Morbiditätskomponente bei Arznei- und Heilmittelbudgets einführen	240
VI - 43	Verankerung des Rettungsdienstes im SGB V	241
VI - 51	Satzungsleistungen der GKV streichen	243
VI - 123	Tabakentwöhnung	244
<i>Gesundheitspolitik</i>		245
VI - 69	Ärztliche und medizinische Versorgung auf dem Lande stärken	246
VI - 41	Keine Substitution ärztlicher Leistungen	247
VI - 25	Delegation ja, Substitution nein!	248
VI - 12	Chefarztverträge - bedenkliche finanzielle Anreize vermeiden	250
VI - 21	Keine ökonomischen Fehlanreize in der Patientenbehandlung	251
VI - 36	Ethik und Ökonomie - keine falschen Anreize setzen	252
VI - 13	Priorisierung in der Medizin	253
VI - 26	Keine gezielte Abwerbung ausländischer Ärzte zu Lasten der Versorgung in deren Heimatland	254
<i>Arzneimittel/Betäubungsmittel</i>		255
VI - 42	Änderungen im Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-Novelle)	256
VI - 09	Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger verbessern	258
VI - 15	Rabattverträge	261
VI - 127	Zulassung eines oralen Diacetylmorphins zur Substitution schwerstkranker Opiatabhängiger	262

<i>Prävention/Rehabilitation</i>		263
VI - 04	Steigender Bedarf erfordert Aufstockung der Finanzmittel für die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung	264
VI - 40	Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung	265
VI - 32	Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Prävention wird begrüßt	266
VI - 33	Finanzierung von delegationsfähigen Präventionsleistungen	267
<i>Qualitätssicherung/Patientensicherheit</i>		268
VI - 03 neu	Ärztliches Peer Review: Prospektives und effektives Verfahren zur Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung	269
VI - 77	Sichere Patientenversorgung braucht sichere Arbeitsbedingungen	271
VI - 79	Respektvoller Umgang mit Patienten nach einem Zwischenfall	272
VI - 108	Erhöhung der Obduktionsrate als Instrument der Qualitätssicherung	273
<i>Vergütung/Kostenerstattung</i>		274
VI - 27	Neue GOÄ noch 2013	275
VI - 107	Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung	276
VI - 73	GOÄ als ärztliche Gebührenordnung	277
VI - 34	GOÄ - Laborkapitel	278
VI - 66	Verbesserung der Finanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland	279
VI - 113	Förderung ambulanter Therapieoptionen in Fächern mit konservativen und operativen Inhalten	280
VI - 67	Förderung des ärztlichen Gespräches	281
VI - 52	Gleiche Dienstvergrütung für Sanitätsoffiziere wie für Ärzte an zivilen Kliniken	282
VI - 80 neu	Tarifhoheit als Strukturprinzip in der ambulanten und stationären Versorgung	283
<i>Gesundheitsberufe</i>		284
VI - 56	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen in der Arbeits- und Betriebsmedizin	285
VI - 58	Kriterienkatalog zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen Dritter für Medizinische Fachangestellte	286
<i>Telematik/Telemedizin/eHealth</i>		287
VI - 07	Ärzte in sozialen Medien - Empfehlungen der Bundesärztekammer für Ärzte und Medizinstudenten zur Nutzung sozialer Medien	288
VI - 29	Persönlichkeitsrechte der Ärztinnen und Ärzte auch in Internet-Bewertungsportalen schützen!	289
VI - 65	Zweitmeinung im Internet	291
VI - 114	Systemoffene Schnittstelle für Praxis- und Krankenhaussoftware zur Qualitätssicherung	292
VI - 60	Regelungen zur Rechtssicherheit bei elektronischer Dokumentation	293

VI - 83	Keine Aushöhlung des Datenschutzes - Keine Schreibrechte von Krankenkassen für die Organspendeerklärungen auf der elektronischen Gesundheitskarte	294
VI - 82	Moderne Kommunikation im Gesundheitswesen entwickeln - das politische Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" aufgeben	296
VI - 20	Bürokratieabbau	298
VI - 89	Sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei Telematikprojekten im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung	299
VI - 90	Einbeziehung der Hausärzte in telemedizinische Projekte	300
VI - 91	Elektronischen Heilberufsausweis als deutschlandweit einheitlichen Standard etablieren	301
	<i>Ärztliche Psychotherapie/Psychosomatik</i>	302
VI - 05	Förderung der ärztlichen Psychotherapie auf Landesebene	303
VI - 06	Keine Direktausbildung psychologischer Psychotherapeuten	304
VI - 44	Psychosomatische Kompetenz	305
	<i>Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit</i>	306
VI - 47	Strukturwandel des ärztlichen Berufsbildes: eine Aufgabe für die Kammern	307
VI - 30	Bürokratieabbau - mehr Zeit für Patienten	308
VI - 28	Korrekte und vollständige Erfassung und Dokumentation geleisteter ärztlicher Arbeitszeit	309
VI - 31	Durch bessere Arbeitsbedingungen und bessere Bezahlung die Attraktivität für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) steigern!	311
VI - 64	Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses in der Arbeitsmedizin	312
VI - 96	Stress am Arbeitsplatz macht krank	313
VI - 101	Anreize für Familiengründung setzen	315
VI - 104a	Änderungsantrag zum Antrag VI - 104	316
VI - 104	Eckpunktepapier zur Familienfreundlichkeit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)	317
VI - 103	Disruptive Behaviour ahnden	319
VI - 109	Anforderung ärztlicher Dokumente durch nichtärztliche Institutionen	320
VI - 112	Richtlinien zur Anerkennung von Zeugnissen und Kompetenzen von Ärzten aus Nicht-EU-Ländern	321
VI - 125	Sprachkenntnisse verbessern	322
	<i>Medizinprodukte</i>	323
VI - 85	Fehlerhafte Brustimplantate	324
VI - 86	Kostenübernahme bei Explantation fehlerhafter Implantate	325
VI - 87	Produktesicherheit - Medizinprodukteregister	326
VI - 88	Produktsicherheit - Zulassungskriterien	327
	<i>Menschenrechte</i>	328
VI - 54	Abschaffung des Flughafenasyilverfahrens	329
VI - 63	Prävention von Genitalverstümmelung - Aktualisierung der "Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung" der Bundesärztekammer vom 25.11.2005	331

VI - 95	Probleme bei der medizinischen Behandlung und Kostenerstattung von Unionsbürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern	332
VI - 110	Fortbildung "Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen"	334
VI - 111	Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge in Deutschland	336
VI - 122	Medizinische Hilfe für besonders schutzbedürftige Asylbewerber, Umsetzung der Mindestnorm EU-Aufnahmerichtlinien (2003)	338
<i>Palliativmedizin</i>		340
VI - 10	Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	341
VI - 71	Psychotherapie und Palliativmedizin	342
<i>Gendiagnostikgesetz</i>		343
VI - 78	Gendiagnostikgesetz	344
<i>Weitere Themen</i>		345
VI - 49	Medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	346
VI - 132	Medizinische Versorgung und Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen	348
VI - 45	Nachhaltige Umsetzung der Hygieneverordnungen in den Bundesländern	350
VI - 81	Fluglärm	351
VI - 84	Für ehrliche Diskussionen statt polemischer Budgetierung operativer Eingriffe	354
VI - 124	Ratgeber zu IGeL - Vorversion, 2. Auflage	355
VI - 105a	Änderungsantrag zu VI - 105	356
VI - 105	Positionspapier "Qualitätskontrolle für IGeL" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)	357
VI - 106	Steuerliche Berücksichtigung von Dienstfahrten	359
VI - 129	Änderung der (Muster-)Berufsordnung § 6, Meldungen von Nebenwirkungen an die Realität anpassen	360
TOP VII	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)	361
VII - 01	Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011)	362
TOP VIII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)	363
VIII - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011	364
TOP IX	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 – 30.06.2013)	365
IX - 01	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 -	

	30.06.2013)	366
TOP X	Wahl des Tagungsortes für den 117. Deutschen Ärztetag 2014	367
X - 01	Wahl des Tagungsortes für den 117. Deutschen Ärztetag 2014	368



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Approbationsordnung für Ärzte
Gemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V
Psych-EntgeltGesetz
Umgang mit Überschüssen der GKV
Patientenrechtegesetz
IGeL
Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid
Korruption im Gesundheitswesen
Normung in der Medizin
Gendiagnostikgesetz
Transplantationsgesetz



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Nürnberger Erklärung

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Scholze, Herrn Dr. Pickerodt, Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Dr. Wambach, Herrn Dr.med. Montgomery, Herrn Dr. Kaplan, Frau Dr. Wenker, Frau Dr. Lux und Frau Kulike (Drucksache I - 26) fasst der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig ohne Enthaltung folgende Entschließung:

Nürnberger Erklärung des Deutschen Ärztetages 2012

Der 115. Deutsche Ärztetag findet 2012 in Nürnberg statt, an dem Ort also, an dem vor 65 Jahren 20 Ärzte als führende Vertreter der "staatlichen medizinischen Dienste" des nationalsozialistischen Staates wegen medizinischer Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt wurden. Die Forschungen der vergangenen Jahrzehnte haben gezeigt, dass das Ausmaß der Menschenrechtsverletzungen noch größer war, als im Prozess angenommen. Wir wissen heute deutlich mehr über Ziele und Praxis der vielfach tödlich endenden unfreiwilligen Menschenversuche mit vielen tausend Opfern und die Tötung von über 200.000 psychisch kranken und behinderten Menschen, ebenso über die Zwangssterilisation von über 360.000 als "erbkrank" klassifizierten Menschen.

Im Gegensatz zu noch immer weit verbreiteten Annahmen ging die Initiative gerade für diese gravierendsten Menschenrechtsverletzungen nicht von politischen Instanzen, sondern von den Ärzten selbst aus. Diese Verbrechen waren auch nicht die Taten einzelner Ärzte, sondern sie geschahen unter Mitbeteiligung führender Repräsentanten der verfassten Ärzteschaft sowie medizinischer Fachgesellschaften und ebenso unter maßgeblicher Beteiligung von herausragenden Vertretern der universitären Medizin sowie von renommierten biomedizinischen Forschungseinrichtungen.

Diese Menschenrechtsverletzungen durch die NS-Medizin wirken bis heute nach und werfen Fragen auf, die das Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte, ihr professionelles Handeln und die Medizinethik betreffen.

Der 115. Deutsche Ärztetag stellt deshalb fest:

- Wir erkennen die wesentliche Mitverantwortung von Ärzten an den Unrechtstaten der NS-Medizin an und betrachten das Geschehene als Mahnung für die Gegenwart und die Zukunft.
- Wir bekunden unser tiefstes Bedauern darüber, dass Ärzte sich entgegen ihrem Heilauftrag durch vielfache Menschenrechtsverletzungen schuldig gemacht haben,



gedenken der noch lebenden und der bereits verstorbenen Opfer sowie ihrer Nachkommen und bitten sie um Verzeihung.

- Wir verpflichten uns, als Deutscher Ärztetag darauf hinzuwirken, dass die weitere historische Forschung und Aufarbeitung von den Gremien der bundesrepublikanischen Ärzteschaft aktiv sowohl durch direkte finanzielle als auch durch institutionelle Unterstützung, wie etwa den unbeschränkten Zugang zu den Archiven, gefördert wird.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Approbationsordnung für Ärzte

- I - 20 Wahlterial im Praktischen Jahr
- I - 01 neu Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)
- I - 12 Resolution zur Änderung der Approbationsordnung
- I - 17 Zügige und faire Umsetzung der neuen Approbationsordnung
- I - 21 Neufassung § 1 Abs. 2.3 Approbationsordnung
- I - 27 Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung
- I - 30 Ausbildungsplätze für das Medizinstudium
- I - 32 Stärkung der Allgemeinmedizin an Universitäten



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Wahltertial im Praktischen Jahr

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dipl.-Med. Meisel und Frau Dr. Heinemann-Meerz (Drucksache I - 20) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Gliederung des Praktischen Jahres (PJ) muss wie bisher aus zwei Pflichttertialen in Innerer Medizin und Chirurgie und einem Wahlfach bestehen.

Bezugnehmend auf den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer zur Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) sollte das Wahlfach nicht nur in den klinisch-praktischen, sondern auch in den theoretischen Fächern, wie z. B. Hygiene, Mikrobiologie, Anatomie, Pathologie, ableistbar sein, um dem zum Teil schon heute bestehenden Facharztmangel in diesen Bereichen vorzubeugen.

Begründung:

Schon heute gibt es in den theoretischen Fächern einen Ärztemangel, kaum eine Klinik verfügt über eine/n Hygieneärztin/-arzt. Durch ein Praktikum in den theoretischen Fächern könnte hier das Interesse der angehenden Kollegen geweckt werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01 neu) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Stagge, Herrn Dietrich, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn PD Dr. Heep und Herrn Dr. Hülskamp (Drucksache I - 01a) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüÙt die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte, weil darin langjährige Forderungen der Ärzteschaft zur Reform der ärztlichen Ausbildung aufgegriffen werden.

Wir befürworten die größere Flexibilität und verbesserte Familienfreundlichkeit im Praktischen Jahr (PJ), die Stärkung der Allgemeinmedizin und die didaktisch sinnvolle Gestaltung des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. Damit leistet die Verordnung wertvolle Beiträge zur besseren Vereinbarkeit von Studium und Familie und somit zur Nachwuchsförderung, indem aus motivierten Medizinstudierenden zeitgemäß und praxisnah ausgebildete Ärztinnen und Ärzte werden.

Eine Überführung des Medizinstudiums in die Bachelor-/Master-Struktur gemäß der Bologna-Reform kommt für die Ärzteschaft weiterhin nicht in Betracht. Daher ist der Beibehaltung der bewährten Struktur des Medizinstudiums mit der Verzahnung von wissenschaftlich-theoretischen und klinisch-praktischen Inhalten ausdrücklich zuzustimmen. Die besondere staatliche Verantwortung für den Arztberuf findet im Staatsexamen als bundeseinheitliche Abschlussprüfung weiterhin einen deutlichen Niederschlag.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüÙt, dass der Bundesrat den Beschluss gefasst hat, die Gliederung des Praktischen Jahres wie bisher aus zwei Pflichttertialen in Innerer Medizin und Chirurgie und einem Wahltertial in einem klinisch-praktischen Wahlfach beizubehalten. Nur so können die erforderliche Ausbildungstiefe und individuelle Orientierungsmöglichkeiten in den Pflichtfächern und einem Wahlfach erreicht werden, was der sinnvollen Vorbereitung auf die Weiterbildung bzw. späteren ärztlichen Tätigkeit dient. Der stufenweise Ausbau der Ausbildungsplätze in der Allgemeinmedizin wird befürwortet. Studenten im Praktischen Jahr sind mit einem Gehalt in der Höhe eines Referendargehalts (Jurist) für ihre Arbeit zu entlohnen. Einzelheiten sind tarifvertraglich zu regeln.



Die Regelstudienzeit soll überdies auch im reformierten Medizinstudium weiterhin bei sechs Jahren und drei Monaten einschließlich der Prüfungszeit liegen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Resolution zur Änderung der Approbationsordnung

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache I - 12) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Brock, Herrn Dr. Marx und Herrn Dr. Funken (Drucksache I - 12a) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

1. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt die Abschaffung des Hammerexamens und die Verlegung des schriftlichen Teils vor das Praktische Jahr (PJ).
2. Der 115. Deutsche Ärztetag begrüßt den Erhalt der Wahlfreiheit im Praktischen Jahr, sieht aber die dringende Notwendigkeit einer Verbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung im Medizinstudium.
3. Der 115. Deutsche Ärztetag begrüßt die Erhöhung der Fehltage im Praktischen Jahr sowie die Einführung der Möglichkeit, das Praktische Jahr auf Teilzeitbasis absolvieren zu können.
4. Der 115. Deutsche Ärztetag unterstützt die Erhöhung der Mobilität im Praktischen Jahr.
5. Der 115. Deutsche Ärztetag lehnt jede weitere Einschränkung der Wahlfreiheiten bei den Famulaturen ab.
6. Der 115. Deutsche Ärztetag lehnt die Begrenzung der Ausbildungsvergütung im Praktischen Jahr ab.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Zügige und faire Umsetzung der neuen Approbationsordnung

Entschließung

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Dr. Friedländer, Frau Köhler und Herrn Dr. Baier (Drucksache I - 17) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die – auf Grundlage des entsprechenden Regierungsentwurfes – vom Bundesrat beschlossene Fassung der Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte rasch zu erlassen und somit in Kraft treten zu lassen. Die Länder und medizinischen Fakultäten sind aufgefordert, diese im Sinne der Medizinstudierenden umzusetzen und vor allem das Recht der Medizinstudierenden, die Lehrkrankenhäuser für die Ausbildungsabschnitte im Praktischen Jahr (PJ) frei zu wählen, nicht durch kleinstaatlich fokussierte Regelungen zu blockieren oder gar auszuhebeln.

Begründung:

Die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte korrigiert Fehlentwicklungen in der ärztlichen Ausbildung, die seit Jahren maßgeblich zur mangelnden Attraktivität des Medizinstudiums beigetragen haben. Sie macht endlich den Weg für eine Splittung des sogenannten Hammerexamens und für eine bundesweite PJ-Mobilität frei. Der Bundesratsbeschluss zieht auch unter den ideologisch motivierten und gesundheitspolitisch wie medizinisch unsinnigen Bestrebungen, einen PJ-Pflichtabschnitt Allgemeinmedizin in die Approbationsordnung (ÄAppO) zu implementieren, einen Schlussstrich. Die Medizinstudierenden haben lange für diese Änderungen gekämpft, sie sollten nun möglichst bald davon profitieren können. Dies trägt nicht nur zu einer Steigerung der Attraktivität des Medizinstudiums bei, sondern erhöht vor allem auch die Glaubwürdigkeit nicht nur der politisch Verantwortlichen, sondern auch die Glaubwürdigkeit der medizinischen Fakultäten, die mit ihren partikularistischen Forderungen bislang nicht als Interessenvertreter der Medizinstudierenden auffallen konnten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Neufassung § 1 Abs. 2.3 Approbationsordnung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Aden (Drucksache I - 21) fasst der 115. Deutsche Ärztetag nach 2. Lesung folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 empfiehlt bei der Neufassung der Approbationsordnung (ÄAppO), im Rahmen des Krankenpflegepraktikums in der ärztlichen Ausbildung auch einen Monat in der Praxis eines niedergelassenen Arztes/einer niedergelassenen Ärztin zu ermöglichen.

Begründung:

Der bisherige sogenannte Krankenpflagedienst soll die Studierenden in die Praxis der Krankenversorgung einführen und Kenntnisse über die Tätigkeitsfelder anderer relevanter Berufsgruppen im Gesundheitssystem vermitteln. Die Versorgung von Patienten findet aber nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im niedergelassenen Bereich statt. Wichtige Berufsgruppen, mit denen der Arzt kooperiert, sind nicht nur Gesundheits- und Krankenpfleger, sondern auch medizinische Fachangestellte.

Bei einem Praktikum in einer Arztpraxis können die angehenden Studierenden zusätzliche praktische Fertigkeiten, wie z. B. Blutentnahme oder EKG-Schreiben, erlernen und Einblicke in die organisatorischen Abläufe der ambulanten Versorgung gewinnen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp und Herrn Bodendieck (Drucksache I - 27) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 spricht sich dafür aus, Medizinstudenten im Praktischen Jahr (PJ) bereits frühzeitig an die Tätigkeit in der ambulanten Medizin heranzuführen. In der ambulanten Medizin können die jungen Kolleginnen und Kollegen nochmals grundlegende Tätigkeiten wie Anamneseerhebung und klinische Untersuchung 1:1 am Patienten lernen und vertiefen. Dafür eignet sich insbesondere die Ableistung des Wahltertials im Praktischen Jahr in einer hausärztlichen Praxis.

Dazu ist es notwendig, die infrastrukturellen Voraussetzungen an allen Fakultätsstandorten (Lehrstühle) mit ausreichend Lehrärzten zu schaffen, entsprechend der aktuellen Empfehlung des Bundesrats.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ausbildungsplätze für das Medizinstudium

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache I - 30) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert, die Zahl der Ausbildungsplätze in der Humanmedizin zu erhöhen.

Begründung:

Der Bedarf an Ärzten steigt aufgrund der demografischen Entwicklung und der Reduzierung der Nettoarbeitszeit, sodass dringend mehr Studienplätze geschaffen werden müssen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Stärkung der Allgemeinmedizin an Universitäten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Baier, Frau Haus, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler und Frau Dr. Friedländer (Drucksache I - 32) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Universitäten auf, Strukturen zu schaffen und Mittel bereitzustellen, dass Studenten ab dem ersten Semester die Möglichkeit erhalten, strukturierte Hospitationen und später Famulaturen entsprechend ihres Ausbildungsstandes in allgemeinmedizinischen Praxen vornehmen zu können.

Begründung:

Je früher Studenten mit dem Fach Allgemeinmedizin in Kontakt treten, desto höher ist ihre Bereitschaft, dieses Fach als Lebensziel zu wählen. Außerdem können Studenten gleitend, entsprechend ihres Ausbildungsstandes, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten kontinuierlich in der allgemeinmedizinischen Praxis fortentwickeln.



115. Deutscher Ärztetag

Nürnberg, 22.05. - 25.05.2012

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Gemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V

- I - 02 Einbezug der Ärztekammern in die Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V dringend erforderlich



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Einbezug der Ärztekammern in die Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V dringend erforderlich

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 02) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hat der Bundesgesetzgeber die Möglichkeit zur Bildung von Landesgremien für sektorenübergreifende Versorgungsfragen geschaffen. Als Beteiligte an diesen Gremien werden in § 90a SGB V explizit Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kostenträger und der Landeskrankenhausgesellschaft genannt. Noch im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens haben sich die Bundesärztekammer und die Ärztekammern der Länder dafür eingesetzt, auch die Ärztekammern, die Körperschaften des öffentlichen Rechtes sind und unter der Rechtsaufsicht des Landes als Organe der Selbstverwaltung stehen, als obligatorisch Beteiligte an diesen Landesgremien vorzusehen. Unverständlicherweise ist der Bundesgesetzgeber diesem berechtigten Anliegen der Ärzteschaft nicht nachgekommen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 appelliert daher im Hinblick auf die 85. Gesundheitsministerkonferenz Ende Juni 2012 an die Bundesländer, auch die Landesärztekammern an den entsprechenden Landesgremien stimmberechtigt zu beteiligen. Gemäß § 90a Abs. 1 SGB V gehören den Gemeinsamen Landesgremien neben den o. g. Mitgliedern auch weitere „Beteiligte“ an. Der Hinweis auf weitere „Beteiligte“ in der Gesetzesformulierung legt insoweit die Beteiligung auch der Ärztekammern an diesen Gemeinsamen Landesgremien nahe, als nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen, nämlich hier der meisten Landeskrankenhausgesetze, die Ärztekammern entweder „mittelbar Beteiligte“ oder „unmittelbar Beteiligte“ an der Planung für den stationären Sektor sind. Hieraus muss sich zwingend ableiten, insoweit auch die Ärztekammern als „Beteiligte“ in die für sektorenübergreifende Fragen der Planung und Versorgung zuständigen Gemeinsamen Landesgremien einzubeziehen.

Die Landesärztekammern verfügen nach Auffassung des Deutschen Ärztetages über spezifische Kompetenzen, die für die Arbeit dieser neuen Gremien unerlässlich sind. Den Ärztekammern stehen moderne Analysemöglichkeiten zur Generierung sektorenübergreifender Zahlen, Daten und Fakten zur ärztlichen Personalausstattung und -qualifikation zur Verfügung. Ferner können Veränderungen in der Struktur der Ärzteschaft, ihrer Tätigkeitsmuster und im ärztlichen Berufsverständnis von den Ärztekammern am deutlichsten wahrgenommen und in den Planungsprozess eingebracht



werden. Zudem bilden die von den Ärztekammern beschlossenen Weiterbildungsordnungen die Grundlage der Planungsprozesse im ambulanten und im stationären Sektor. Bei der Anerkennung von Weiterbildungsstätten prüfen die Ärztekammern die apparativen, räumlichen, sächlichen, fachlichen und personellen Strukturen auch mit Blick auf die erforderliche Patientenversorgung. Weiterbildungsbefugnisse werden anhand der gleichen Kriterien personenbezogen erteilt. Mit ihrer Zuständigkeit für die ärztliche Weiterbildung obliegt den Ärztekammern mithin schon derzeit eine besondere Verantwortung für die Steuerung der Versorgungsstrukturen.

Im Rahmen einer sektorenübergreifend ausgerichteten Bedarfsplanung kommt der Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen einschließlich Gründung von Zweitpraxen und mobilen Praxen, der Einbeziehung von Krankenhausärzten und der Berücksichtigung von Verbundweiterbildungen eine besondere Bedeutung zu. Insbesondere im Hinblick auf die zu erwartenden berufsrechtlichen Implikationen einer solchen Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen verfügen die für die Berufsaufsicht über die Ärzte im stationären und ambulanten Bereich zuständigen Ärztekammern über eine spezifische Kompetenz.

Diese und weitere Aufgaben- und Kompetenzbereiche der Ärztekammern können maßgeblich dazu beitragen, dass die angestrebten sektorenübergreifenden Landesgremien Garanten für eine zeitnahe und flexible Berücksichtigung der lokalen und regionalen medizinischen Erfordernisse werden.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 bittet daher die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vor diesem Hintergrund eindringlich, im Rahmen ihrer Planungen zur Einrichtung der Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V die hier dargelegten Argumente eingehend zu prüfen und die Landesärztekammern in diese Gremien einzubeziehen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Psych-EntgeltGesetz

- I - 03 Zukünftige Umsetzung und Ausgestaltung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG
- I - 25 Bürokratieaufwand im Zuge des Gesetzentwurfes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG)



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Zukünftige Umsetzung und Ausgestaltung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 03) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das voraussichtlich ab dem 01.07.2012 in Kraft tretende Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) hat im Gesetzgebungsverlauf 2011/2012 verbands- und institutionsübergreifend erhebliche Kritik ausgelöst. Die in den Stellungnahmen vorgeschlagenen Verbesserungen fanden nur zu einem geringen Teil Eingang in den Kabinettsentwurf vom Januar 2012. Angesichts der demografischen Entwicklung der Bevölkerung sowie der Ärzteschaft (hier: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie) wird der sachgerechten Nachjustierung der aktuell geschaffenen Rahmenbedingungen eine entscheidende Bedeutung zukommen.

In diesem Zusammenhang fordert der 115. Deutsche Ärztetag 2012 die Gesetzgebungsgremien sowie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, hierbei insbesondere folgende Punkte zeitnah umfassend zu berücksichtigen:

- Sicherung einer Personalausstattung, die der zeitaufwändigen Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gerecht wird. Dies setzt eine gute Ausstattung mit entsprechend qualifizierten Fachkräften in allen Berufsgruppen voraus.
- Entlastung der Berufsgruppen, die für die Patientenversorgung zuständig sind, von allen Dokumentationspflichten, die nicht unmittelbar der Dokumentation und Realisierung ihrer Aufgaben in der Patientenversorgung dienen.
- Engmaschige Einbeziehung ärztlicher Experten der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern in die weitere Ausgestaltung des Systems.
- Sicherung einer nachhaltigen tragfähigen Finanzierung, u. a. durch Ablösung der Veränderungsrate durch die zeitnahe Einführung eines belastbaren Kostenorientierungswertes.
- Langfristige Beibehaltung des Primates eines tagespauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen und damit definitive Absage an die Weiterentwicklung in eine G-DRG-Systematik.



Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 spricht sich zudem dafür aus, dass die mit der neuen Vergütungssystematik einhergehenden Datenübermittlungen so gehandhabt werden, dass für Patientinnen und Patienten bei dem Umgang mit Informationen zu Diagnosen und Therapieverläufen keinerlei Nachteile entstehen können.

Begründung:

In Anbetracht der auch demografiebedingten Steigerung des Behandlungsbedarfes (Multimorbidität, Demenz, Burn-out etc.) wird der neuen Finanzierungssystematik für die Psychiatrie und Psychosomatik eine wachsende Bedeutung bei der Implementierung von Lösungsoptionen im Umgang mit den gesamtgesellschaftlich relevanten Herausforderungen zukommen.

Zeitgleich besteht – im Gegensatz zur G-DRG-Einführung 2004/2005 – ein schon jetzt ausgeprägter Arzt- und Fachkräftemangel in den betroffenen Fachdisziplinen. Zudem stellt die Verfügbarkeit von hochqualifiziertem Personal gerade in der Psychiatrie und Psychosomatik den entscheidenden Wirkfaktor dar (derzeitiger Personalkostenanteil: ca. 80 bis 85 Prozent). Um den zukünftigen Herausforderungen und dem steigenden Behandlungsbedarf sachgerecht begegnen zu können, ist es daher unerlässlich, für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Dies umfasst z. B. die Vermeidung unnötiger Kürzungen von Personalressourcen durch eine Nichterfüllung der Vorgaben der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV), die Reduzierung des Dokumentations- und Bürokratieaufwandes von Anfang an auf ein Minimum sowie die Sicherung einer langfristig verlässlichen auskömmlichen Finanzierung der betroffenen Abteilungen, Einrichtungen und Kliniken.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Bürokratieaufwand im Zuge des Gesetzentwurfes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG)

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache I - 25) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, den Gesetzentwurf des PsychEntgG zu überarbeiten und den hiermit verbundenen bürokratischen Aufwand in der Erfassung und Verarbeitung der Behandlungsfalldaten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zugunsten einer Ausweitung unmittelbarer Patientenbehandlung einzudämmen.

Begründung:

Gemäß dem derzeitigen Gesetzentwurf des PsychEntgG soll nach einer vierjährigen budgetneutralen Einführungsphase und einer anschließenden fünfjährigen Konvergenzphase die Gesamtsystematik eines leistungsorientierten und pauschalierten Entgeltsystems in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bis 2022 abschließend eingeführt werden. In den Jahren 2013/2014 können Kliniken die Entgeltsystematik auf freiwilliger Basis einführen.

Zielstellungen des PsychEntgG sind ein krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend effizienterer Einsatz von Ressourcen, mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen und eine Verbesserung der Leistungsqualität.

In der bereits auf Länderebene laufenden Testphase zeigt sich demgegenüber jedoch lediglich ein erheblicher Anstieg des Zeitaufwandes der Leistungserfassung und damit einhergehend ein Verlust an zeitlicher Zuwendung für die Patientenklientel der psychisch Kranken. Insbesondere komplexe Krankheitsbilder lassen sich im neuen Entgeltsystem nicht mit der erforderlichen Relevanz abbilden, somatische Begleiterkrankungen werden ggf. nicht erfasst.

Kernpunkte der Überarbeitung des PsychEntgG müssen daher sein:



-
- Entlastung des medizinischen Personals der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen von einer zeitaufwändigen Dokumentation und Ausweitung des Zeitbudgets für die originäre Behandlung der Patienten
 - Anerkennung der Vergütungsrelevanz basaler – auch kurzer und repetitiver – therapeutischer Kontakte und Maßnahmen mit den Patienten (sog. Grundrauschen)
 - Überarbeitung des aktuellen Prozedurenschlüssels im Hinblick auf eine stärkere Abbildung von Behandlungs- und Patientenerfordernissen
 - Berücksichtigung des Finanzierungsbedarfs für die Beschäftigung von Medizinischen Dokumentationsassistenten/-innen



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Umgang mit Überschüssen der GKV

- I - 04 Nutzung der Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- I - 24 Abschaffung der Praxisgebühr/Notfallpraxisgebühr
- I - 16 Sinnvolle Alternativen zur Praxisgebühr entwickeln!
- I - 28 Praxisgebühr



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Nutzung der Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 04) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Stagge (Drucksache I - 04a) Herrn Dietrich, Frau Bartels und Frau Dr. Blessing (Drucksache I - 04b) Frau Dr. Keller, Herrn Dr. Spies, Herrn Dr. Dewitz und Herrn Bernhardt (Drucksache I - 04c) Herrn Prof. Dr. Bertram, Herrn Henke, Herrn Zimmer, Frau Dr. Groß M.A., Frau Haus, Herrn Brock und Herrn Stagge (Drucksache I - 04d) fasst der 115. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Die derzeitigen Finanzüberschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind nicht nur Ergebnis konjunktureller Entwicklung, sie sind maßgeblich auch Folge der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz für die Jahre 2011 und 2012 vorgegebenen Ausgabenbegrenzungen zu Lasten der ambulanten und stationären Versorgung.

Im Ergebnis bleibt das Finanzvolumen für die ambulante ärztliche Versorgung in vielen Regionen Deutschlands unzureichend. Den Krankenhäusern wurden ihre finanziellen Mittel im Resultat dieses Spargesetzes durch Absenkung des Ausgabenzuwachses unter die Grundlohnrate und Erlöskürzungen bei Mehrleistungen effektiv sogar gekürzt, was sich sowohl auf die Beschäftigten in den Kliniken als auch auf die Patientenversorgung negativ auswirkt.

Nachdem sich die Sparmaßnahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes zu Lasten der ambulanten und stationären Versorgung im Jahr 2011 angesichts der aktuellen Rekordüberschüsse der GKV im zweistelligen Milliardenbereich als unbegründet erwiesen haben, wird die Bundesregierung an ihr eigenes Versprechen erinnert, dass diese Sparmaßnahmen kein Dauerzustand sein sollen. Bevor Kassenbeiträge gesenkt werden, muss die angemessene Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass die Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) von 2005 ein betriebswirtschaftlich kalkulierter Punktwert von 5,11 Cent war. Die aktuelle Vergütung im niedergelassenen Bereich liegt in der Regel weit darunter, was zu einer chronischen Unterfinanzierung mit vielen Folgeproblemen führt.

Vor diesem Hintergrund fordert der 115. Deutsche Ärztetag 2012 die Bundesregierung auf, folgende gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten:



- Die nachhaltige Finanzierung der stationären Versorgung ist durch die Abschaffung der Begrenzung des Zuwachses der Erlösbudgets der Krankenhäuser auf die jährliche Veränderungsrate der Grundlohnsumme und die Einführung eines an die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern gebundenen vollständigen Orientierungswerts sicherzustellen.
- Verbesserung der Finanzierung der ambulanten Versorgung, um den bereits vor Jahren erstellten betriebswirtschaftlichen Kalkulationen gerecht zu werden. Zusätzlich sind die auch im ambulanten Bereich entstandenen Lohn- und Kostensteigerungen zu kompensieren.
- Nachteilige Sockeleffekte aus den in den Jahren 2011 und 2012 zu Lasten der ambulanten und der stationären Versorgung wirkenden Kostendämpfungsmaßnahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes sind bei der Fortschreibung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Erlösbudgets der Krankenhäuser für 2013 und die Folgejahre vollständig auszugleichen.
- Die Praxisgebühr, welche die ursprünglich gewünschte Steuerung einerseits verfehlt, andererseits jedoch eine unverhältnismäßige bürokratische Belastung von Patienten, Praxen und Krankenhäusern bedeutet, ist abzuschaffen oder zumindest auszusetzen oder durch eine sinnvolle Form der Eigenbeteiligung ist zu ersetzen, die den bürokratischen Aufwand für die Arztpraxen und Kliniken wegnimmt oder zumindest drastisch reduziert.
- Die Koalitionsvereinbarung sieht vor, den Orientierungspunktwert für die Vergütung niedergelassener Ärzte nicht anzupassen. Eine Berufsgruppe vom Inflationsausgleich auszuschließen, ist ein einmaliger Vorgang. Dies muss beendet werden. Zumindest der Inflationsausgleich muss sichergestellt werden, ebenso muss die berechnete Tarifsteigerung der Mitarbeiter/innen in den Praxen ausgeglichen werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Abschaffung der Praxisgebühr/Notfallpraxisgebühr

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker und Herrn Dr. Albrecht (Drucksache I - 24) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstützt ausdrücklich die Absicht des Bundesministers für Gesundheit, die Erhebung der Praxisgebühr und der Notfallpraxisgebühr wieder abzuschaffen.

Begründung:

1. Die Praxisgebühr hat den bürokratischen Aufwand in den Arztpraxen und Notfallambulanzen sowie bei den Verwaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenhäuser und Kassen erheblich erhöht. Damit werden neue Kosten verursacht, die der Gesundheitsversorgung nicht zugutekommen.
 2. Die erhoffte steuernde Wirkung der Einführung der Praxisgebühr geht vor allem zu Lasten der wirtschaftlich schlechter gestellten Bevölkerungsschichten, die auf notwendige Arztbesuche trotz bestehender Befreiungsregelungen verzichten. Dadurch erhöht sich zusätzlich das gesundheitliche Risiko der Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem Einkommen.
-



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Sinnvolle Alternativen zur Praxisgebühr entwickeln!

Entschließung

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Dr. Friedländer, Frau Köhler und Herrn Dr. Baier (Drucksache I - 16) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber auf, die nicht zielführende Diskussion über eine (ersatzlose) Abschaffung der Praxisgebühr zu beenden und stattdessen konkrete Alternativen mit wirkungsvollen Steuerungseffekten für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zu entwickeln. Dabei ist neben dem Aspekt einer sozial verträglichen Steuerungswirkung vor allem der Abbau überflüssiger Bürokratie zu berücksichtigen.

Begründung:

Die Praxisgebühr hat auf das Patientenverhalten keinerlei nachhaltige Wirkung entfaltet. Begrenzte Ressourcen können aber in keinem System der Welt grenzenlos in Anspruch genommen werden. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund haben übereinstimmende Einlassungen von (ansonsten durchaus unterschiedlich ausgerichteten) Gesundheitsökonomien vielerorts die Überzeugung darin gestärkt, dass alternativ zur bestehenden Praxisgebühr nur Steuerungsinstrumente mit einer wie auch immer gearteten Selbstbeteiligung des Patienten die notwendige Wirkung erzielen können. In diesem Sinne ist der Gesetzgeber gefordert, im Dialog mit Ärzten, Kassen und Patientenvertretern ein Modell für eine sozial verträgliche und grundsätzlich zugleich alle Versicherten einschließende Eigenbeteiligung vorzulegen, das (auch) im Sachleistungsprinzip realisierbar ist.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Praxisgebühr

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dipl.-Med. Menzel (Drucksache I - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Gesundheitspolitik wird aufgefordert, die unsinnige sogenannte Praxisgebühr, die ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllt, abzuschaffen. Stattdessen soll eine Steuerung entfaltende Gebühr für Inanspruchnahme von Notfallsprechstunden, -ambulanzen bzw. ärztlichen Notfalldiensten erhoben werden.

Die Steuerungswirkung der Praxisgebühr zur Minderinanspruchnahme von ambulanten Leistungen hat nicht zum gewünschten Erfolg geführt. Immerhin werden aber durch diese Kassengebühr ca. zwei Milliarden Euro zusätzlich eingenommen. Diese verkappte Beitragserhöhung kann ehrlicher Weise direkt erhoben werden.

Eine Steuerungsfunktion, die nur wirklich Bedürftigen die Rundum-Versorgung sichern soll, kann bei Entfaltung nicht zu Mehreinnahmen führen, sondern zu Minderausgaben. Damit ist der Gewinn für alle Versicherten gegeben und die vorhandenen Mittel können zielgenauer in der Versorgung eingesetzt werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Patientenrechtegesetz

- I - 05 Patientenrechtegesetz
- I - 15 Patientenrechtegesetz: keine amerikanischen Verhältnisse!
- I - 29 Patientenrechtegesetz



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Patientenrechtegesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 05) fasst der 115. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

I. Patientenrechte stärken und Bürokratie vermeiden.

Die Rechte der Patientinnen und Patienten sind in Deutschland hoch entwickelt und durch die Rechtsprechung umfangreich gesichert. Die Informationslage über die bestehenden Rechte ist unterschiedlich ausgeprägt und nicht immer zufriedenstellend. Das Patientenrechtegesetz soll transparente Regeln schaffen und Patienten wie auch Ärzten die nötige Rechtssicherheit geben. Die Intention des Gesetzesvorhabens wird begrüßt. Dennoch bleiben viele Fragen offen.

Die Diskussion um eine gesetzliche Regelung von Patientenrechten hat mit dem vorgelegten Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten eine neue Intensität erreicht. Im Gesetzgebungsverfahren hat die Bundesärztekammer zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 9. März 2012 eine Stellungnahme zu dem Referentenentwurf abgegeben: Die Normierung des Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) wird grundsätzlich begrüßt. Die bei der Ausgestaltung der Regelungen im Einzelnen festgestellten Probleme werden aufgezeigt; diese berühren wesentlich die differenzierte Festlegung von Informationspflichten. Dies betrifft insbesondere die Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten auf Nachfrage über erkennbare Behandlungsfehler zu informieren sowie die nicht nachvollziehbare Trennung der Informations- und Aufklärungspflichten. Ein Übermaß an Dokumentation gilt es zu vermeiden, da dadurch das Patient-Arzt-Verhältnis unangemessen überlagert wird. Im Vordergrund muss die Behandlung der Patientinnen und Patienten und nicht die Dokumentation aller vor, während und nach der Behandlung veranlassten Maßnahmen stehen. Eine ausufernde Dokumentation bindet wertvolle Zeit, die primär für die Behandlung genutzt werden sollte. Deshalb dürfen die gesetzlichen Regelungen nicht zu einer verstärkten Bürokratisierung ärztlicher Berufsausübung führen.



II. Der Förderung einer Fehlervermeidungskultur dienen auch einrichtungsinterne und -übergreifende Fehlervermeidungssysteme.

Die mit der Neufassung des § 17b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vorgesehene Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen wird begrüßt.

Hiermit greift der Gesetzgeber die seit langem von der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen initiierten Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit und zur Etablierung einer Fehlervermeidungskultur auf. Die Beteiligung an solchen Systemen, wie beispielsweise dem Critical Incident Reporting System (CIRS) oder dem Medical Error Reporting System (MERS), kann in erheblichem Maße dazu beitragen, die Patientensicherheit zu erhöhen, indem Fehler und Risiken bei der Versorgung der Patienten erkannt, systematisch analysiert und Strategien zu ihrer Vermeidung entwickelt werden.

Zu überdenken ist jedoch, ob die Beschränkung der Neuregelung auf einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme sachgerecht ist. Das Lernen aus Fehlern aufgrund einrichtungsinterner Fehlermeldesysteme kann ebenso zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen, da auch aus diesen Fehlervermeidungsstrategien abgeleitet werden können. Dies schafft einen Mehrwert für die Qualitätssicherung insgesamt. Es sollte daher im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft werden, ob bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen auch die Anwendung eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems zuschlagsfähig ist. Eine derartige Finanzierungsmöglichkeit interner Systeme steht der vorgesehenen Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für einrichtungsübergreifendes Fehlermanagement nicht entgegen und wird im Interesse der Patientensicherheit befürwortet.

III. Patientenrechte werden von der Ärzteschaft seit jeher anerkannt und umgesetzt. Ihre Sicherung erfolgt nicht nur über ein Patientenrechtegesetz, sondern ebenso über berufsrechtliche Regeln wie über die Gesundheits- und Sozialgesetzgebung. Deshalb bekräftigt der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg die hierzu in der Vergangenheit, insbesondere auf dem 112. und dem 113. Deutschen Ärztetag, gefassten Beschlüsse für eine verlässliche Sicherung grundlegender Patientenrechte.

1. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine individuelle, nach ihren Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung.
Das setzt voraus, dass eine ausreichende Information und Aufklärung sowie die Nutzung der Prinzipien einer "gemeinsamen Entscheidungsfindung" und des "Informed Consent" gewährleistet sind. Darüber hinaus ist die Therapiefreiheit des Arztes ebenso wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel unabdingbar. Eine Rationierung medizinischer Leistungen oder der Weg in eine Checklistenmedizin führen jedoch zu einer schlechten medizinischen Versorgung. Das Unterlassen



einer nach der Sozialgesetzgebung nicht möglichen, nicht finanzierten oder rationierten Behandlung bei sozialversicherten Patienten darf in einem möglichen Haftungsfall Ärztinnen und Ärzten nicht angelastet werden.

2. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf die freie Arztwahl.
Patientenrechte und Patientenautonomie bleiben nur leere Worte, wenn dieses Recht auf freie Wahl und damit auf die individuelle Vertrauensbeziehung zum Patienten aufgehoben wird.
3. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf Transparenz.
Die Ärzteschaft setzt sich deshalb nachdrücklich für eine regelmäßige Information des Patienten über Art, Menge, Umfang und die Kosten der erbrachten Leistungen ein. Zugleich muss aber der Patient mehr Möglichkeiten erhalten, zwischen Sachleistung und Kostenerstattung auf der Basis einer amtlichen Gebührenordnung entscheiden zu können.
4. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf Wahrung des Patientengeheimnisses.
Grundlage einer freien und vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt ist die ärztliche Schweigepflicht. Gesetzliche Mitteilungspflichten müssen auf das unerlässlich Notwendige begrenzt bleiben. Abgelehnt werden alle Versuche, das Patientengeheimnis zu durchbrechen. Bei der Erfassung und Verwendung von Patientendaten ist in jedem Einzelfall die Zustimmung des Patienten unerlässlich.
5. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf die Solidarität der Gesellschaft.
Solidarität heißt, dass jeder entsprechend seinen finanziellen Möglichkeiten einen Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu leisten hat und die Krankenversicherung auch nur nach Maßgabe des Notwendigen in Anspruch nimmt. Zugleich muss im Wettbewerb der Krankenversicherungen Raum für die private Krankenversicherung (PKV) bleiben. Eine Einheitsversicherung widerspricht den Prinzipien der Eigenverantwortung sowie der Patientenautonomie und wird deshalb von der Ärzteschaft abgelehnt.
6. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine solidarische Krankenversicherung, die diesen Namen verdient, denn Versicherte zahlen Beiträge in die Krankenversicherung ein, um im Krankheitsfall notwendige Leistungen zu erhalten.
7. Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf ein bürgernahes Gesundheitswesen.
Dies ist ein gesellschaftliches Anliegen und eine Aufgabe, die auch durch die Selbstverwaltung zu gewährleisten ist.
8. Patientinnen und Patienten erwarten Fürsorge und Zuwendung von allen im Gesundheitswesen Tätigen.
Doch die zunehmende Reglementierung, die zum Teil kritikwürdigen Arbeitsbedingungen und die überbordende Bürokratie führen zu wachsender Demotivation der im Gesundheitswesen Tätigen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Politik auf, die kritisierten Übermaßregelungen bei der weiteren Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes fallen



zu lassen und die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Gesundheitsberufe wieder an Attraktivität gewinnen. Anderenfalls droht ein empfindlicher Personalmangel in der medizinischen Versorgung.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Patientenrechtegesetz: keine amerikanischen Verhältnisse!

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache I - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber auf, vor der Verabschiedung des geplanten Patientenrechtegesetzes sinnvolle Alternativen für dieses Gesetzgebungsvorhaben noch einmal mit der Ärzteschaft zu diskutieren.

Der Deutsche Ärztetag warnt vor möglichen Tendenzen, die Beweislast umzukehren, und lehnt insbesondere bei der Neuregelung der Aufklärungspflichten die Vorgabe ab, dass die Aufklärung zwingend durch einen an der Durchführung des Eingriffs Beteiligten erfolgen muss (Referentenentwurf zu § 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB).

Begründung:

Der Deutsche Ärztetag weist ausdrücklich darauf hin, dass mit einer Erweiterung des ärztlichen Haftungsrisikos nicht zwingend eine Verbesserung der Patientenrechte einhergeht. Ein gesteigertes Haftungsrisiko führt nicht nur zu einer Verschlechterung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, sondern zwangsläufig zu weiteren höheren Prämien für die Berufshaftpflichtversicherungen und damit zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Schon heute haben die Haftpflichtprämien in bestimmten Fachgruppen eine volkswirtschaftlich bedenkliche Größenordnung erreicht.

Inhaltlich begrüßt der Deutsche Ärztetag ausdrücklich, dass im von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines "Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" (Patientenrechtegesetz) bisher keine allgemeine Beweislastumkehr – außer in den schon von der Rechtsprechung anerkannten Fällen – vorgesehen wurde. Durch eine allgemeine Beweislastumkehr im Arzthaftungsprozess würde ein berufsethisch höchst bedenklicher Trend zur "Defensivmedizin" bestärkt, der in letzter Konsequenz nur zu einer weiteren Ausdünnung der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland führen würde.

Die deutsche Ärzteschaft bezweifelt, dass das in der Gesetzesbegründung selbst gesetzte Ziel erreicht wird, dem betroffenen Personenkreis seine Rechte als Patient effektiv und abschließend vor Augen zu führen. Anstatt eine Reihe weiterer



Unterparagrafen in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) einzupflegen, wäre es aus Sicht der deutschen Ärzteschaft zweckdienlicher, die Rechte der Patientinnen und Patienten in verständlich formulierter Sprache in einer "Charta der Patientenrechte" niederzulegen.

Die neue gesetzliche Regelung sieht vor, dass Aufklärungsgespräche zukünftig zwingend durch einen an der Durchführung des Eingriffs beteiligten Arzt erfolgen muss. Diese Vorgabe wird keine qualitative Verbesserung der Aufklärungsgespräche bringen. Gerade vor operativen Eingriffen gehen Ärzteteams hochspezialisiert und arbeitsteilig vor. Dabei ist schon heute sichergestellt, dass die Aufklärungsgespräche immer durch einen Arzt oder eine Ärztin mit Erfahrung und entsprechendem Einfühlungsvermögen durchgeführt werden. Diese spezialisierte Aufgabenteilung begegnet auch den Bedürfnissen junger Ärztinnen und Ärzte, die zeitliche Doppelbelastung durch Familie und Beruf in Einklang zu bringen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Patientenrechtegesetz

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Windhorst (Drucksache I - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Entwurf zum § 630e Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) im Patientenrechtegesetz muss zum Erhalt der Patientenversorgung geändert werden.

Begründung:

Der Referentenentwurf sieht in § 630e Abs. 2 Satz 1 BGB vor, dass die Aufklärung der Patienten "durch einen an der Durchführung des Eingriffes Beteiligten" zu erfolgen hat.

- Eine solche Regelung wäre teilzeitfeindlich und benachteiligt damit vor allem Ärztinnen. Die organisatorische Umsetzung würde eine möglichst lange zeitliche Verfügbarkeit und Präsenz der zunächst aufklärenden und später den Eingriff durchführenden Ärzte im Krankenhaus erfordern. Die Regelung wäre kontraproduktiv für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Patienten werden - ganz bewusst - oft lange im Vorfeld vor elektiven Operationen (Mehrheit der Operationen) über den Eingriff und die dazugehörige Narkose in gesonderten Sprechstunden aufgeklärt. Dies lässt dem Patienten ausreichend Zeit für eine wohlüberlegte Entscheidung und ggf. auch das Einholen einer Zweitmeinung. Zu diesem Zeitpunkt ist jedoch noch nicht sicher planbar, wer später einmal die Operation oder die Narkose durchführen wird.
- Anästhesistinnen werden in der Schwangerschaft vielfach nicht mehr im Operationssaal eingesetzt (wegen der potenziell schädlichen Wirkung von Narkosegasen). Aber noch können diese Ärztinnen im Rahmen der Untersuchung und Aufklärung für Narkosen tätig sein. Nach dem Wortlaut des Referentenentwurfes wäre dies künftig nicht mehr möglich.
- Die Regelung würde zu Konflikten mit dem Arbeitszeitgesetz führen. Üblicherweise werden Patienten, die außerhalb der regulären Dienstzeit im Notdienst aufgenommen werden (jedoch keiner unmittelbaren Operation oder Intervention bedürfen), von den diensthabenden Ärzten über die bevorstehende Operation/Intervention und die dazugehörige Narkose aufgeklärt. Nach dem Arbeitszeitgesetz können diese Ärzte (im Regelfall) jedoch am folgenden Tag bei der Operation oder dem Eingriff dann nicht anwesend sein.



- Die Regelung würde dazu führen, dass besonders erfahrene Ärzte nicht mehr im gleichen Umfang für schwierige Eingriffe oder Narkosen zur Verfügung stehen, wie dies bislang der Fall ist. Auch schwierige Eingriffe oder Narkosen sind heute vielfach standardisiert, sodass eine den medizinischen und juristischen Anforderungen genügende Aufklärung auch durch weniger erfahrene Ärzte (die diese Eingriffe/Narkosen selbst noch nicht durchführen können. Es gilt nach wie vor der Facharztstandard) erfolgen kann. So kann z. B. die Aufklärung für eine schwierige Narkose auch durch einen noch in Weiterbildung befindlichen Arzt erfolgen, die Narkose selbst obliegt dem erfahrenen Arzt. Müsste der erfahrene Anästhesist die Aufklärung für jede seiner Narkosen selbst durchführen, hätte er für seine eigentliche Kernaufgabe – die Durchführung schwieriger Narkosen – weniger Zeit.
- Die Regelungen würden die bürokratischen Aufgaben der Fachärzte weiter verstärken; nicht nur die Aufklärungstiefe würde zeitintensiv erhöht, sondern auch die damit verbundene Dokumentationspflicht. Denn was nicht dokumentiert nachweisbar ist, gilt als nicht gemacht (§ 630h Abs. 3). Zusätzlich hält diese Dokumentationslast Fachkräfte von der unmittelbaren Patientenversorgung ab. Das verstärkt zusätzlich den bestehenden Ärztemangel.
- Die Regelung würde dazu führen, die im DRG-System ohnehin beeinträchtigte ärztliche Weiterbildung noch weiter zu erschweren, da ein verantwortlicher aufsichtsführender Facharzt aus der Weiterbildung im Operationssaal abgezogen werden müsste.
- Besonders bedenklich ist die Verbindung von § 630e Abs. 2 Satz 1 mit § 630h Abs. 2: Erfolgt der Eingriff oder die Narkose nicht durch einen Arzt, der zuvor die Aufklärung durchgeführt hat, wird nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfes vermutet, dass der Patient in den Eingriff nicht eingewilligt hätte. Der Eingriff stellt sich dann sofort als tatbestandsmäßige und rechtswidrige Körperverletzung dar.

Die moderne Medizin ist in der ambulanten und stationären Versorgung hochgradig arbeitsteilig organisiert. In der vorliegenden Form würde die angedachte Regelung die Prozessabläufe erheblich behindern, eine ärztliche Tätigkeit in Teilzeit erschweren, die Weiterbildung beeinträchtigen und insgesamt den bestehenden Ärztemangel künstlich verstärken. Die kurative Medizin wird erheblich geschwächt. Insgesamt wird das Gesetz die ohnehin hohe Bürokratiebelastung in der Medizin über die niedrigere Schwelle für eine Beweislastumkehr noch weiter intensivieren. Weitere Folgen werden die Zunahme einer kostentreibenden Defensivmedizin und dadurch ein Motivationsverlust gerade des Nachwuchses mit verstärkter Abwanderung von Ärzten in alternative Berufsfelder sein.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

IGeL

- I - 06 IGeL-Eindämmungsgesetz
- I - 18 Keine gesetzliche "Eindämmung" von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)
- I - 19 IGeL-Beurteilung - Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: IGeL-Eindämmungsgesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 06) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüÙt, dass der Antrag der SPD-Fraktion für ein Gesetz zur Eindämmung individueller Gesundheitsleistungen (IGeL-Eindämmungsgesetz) in vielen Punkten die Forderungen des 109. Deutschen Ärztetags 2006 in Magdeburg aufgegriffen hat, wie

- sachliche und für den Patienten verständliche Informationen und Beratung,
- Gewährung einer angemessenen Informations- und Bedenkzeit und
- Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrags und schriftliche Rechnungsstellung.

Der 109. Deutsche Ärztetag 2006 hat sich auch dafür ausgesprochen, dass IGeL-Behandlungen grundsätzlich nicht in direktem Zusammenhang mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sondern getrennt davon erbracht werden sollen. Die Forderung der SPD-Fraktion, dass IGeL-Behandlungen nicht mehr an demselben Behandlungstag mit GKV-Leistungen erbracht werden dürfen, ist dagegen überzogen, verursacht vermehrte Wartezeiten sowie überflüssige Wiedervorstellungstermine und stellt eine nicht akzeptable Gängelung von Patienten und Ärzten dar.

Der 115. Deutsche Ärztetag hält die im Antrag der SPD-Fraktion geforderte Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit der Nutzenbewertung und Zulassung der IGeL für überreglementiert. Der G-BA ist dazu rechtlich nicht legitimiert, da sich dessen Zuständigkeit ausschließlich auf den Bereich der Gesundheitsversorgung der gesetzlich Krankenversicherten erstreckt.

Eine Befassung mit IGeL würde außerdem die Antragsbearbeitungszeit des G-BA für alle übrigen Verfahren weiter deutlich erhöhen und die Einführung innovativer Leistungen in der ambulanten Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patientinnen und Patienten weiter verzögern.

Insgesamt erweist sich die im SPD-Antrag geforderte Kategorisierung der IGeL hinsichtlich ihres Nutzens in manchen Fällen ohnehin als schwierig. Dies zeigt u. a. der im Antrag vorgeschlagene Ausschluss der Colon-Hydro-Therapie, die von verschiedenen



gesetzlichen Krankenversicherungen als Satzungsleistung angeboten wird.

Für den Fall der weitergehenden Beratung und Verabschiedung des Antrags der SPD-Fraktion im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens wird an die Mitglieder des Bundestages appelliert, nur die Teile des Antrags zu unterstützen, die die Forderungen des 109. Deutschen Ärztetages 2006 aufgreifen.

Die Position der Ärzteschaft zum verantwortungsvollen und seriösen Umgang mit IGeL wurde nochmals in einer aktualisierten Auflage der von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) herausgegebenen Broschüre "Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte" festgehalten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Keine gesetzliche "Eindämmung" von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Friedländer, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler und Herrn Dr. Baier (Drucksache I - 18) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber auf, auf eine weitere staatliche Regulierung respektive Eingrenzung der IGeL zu verzichten. Dem Patienten dienende IGeL sind Ausdruck für die freie Selbstbestimmung jedes einzelnen Patienten, eine Leistung, die er wünscht, die aber seine Krankenkasse nicht trägt, selbst zu finanzieren.

Begründung:

Die Diskussion über die Erbringung von IGeL gipfelt aktuell in einem SPD-Entwurf für ein "IGeL-Eindämmungsgesetz", mit dem es Ärzten erschwert werden soll, IGeL anzubieten. Nach Auffassung der Opposition werden diese Leistungen vor allem Menschen mit höherem Einkommen angeboten.

Neben dieser das Klischee von der Zweiklassenmedizin bedienenden Argumentation will man mit dem Gesetz zudem die Wartezeiten für GKV-Patienten verkürzen, die nach Auffassung der Opposition in einer Ausweitung von IGeL begründet sind, in Wirklichkeit aber durch die Budgetierung von GKV-Leistungen entstehen. Einschränkungen bei der Abrechnungsfähigkeit neben GKV-Leistungen und zunehmende Bürokratisierung sollen Patienten vor IGeL "schützen" und IGeL künftig durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf ihren Nutzen hin geprüft werden.

IGeL sind Ausdruck von Rahmenvorgaben durch das Sozialgesetzbuch, die eben Leistungen, welche nicht Bestandteil des GKV-Leistungskataloges sind, den Versicherten zugänglich machen sollen. Dies reicht von medizinisch nicht erforderlichen - aber vom Patienten gewünschten - Leistungen bis hin zu Leistungen, die unbestritten sinnvoll sind, jedoch aus den verschiedensten Gründen (noch) nicht in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wurden.

Eine Einschränkung dieser Möglichkeiten tangiert insofern nicht nur die Selbstbestimmung des mündigen Patienten, sondern auch die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung und das schützenswürdige Arzt-Patienten-Verhältnis. Dabei ist nicht der



Patient vor dem Arzt zu schützen. Somit sind auch IGeL Ausdruck von Patientenrechten, die an anderer Stelle lautstark beschworen, aber an dieser Stelle einem allumfassend beschützenden Staat weichen müssten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: IGeL-Beurteilung - Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Friedländer, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler und Herrn Dr. Baier (Drucksache I - 19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesärztekammer auf, sich als Selbstverwaltungsorgan der Ärzteschaft an der Evaluation und Bewertung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) zu beteiligen oder ein eigenes Portal aufzubauen. Es ist eine innerärztliche Aufgabe, zu einer Transparenz im Angebot der IGeL beizutragen.

Begründung:

Eine Bewertung von IGeL darf nicht aus dem Blickwinkel der Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder allein von der Interessenslage davon profitierender Gruppen erfolgen. Es muss unabhängig von den Kriterien der G-BA-Bewertung eine transparente Darstellung der medizinischen Beurteilung, insbesondere mit Hinweisen auf Risiken und realistische Erwartungen der angebotenen Leistungen, erfolgen.

Dies ist eine Hilfe für Ärzte und Patienten in der Entscheidung für Angebot und Inanspruchnahme von IGeL und macht eine staatliche Regulierung überflüssig.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid

I - 07 Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 07) fasst der 115. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Die zunehmende Kommerzialisierung der Sterbehilfe lässt befürchten, dass sich verzweifelte Menschen immer häufiger für einen organisierten Suizid entscheiden. Gewerbliche oder organisierte Sterbehilfe aber ermöglicht kein Sterben in Würde; stattdessen verbaut sie den Weg für eine adäquate Behandlung. Menschen mit existenziellen psychischen und physischen Leiden benötigen ärztliche und pflegerische Hilfe sowie menschliche Zuwendung. Palliativmedizin vermag dies zu leisten, gewerbliche oder organisierte Sterbehilfe dagegen nicht.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert deshalb ein Verbot jeder Form der organisierten sogenannten Sterbehilfe.

Begründung:

Das Bundesministerium der Justiz (BMJ) hat am 9. März 2012 einen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung vorgelegt. Damit soll die Absicht, die Selbsttötung eines Menschen zu fördern, diesem hierzu gewerbsmäßig die Gelegenheit zu gewähren, zu verschaffen oder zu vermitteln, unter Strafe gestellt werden.

Die Intention des Gesetzgebungsvorhabens wird grundsätzlich begrüßt. Wenn jedoch verhindert werden soll, dass Sterbehilfeorganisationen unter einem anderen Rechtsstatus weiter ihren Geschäften nachgehen, muss jede Form der gewerblichen oder organisierten Sterbehilfe in Deutschland verboten werden, denn in der Praxis ließen sich diese Organisationen leicht zu vermeintlich altruistisch handelnden Vereinen oder Stiftungen umfirmieren. Deshalb muss der Gesetzgeber alle Facetten der gewerblichen und organisierten Sterbehilfe strafrechtlich sanktionieren, also auch die Organisationen miterfassen, bei denen rechtlich keine Gewinnerzielungsabsicht nachweisbar ist.

In Deutschland nehmen die Fälle zu, in denen Personen auftreten, deren Anliegen es ist, einer Vielzahl von Menschen in Form einer entgeltlichen Dienstleistung eine schnelle Möglichkeit für einen Suizid zu ermöglichen. Dies geschieht beispielsweise durch das



Verschaffen eines tödlich wirkenden Mittels und das Anbieten einer Räumlichkeit, in der das Gift anschließend durch die suizidwillige Person eingenommen werden kann. Es gibt aber auch Fälle, in denen von Deutschland aus notwendige Mittel und Räumlichkeiten für eine Selbsttötung im Ausland vermittelt werden. Im Vordergrund solcher Handlungen steht dabei nicht ein Beratungsangebot mit primär lebensbejahenden Perspektiven, sondern die rasche und sichere Abwicklung eines Selbsttötungsentschlusses, um damit Geld zu verdienen. Diesen Angeboten können gerade auch Menschen in einer Phase schwerer Depression zum Opfer fallen, denen die Selbsttötung für den Moment der einfachere Weg erscheint.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Korruption im Gesundheitswesen

- I - 08 Gegen Korruption im Gesundheitswesen
- I - 13 Gegen die Deprofessionalisierung des Arztberufes
- I - 14 Korruptionsstrafrecht für Ärzte ist rechtspolitischer Irrweg!



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Gegen Korruption im Gesundheitswesen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 08) fasst der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Immer wieder werden die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland unter den Generalverdacht der Korruption gestellt. Trotz zum Teil drastisch spürbarer Unterversorgung wird billigend in Kauf genommen, dass die nachwachsende Ärztegeneration dadurch abgeschreckt und viele engagierte Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis demotiviert werden. Um von eigenen Versäumnissen und Missständen abzulenken, werden von Politik und Krankenkassen Skandalisierungen initiiert, die das Vertrauen der Menschen in ihre gesundheitliche Versorgung nachhaltig erschüttern. Politische Handlungsunfähigkeit soll durch strafrechtliche Rigidität kompensiert werden. Hier spielt sich als Feuerwehrmann auf, wer als Brandstifter agiert.

Weder gibt es systematische Falschabrechnungen der Krankenhäuser, noch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, wohl aber ein hochkomplexes Abrechnungssystem mit weit über 3.000 Positionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und mehr als 1.200 Fallpauschalen und Zusatzentgelten im stationären Bereich. In den Berufsordnungen wie im Strafgesetzbuch sind bereits umfangreiche Sanktionsmöglichkeiten für Verstöße im Einzelfall vorgesehen. Eine weitere Verschärfung wäre nur politischer Populismus, um den freiberuflich tätigen Arzt zum Beauftragten der Krankenkassen zu degradieren und damit deren Monopolstellung zu stärken.

In diesen Kontext ist auch die Diskussion um den Arzt als sogenannter tauglicher Täter nach § 299 Strafgesetzbuch (StGB) (Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr) zu stellen, inwieweit er bei der Verordnung von Hilfs- und Heilmitteln für gesetzlich Versicherte als Beauftragter der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) handelt. Auch die Frage nach der Amtsträgereigenschaft des niedergelassenen Vertragsarztes und somit einer Strafbarkeit gem. §§ 331 ff. StGB ist noch nicht höchstrichterlich entschieden. Wenn Krankenkassen aber als Auftraggeber des Arztes fungieren, ist dies nicht nur sachfremd, sondern bedroht auch maßgeblich die Therapiefreiheit und beschädigt damit nachhaltig das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber auf, die weitere Verrechtlichung des freien Arztberufes durch Schaffung neuer Straftatbestände und



Sanktionsmöglichkeiten zu stoppen.

Begründung:

Zur Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit muss die Berufsausübung gerade für die in eigener Praxis niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten von neuen strafrechtlichen Sanktionen freigehalten werden. Das Berufsrecht und das Vertragsarztrecht sehen bereits ausreichende Sanktionsmöglichkeiten vor.

Die entsprechenden Paragraphen der (Muster-)Berufsordnung (§§ 30 ff. MBO) wurden erst im letzten Jahr durch den 114. Deutschen Ärztetag 2011 novelliert. So schreibt beispielsweise § 31 MBO vor, dass es "Ärzten nicht gestattet ist, für die Zuweisung von 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". Zudem wurden die §§ 73 und 128 SGB V, welche Zuweisungen gegen Entgelt untersagen bzw. die unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten regeln, geändert und verschärft. So stellen Zuweisungen von Patienten gegen Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sowie die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen durch Vertragsärzte auch einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten dar.

Weitergehende strafrechtliche Sanktionsmechanismen sind nicht erforderlich, denn sie gefährden die Freiberuflichkeit des ärztlichen Berufsstandes und damit die ärztliche Unabhängigkeit.

Die Forderung nach Sanktionen für systematische Falschabrechnungen von Krankenhäusern beruht zum einen auf ungerechtfertigten und unbewiesenen Annahmen und verkennt zum anderen, dass entsprechende gesetzliche Regelungen bereits existieren. Sowohl das Strafgesetzbuch (§ 263 StGB) als auch das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (§ 17 Abs. 3 Satz 3 KHG) halten Sanktionsmöglichkeiten vor. Die bestehenden Regelungen sind anzuwenden. Ergänzungen sind nicht erforderlich.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Gegen die Deprofessionalisierung des Arztberufes

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Grauduszus, Herrn Dietrich, Frau Bartels und Herrn Stagge (Drucksache I - 13) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Vertragsärzte sind keine Amtsträger oder Beauftragte der Krankenkassen. Dieses würde die Unabhängigkeit ärztlichen Handelns gegenüber den anvertrauten Patienten vollständig aushebeln. Aus der Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten an der vertragsärztlichen Versorgung im GKV-System darf kein weitergehendes Rechtsverhältnis gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen als deren Beauftragte abgeleitet werden.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die entsprechende und eindeutige gesetzliche Grundlage zu schaffen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Korruptionsstrafrecht für Ärzte ist rechtspolitischer Irrweg!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Frau Dr. Friedländer, Frau Köhler und Herrn Dr. Baier (Drucksache I - 14) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den GroÙen Senat für Strafsachen beim Bundesgerichtshof (BGH) auf, richterliches AugenmaÙ bei der Entscheidung über die Frage zu wahren, ob die strafrechtlichen Korruptionstatbestände auf niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte anwendbar sind. Die deutsche Ärzteschaft lehnt die vom 3. Strafsenat des BGH im Vorlagebeschluss vom 05.05.2011 (Aktenzeichen 3 StR 458/10) vertretenen Rechtsansichten ab, da sie mit dem institutionellen Verständnis des Arztes als freier Beruf unvereinbar sind.

Begründung:

Wer niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu "Amtsträgern" im Sinne von § 11 Abs. 1 Nr. 2c StGB degradiert oder ihnen die strafrechtliche Täterqualität eines "Beauftragten der Krankenkassen" zuordnet, greift in den verfassungsrechtlich verbürgten Kernbereich der Heilberufsausübung ein.

Die strafrechtliche Sanktionierung ärztlichen Ordnungsverhaltens kann nur Ultima Ratio gesellschaftlicher Verhaltenssteuerung sein. Statt einer Strafbegründung durch unbestimmte Rechtsbegriffe sollte wirtschaftsethisch unerwünschtes Verhalten mit den Sanktionsinstrumenten des ärztlichen Berufsrechts und des vertragsärztlichen Disziplinarverfahrens bekämpft werden. Die Vollzugsdefizite in diesem Bereich dürfen nicht als "Strafbarkeitslücken" missgedeutet werden.

Rechtsstaatlich ist es in höchstem Maße bedenklich, strafrechtlich unbestimmte Rechtsbegriffe wie "Amtsträger" oder "Beauftragter der Krankenkassen" wiederum im Lichte konturenloser Generalklauseln des Sozialrechts wie z. B. § 128 Abs. 2 SGB V und § 73 Abs. 7 SGB V auszulegen. Hier besteht die Gefahr, in unechter Rückwirkung solche Versorgungsinnovationen zu verbieten, die der Gesetzgeber vor wenigen Jahren noch ausdrücklich ermöglicht und die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) noch gefördert hatte.

Die von der SPD-Bundestagsfraktion in dem Antrag "Korruption im Gesundheitswesen



wirksam bekämpfen" (BT-Drs. 17/3685) geforderte Schaffung neuer Straftatbestände für sozialversicherungsrechtliche Sachverhalte lehnt der Deutsche Ärztetag ausdrücklich ab.



115. Deutscher Ärztetag
Nürnberg, 22.05. - 25.05.2012

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Normung in der Medizin

I - 09 Normung in der Medizin



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Normung in der Medizin

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 09) fasst der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Mit Befremden stellt der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fest, dass das europäische Normungsinstitut Comité Europeen de Normalisation (CEN) ein Normungsprojekt vorantreibt, mit welchem in die ureigenen Kompetenzen der Landesärztekammern und in die den Mitgliedstaaten vorbehaltenen Kompetenzen im Gesundheitswesen eingegriffen wird.

Das Normungsprojekt zur DIN EN 16372 „Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie“ definiert u. a. Anforderungen an die persönliche Qualifikation für ästhetisch-chirurgische Eingriffe. Dies ist nach Auffassung des Deutschen Ärztetages ein klarer VerstoÙ gegen die den Landesärztekammern vorbehaltenen Regelungsbefugnisse in den Bereichen Berufs- und Weiterbildungsrecht. Es werden Standards für Ärztinnen und Ärzte von Normungsgremien gesetzt, die in Deutschland gesetzlich nicht dafür zuständig sind, nicht über die standesrechtliche und fachliche Kompetenz verfügen und die – im Gegensatz zu den Landesärztekammern – keiner Aufsicht unterliegen.

Mit der Standardisierung der Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der ästhetischen Chirurgie wird im Ergebnis in das Recht der Mitgliedstaaten eingegriffen, die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung eigenverantwortlich durchzuführen. Die Ausübung des ärztlichen Berufs sowie alle Regelwerke, die das ärztliche Handeln betreffen, liegen in der Verantwortung der Mitgliedstaaten.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 lehnt darüber hinaus die der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) zugesprochene Kompetenz ab, Lehrpläne und andere Vorgaben für das Normungsprojekt aufzustellen. Dies ist eine Organisation, die keiner staatlichen Aufsicht unterliegt und auch anderweitig keinerlei Kompetenzen zugewiesen bekommen hat. Für die Regelung persönlicher Qualifikationsanforderungen für die ärztliche Berufsausübung fehlt diesem freiwilligen Zusammenschluss von Fachgesellschaften auf europäischer Ebene jegliche Legitimation. Inhalte von Aus- und Weiterbildung zu regeln, ist Aufgabe staatlicher Einrichtungen bzw. der gesetzlich legitimierten Selbstverwaltung.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüÙt, dass das Deutsche Institut für Normung e. V.



(DIN) sowie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Normentwurf "Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie" mittlerweile eindeutig abgelehnt haben. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert das CEN auf, den abgelehnten Normentwurf nicht weiterzuverfolgen und zukünftig gleichgelagerte Normentwürfe in anderen Bereichen der ärztlichen Versorgung nicht anzunehmen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die deutschen Vertreter in den Gremien der UEMS auf, solche Übergriffe auf die ärztliche Selbstverwaltung in den Mitgliedstaaten aktiv zu unterbinden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Gendiagnostikgesetz

I - 10 Gendiagnostikgesetz (GenDG)



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Gendiagnostikgesetz (GenDG)

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 10) fasst der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, im Interesse von Patientinnen und Patienten kurzfristig folgende Änderungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) vorzusehen, damit die die ärztliche Berufsausübung betreffenden Regulationsintentionen unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Vorgaben umgesetzt werden können:

- Anpassung der Richtlinienkompetenz der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) beim Robert Koch-Institut in Bezug auf Belange der ärztlichen Berufsausübung durch Streichung
 - von § 23 Abs. 2 Nr. 2a GenDG,
 - der Worte "ärztlichen und" in § 23 Abs. 2 Nr. 2b GenDG sowie
 - von § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG.

Das GenDG hat der GEKO Aufgaben zugewiesen, welche die ärztliche Berufsausübung wesentlich betreffen, so die Regelungen des § 7 Abs. 3 GenDG in Verbindung mit § 23 Abs. 2 Nr. 2a GenDG. Demgemäß müssen sich Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung einer genetischen Beratung seit dem 01.02.2012 in besonderer Weise qualifizieren. Auch wurde der GEKO in § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG die Aufgabe übertragen, „in Bezug auf den allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik Richtlinien, insbesondere für die Anforderungen an die Inhalte der Aufklärung und der genetischen Beratung“, zu erarbeiten.

Die Bundesärztekammer hat bereits während des Gesetzgebungsverfahrens die Auffassung vertreten, dass die Festlegung von Anforderungen an die ärztliche Qualifikation ausschließlich den Landesärztekammern obliegt. Die Landesgesetzgeber haben über die Heilberufe- und Kammergesetze der Länder die Regelungen über Qualifikationen im Rahmen der Weiterbildung den Landesärztekammern übertragen, die die konkreten Anforderungen an die verschiedenen Qualifikationen, inklusive der Ausgestaltung der Inhalte, regeln.

Die in jüngster Zeit von der GEKO erarbeiteten Richtlinien missachten diese Grundlagen und Strukturen des Weiter- und Fortbildungsrechts der Länder, sodass eine Situation



entstanden ist, in der sich Ärztinnen und Ärzte doppelt qualifizieren müssen, um den verschiedenen Rechtsgrundlagen zu genügen. Derartige gesetzestechnische Inkongruenzen bewirken das Gegenteil der legislativen Intentionen: Statt die Kompetenz zur genetischen Beratung zu fördern, werden Ärztinnen und Ärzten ohne einen erkennbaren Zugewinn an Versorgungsqualität unnötige bürokratische Hürden auferlegt.

Auch bezüglich der Patientenaufklärung bedarf es keiner weiteren normativen Vorgaben. Denn Ärzte unterliegen in Deutschland einer staatlich geregelten Zulassung, der Approbation. Sie sind als approbierte Ärzte zur freien Ausübung ihres Berufes befugt und den Regelungen der Berufsordnung verpflichtet. So enthält § 8 (Muster-)Berufsordnung (MBO) dezidierte Regelungen zur Aufklärung. Daneben existieren spezialgesetzliche Bestimmungen, wie z. B. in § 9 GenDG. Ob hier ein Regelungsbedarf bestand, hatte die Bundesärztekammer bereits kritisch hinterfragt, zumal die Anforderungen, die im Einzelfall an ein Aufklärungsgespräch zu stellen sind, sich auch aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung ableiten lassen. Denn das Ausmaß und die Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht sind in einer umfangreichen Spruchpraxis der Gerichte entwickelt worden und werden laufend fortgeschrieben.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Transplantationsgesetz

- I - 11 Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG)
- I - 31 Aufklärung zur Gewebespende



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG)

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 11) fasst der 115. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 in Nürnberg begrüßt die Absicht der Fraktionen des Deutschen Bundestages, die Richtlinie 2010/53/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. Juli 2010 über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe durch eine Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG) umzusetzen und zu wesentlichen Fragen gemeinsam getragene Regelungen zu erarbeiten:

Parlamentarische Initiative zur Entscheidungslösung

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 stellt mit Zufriedenheit fest, dass gerade zu schwierigen Fragen, wie der Einwilligung in die Organ- und Gewebespende, ein breit getragener parlamentarischer Konsens gefunden werden kann, bei dem in zahlreichen Punkten eine Übereinstimmung zu dem Papier "Modell einer Selbstbestimmungslösung zur Einwilligung in die Organ- und Gewebespende" besteht. Das Modell hat die Bundesärztekammer im Auftrag des 114. Deutschen Ärztetages (Beschl.-Drs. I-03) im Jahr 2011 ausgearbeitet und in den politischen Meinungsbildungsprozess eingebracht.

Aus ärztlicher Sicht soll eine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – freiwillig bleiben. Nur so kann der Spendecharakter überzeugend gefasst werden. Weiterhin ist eine ergebnisoffene Information der Bevölkerung eine wichtige Voraussetzung dafür, jedem Bürger die Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts bei dieser Entscheidung zu ermöglichen. Angesichts des großen Bedarfs an Spenderorganen ist es darüber hinaus unerlässlich, dass eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende regelmäßig nachgefragt wird.

Mit Blick auf die laufenden parlamentarischen Beratungen fordert der 115. Deutsche Ärztetag 2012 den Gesetzgeber auf, bei dem Entwurf zur Entscheidungslösung (BT-Drs. 17/9030) insbesondere für folgende Punkte Sorge zu tragen:

- Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich als fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen der Organ- und Gewebespende vorzusehen; dies kann nicht in das Belieben der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherungen gestellt werden (vgl. Gesetzentwurf zu § 2 Abs. 1a Satz 5 TPG Neu). Diese Auffassung entspricht



nicht nur dem ärztlichen Selbstverständnis, sondern korrespondiert auch mit den Erwartungen der Bevölkerung, die zu über 60 Prozent Ärztinnen und Ärzte als bevorzugte Ansprechpartner zu Fragen der Organ- und Gewebespende ansieht (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] Repräsentativumfragen aus 2010 und 2011).

- Es ist gesetzlich auszuschließen, dass gesetzliche und private Krankenversicherungen Kenntnis über den Inhalt einer Erklärung zur Organ- und Gewebespende erlangen. Eine solche Erklärung muss besonders geschützt bleiben; sie darf nur im Kontext einer ärztlich geleiteten Klärung der Voraussetzungen einer Organ- und Gewebespende zugänglich gemacht werden.

Etablierung von Transplantationsbeauftragten

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt die langjährig geforderte, flächendeckend vorgesehene Implementierung von Transplantationsbeauftragten in allen sogenannten Entnahmekrankenhäusern (vgl. 110. Deutscher Ärztetag 2007, Entschl.-Drs. II-01).

Unterstützung verdient der Vorschlag des Bundesrates, das Aufgabenspektrum der Transplantationsbeauftragten, ihre organisatorische Einbindung in das Krankenhaus sowie das Mindestmaß ihrer stellenanteiligen Freistellung bundesgesetzlich zu bestimmen. Denn alleinige landesrechtliche Bestimmungen würden zu einer heterogenen Ausgestaltung des Verantwortungs- und Aufgabenspektrums der Transplantationsbeauftragten führen, die dem Grundanliegen einer bundeseinheitlichen Identifikation potentieller Organ- und Gewebespende abträglich wäre.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstreicht im Interesse der Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten erneut die wesentliche Bedeutung der Pflicht der Krankenhäuser, potenzielle Spender zu melden. Die Wirksamkeit dieser Verpflichtung hängt nicht zuletzt vom Willen der Länder ab, ihre Einhaltung auf der Basis der bestehenden rechtlichen Regelungen konsequent zu überwachen.

Bewahrung der Richtlinientätigkeit anstelle von Staatsverwaltung

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hält es im Interesse der Patientenversorgung für sachlich alternativlos, dass die Bundesärztekammer ihrer Richtlinientätigkeit nach § 16 TPG weiterhin uneingeschränkt nachkommen kann. Denn die Bündelung des erforderlichen Sachverstandes durch die Bundesärztekammer ist ein bewährtes und flexibles Instrument, um den Anforderungen in diesem komplexen und dynamischen Gebiet der Medizin gerecht zu werden.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 lehnt daher entschieden eine Empfehlung des Bundesrats ab, nach der künftig sämtliche Richtlinien der Bundesärztekammer zur Organtransplantation, einschließlich der Richtlinien zur Hirntodfeststellung, einem Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unterstellt werden sollen. Den Richtlinien liegen sehr differenzierte medizinische Sachverhalte



zugrunde, so Regelungen zur Hirntodfeststellung, zur Wartelistenführung von Patienten zur Organtransplantation, zum medizinischen Schutz der Empfänger von Organtransplantaten sowie zur Allokation von Spenderorganen. Woher ein Regierungsressort die notwendige Sachkompetenz zur Beurteilung medizinischer Sachfragen nehmen soll, bleibt unklar. Keinesfalls können Meinungsverschiedenheiten über den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft durch eine staatliche Entscheidung behoben oder ersetzt werden.

Ebenso abzulehnen ist die vom Bundesrat empfohlene Verselbstständigung der Ständigen Kommission Organtransplantation. Denn durch die Loslösung der Kommission von der Bundesärztekammer würde die Legitimationsebene durch deren Vorstand, und somit durch die Landesärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts, entfallen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 sieht sich in seiner Haltung durch die Gegenäußerung der Bundesregierung bestätigt, die diese inadäquaten Novellierungsvorschläge des Bundesrats ebenfalls ablehnt.

Ausgewogener Rahmen zur Arbeit der Koordinierungsstelle

Die vorgesehenen Änderungen zur Tätigkeit der Koordinierungsstelle im Gesetzentwurf der Bundesregierung sind kritisch zu bewerten: Insgesamt soll die Koordinierungsstelle eine erhebliche Stärkung ihrer Kompetenzen erhalten, wobei offen bleibt, wie diese Erweiterung mit der derzeitigen rechtsförmlichen Stellung der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als Stiftung in Einklang gebracht werden kann. Als rechtlich problematisch kann sich dies unter anderem erweisen, wenn von der DSO die gesetzlich vorgesehenen Verfahrensanweisungen erlassen werden, die für Dritte, insbesondere stationäre Einrichtungen, verbindlich werden sollen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 teilt die in der Gegenäußerung der Bundesregierung dargelegte Einschätzung, dass die Forderung des Bundesrats nach einer Untergliederung der Koordinierungsstelle in organisatorisch und finanziell selbständige Regionen nicht sachgerecht ist. Die Vertragspartner des Koordinierungsstellenvertrages haben sich bewusst für eine Organisationsstruktur der DSO mit nicht selbstständigen Untergliederungen entschieden. Angesichts der Vielzahl der Beteiligten am Prozess der Organspende mit ihren zahlreichen Schnittstellen trägt die Koordinierungsstelle bundesweit die Verantwortung für einheitliche Verfahrensstandards (z. B. für die Spenderevaluation und den Organtransport).



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Aufklärung zur Gewebespende

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Wulff (Drucksache I - 31) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer erarbeitet Kriterien zum Aufklärungsgespräch zur postmortalen Gewebespende.

Begründung:

Die Aufklärung zur Gewebespende ist nicht Teil des Aufgabenbereichs der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), sondern - politisch gewollt - auf mehrere Institutionen in Deutschland verteilt. Die Vereinheitlichung der Richtlinien zum Aufklärungsgespräch bleibt angesichts von über 30.000 in Deutschland pro Jahr durchgeführten Gewebetransplantationen und einem spürbaren Mangel z. B. an gespendeten Herzklappen eine ärztlich zu lösende Aufgabe für die Bundesärztekammer.



**TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der
Zukunft**

Duales Krankenversicherungssystem

Weitere

Konzept Finanzierung Krankenversicherungssystem



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Duales Krankenversicherungssystem

- II - 08 Die private Krankenversicherung nutzt allen
- II - 01 Duales Krankenversicherungssystem
- II - 07 GKV der Zukunft
- II - 05 PKV-System erhalten und zukunftsfähig weiter entwickeln!
- II - 06 Wettbewerb der Versicherungssysteme



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Titel: Die private Krankenversicherung nutzt allen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Zimmer, Frau Dr. Aden, Frau Bartels, Herrn Dr. Berson, Herrn Prof. Dr. Bertram, Herrn Dr. Bolten, Herrn Brock, Herrn Dietrich, Herrn Dr. Dreyer, Frau Dr. Friedländer, Herrn Dr. Dr. dent. Fritz MBA, Herrn Grauduszus, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Hammer, Frau Haus, Herrn PD Dr. Heep, Herrn Dr. Heister, Herrn Dr. Holzborn, Herrn Dr. Hülskamp, Herrn Dr. Köhne, Herrn Krakau, Herrn Dr. Marx, Herrn Dr. Mitrenga, Frau Dr. Mitrenga-Theusinger, Herrn Dr. Pollok, Herrn Dr. Rehorn, Herrn Dr. Rütz und Herrn Stagge (Drucksache II - 08) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 bekennt sich zum dualen Versicherungssystem mit seinen beiden Säulen, der gesetzlichen Krankenkasse und der privaten Krankenversicherung (PKV).

Beide Elemente haben ihre Berechtigung, ihre besonderen Stärken und Herausforderungen. Gemeinsam ermöglichen und sichern sie die große Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Diese Leistungsfähigkeit darf nicht durch die Einführung eines staatlich erzwungenen Einheitssystems gefährdet werden. Stattdessen sind beide Versicherungssysteme zu stärken und dort, wo es notwendig ist, an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen.

Deshalb lehnt der 115. Deutsche Ärztetag entschieden den Irrweg einer Bürgerversicherung ab. Dieser Irrweg verhindert die notwendigen Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und gefährdet das hohe Niveau der Versorgung.

Die Probleme der gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere auf der Einnahmeseite, sind durch die notwendigen Schritte innerhalb dieses Systems zu lösen. Dazu gehört eine ausreichende, stabile Finanzierungsgrundlage ebenso wie ein faires, transparentes Vergütungssystem und eine Stärkung der Eigenverantwortung, gerade auch für die Prävention und die Selbsthilfe bei chronischer Erkrankung.

Der 115. Deutsche Ärztetag tritt mit allem Nachdruck für den uneingeschränkten Erhalt der privaten Vollkostenversicherung im deutschen Gesundheitswesen ein. Der Zugang zu dieser Versicherung muss möglichst vielen Bürgern offen stehen, gerade auch im Wettbewerb der Systeme. Dies ist der beste Weg, die Leistungskraft des gesamten Gesundheitssystems zu stärken und den medizinischen Fortschritt, besonders für die



gesetzlich Versicherten, schneller verfügbar zu machen.

Begründung:

Das deutsche Gesundheitswesen gilt für die Bürger als führend in der Welt. Es zeichnet sich (noch) durch ein hohes Maß an Zugänglichkeit und Wahlfreiheit und durch eine breite Teilhabe am medizinischen Fortschritt für alle Versicherten aus. Doch dieses leistungsfähige Gesundheitswesen steht seit Jahren unter Druck: Starke gesellschaftliche und politische Kräfte wirken auf Einschränkungen des Leistungsumfangs und der Wahlfreiheit hin.

Diesen Bestrebungen stand und steht die Existenz der privaten Krankenversicherung (PKV) entgegen: Denn sie macht für Patienten und Ärzte ebenso wie für Politik und Gesellschaft erkennbar, welches Versorgungsniveau sich aus einer ausschließlichen Orientierung am Stand des medizinischen Wissens und am Patientenwohl ergibt. Der Versorgungsumfang ist in der PKV vertraglich garantiert und kann nicht durch staatliche Eingriffe abgesenkt werden. Die PKV ermöglicht eine Versorgung, in der Wahlfreiheit, Eigenverantwortung, Freiberuflichkeit und das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis im Mittelpunkt stehen. Auch deswegen ist die Zahl der Privatversicherten in den letzten Jahren nicht gesunken, sondern weiter gestiegen. An diesem Versorgungsmodell müssen sich das Leistungsniveau und die Patientenautonomie im System der gesetzlichen Krankenkassen messen lassen.

Es ist deswegen nicht überraschend, dass immer wieder versucht wird, der Existenz der privaten Vollversicherung im deutschen Gesundheitssystem ein Ende zu setzen. Denn ohne den Vergleich mit diesem freiheitlich organisierten und – allen gegenteiligen Behauptungen zum Trotz - solide finanzierten Teil des deutschen Gesundheitswesens wären Einschränkungen für die große Mehrheit der gesetzlich versicherten Bevölkerung künftig sehr viel leichter durchzusetzen.

Die PKV sichert nicht nur als Bezugsgröße und Vergleichsmaßstab, sondern auch konkret und materiell die hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Patientinnen und Patienten in Deutschland:

- In Deutschland trägt das duale Versicherungssystem aus PKV und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) ein gemeinsames Versorgungssystem. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte, die Privatversicherte behandeln, versorgen fast ausnahmslos in viel größerem Umfang GKV-Patienten.
- Privatversicherte ermöglichen dabei mit ihrem weit überproportionalen Finanzierungsbeitrag eine hochwertige medizinische Ausstattung von Krankenhäusern und Praxen. Diese Ausstattung steht allen Patientinnen und Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus zur Verfügung. Privatversicherte und PKV-Unternehmen finanzieren als Steuerzahler auch die staatlichen



Zuschüsse zum GKV-System mit.

- Die PKV ermöglicht die rasche Übernahme des medizinischen Fortschritts im deutschen Gesundheitswesen für alle Patienten. Denn für Privatversicherte gelten die Erlaubnis- und Verbotsvorbehalte des GKV-Bereichs nicht. So können innovative Techniken und Behandlungsverfahren rasch finanziert und eingesetzt werden.

Es ist deswegen irreführend, wenn in der Öffentlichkeit das duale Versicherungssystem aus GKV und PKV mit einer Zwei-Klassen-Medizin in Verbindung gebracht wird. Im Gegenteil: Die PKV trägt und stabilisiert in erheblichem Umfang das gemeinsame Versorgungssystem, das in Deutschland allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht.

Erst die Abschaffung der privaten Vollkostenversicherung zugunsten eines staatlich erzwungenen Einheitssystems würde in Deutschland die wirkliche Zwei-Klassen-Medizin einführen: Dann etablieren sich nämlich – wie in anderen Ländern – neben der staatlich verordneten Einheitsversorgung völlig separate und in einem exklusiven Sinn private Versorgungsangebote. Diese kämen dann nur noch den besonders Wohlhabenden zugute, die sich diese Angebote neben den Beiträgen zum staatlichen Einheitssystem als Selbstzahler oder durch teure Zusatzversicherungen leisten können.

Auch die mit dem Begriff „Bürgerversicherung“ geweckten Hoffnungen, durch die Abschaffung der PKV die finanziellen Probleme und offensichtlichen Defizite des GKV-Systems zu lösen, sind trügerisch: Weder eine spürbare Verkürzung der oft beklagten Wartezeiten noch eine relevante Senkung des GKV-Beitragssatzes wären zu erwarten.

Im Gegenteil würden durch die von den Befürwortern einer Bürgerversicherung geforderte Anhebung oder gar Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze die finanziellen Lasten auch für zahlreiche GKV-Versicherte und für die Arbeitgeber empfindlich zunehmen und neue Beitragsberechtigungen entstehen. Ein solches Einheitssystem wäre in zunehmendem Maße auf Zuschüsse aus Steuermitteln angewiesen und würde damit immer stärker von politischen Entscheidungen und der jeweiligen Haushaltslage abhängig. Diese Entwicklung muss im Interesse einer guten Gesundheitsversorgung in Deutschland verhindert werden.



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Titel: Duales Krankenversicherungssystem

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Grauduszus, Herrn Dietrich, Frau Bartels und Herrn Dr. Förster (Drucksache II - 01) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Eine Bürgerversicherung löst Probleme im Gesundheitswesen nicht, sondern schafft neue. Das duale Versicherungssystem im deutschen Gesundheitswesen muss erhalten bleiben. Sowohl im GKV- wie auch im PKV-System bedarf es jedoch Korrekturen.



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Titel: GKV der Zukunft

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Hellmann, Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Dr. Wesiack und Herrn Dr. Römer (Drucksache II - 07) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 spricht sich für den Erhalt des solidarischen Systems der Krankenversicherung in Deutschland aus! Einkommen, sozialer Status und Wohnort dürfen nicht den Umfang und die Qualität der Krankenversorgung bestimmen.

Der Gegensatz gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/private Krankenversicherung (PKV) greift zu kurz. Die Finanzierungsgrundlagen der Krankenversicherung müssen weiterentwickelt werden, damit solidarische Krankenversorgung in der Zukunft erhalten werden kann. Der Wettbewerb der Systeme der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung führt zu einer Verbesserung der Versorgung für alle. Dies hat in der Vergangenheit zu der beispiellosen Humanität und Qualität des deutschen Gesundheitswesens beigetragen und muss erhalten bleiben.

Eine Vereinheitlichung birgt die Gefahr der Nivellierung auf niedrigem Niveau. Die Patienten brauchen nicht Staat und fürsorgliche Gängelung, sondern Freiheit zur Entscheidung in Selbstverantwortung.



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Titel: PKV-System erhalten und zukunftsfähig weiter entwickeln!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Dr. Friedländer, Frau Köhler und Herrn Dr. Baier (Drucksache II - 05) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber auf, das System der privaten Krankenversicherung (PKV) als elementaren Bestandteil des bewährten Zwei-Säulen-Modells des deutschen Gesundheitssystems durch geeignete Maßnahmen zu stärken und seine Zukunftsfähigkeit zu sichern. Der Deutsche Ärztetag lehnt Bestrebungen einer Konvergenz zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) ausdrücklich ab.

Begründung:

Die private Krankenversicherung ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der enormen demografischen Verwerfungen einer alternden Gesellschaft als tragende Säule unseres Gesundheitssystems auch weiterhin unverzichtbar. Dies gilt vor allem, weil die private Krankenversicherung im Gegensatz zum umlagefinanzierten und rein einkommensbezogenen System der gesetzlichen Krankenversicherung auf Nachhaltigkeit und Demografiefestigkeit durch Rückstellungen setzt. Die öffentlich geäußerten Kritikpunkte halten einer Überprüfung nicht stand. Der privaten Krankenversicherung fällt eine Vorreiterrolle in der Umsetzung des medizinischen Fortschritts zu, sie ist ein Garant für Therapiefreiheit und die Freiberuflichkeit des Arztes. Die private Krankenversicherung gewährt den Patientinnen und Patienten die freie Arztwahl und das Recht auf eine freie nicht budgetierte Behandlung ohne Einflussnahme der Versicherung und des Staates.



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Titel: Wettbewerb der Versicherungssysteme

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Möhrle und Herrn Dr. Windhorst (Drucksache II - 06) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 spricht sich nachdrücklich für den echten Wettbewerb im dualen System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung aus, wie auch schon im Koalitionsvertrag erklärt wird.

Begründung:

Das duale Krankenversicherungssystem hat sich in unserem Lande bewährt. Voraussetzung ist selbstverständlich, dass die notwendige ärztliche und medizinische Grundversorgung für alle Versicherten gewährleistet ist. Dabei muss die Durchlässigkeit der beiden Systeme deutlich verbessert werden. Zudem muss die private Krankenversicherung (PKV) in ihrer Struktur liegende Probleme, wie z. B. Billigtarife für Einsteiger, übermäßige Beitragssteigerungen in der Folgezeit, überhöhte Vertriebskosten und Kostensteigerungen auf der Leistungsseite, selbst in den Griff bekommen.

Medizinische Innovationen haben in den vergangenen Jahren oft nur über die Privatversicherten Eingang in die ärztliche Versorgung der gesamten Bevölkerung gefunden. Nur über die private Krankenversicherung wird ärztliche Leistung angemessen honoriert, und nur hierdurch ist das Überleben zahlreicher Arztpraxen und auch Krankenhäuser gesichert.



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Weitere

- II - 11 Solidarische Finanzierung
- II - 10 Finanzierung, Gesundheitswesen



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Titel: Solidarische Finanzierung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Pickerodt, Frau Kulike, Herrn Dr. Scholze, Herrn Dr. Albrecht, Herrn Dr. Wyrwich MBA, Herrn Bernhardt und Herrn Dr. Werner (Drucksache II - 11) fasst der 115. Deutsche Ärztetag in 2. Lesung mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstützt die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland.



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Titel: Finanzierung, Gesundheitswesen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Pickerodt, Frau Kulike, Herrn Dr. Scholze, Herrn Dr. Albrecht und Herrn Dr. Wyrwich MBA (Drucksache II - 10) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens.



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Konzept Finanzierung Krankenversicherungssystem

- II - 09 Anforderungen an eine Krankenversicherung der Zukunft
- II - 12 Bundesärztekammer soll 2013 ein tragfähiges Konzept zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens vorlegen



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Titel: Anforderungen an eine Krankenversicherung der Zukunft

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 09) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird unter Berücksichtigung der Vorgaben des 115. Deutschen Ärztetages 2012 beauftragt, die Prüfkriterien zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung des "Ulmer Papiers" zu einem Forderungskatalog weiterzuentwickeln und in den politischen Meinungsbildungsprozess einzubringen.

Für die fachliche Unterstützung der Erstellung des Forderungskatalogs sowie des politischen Diskussions- und Entscheidungsprozesses zur Zukunft der Krankenversicherung soll sich der Vorstand der Bundesärztekammer eines gesundheitsökonomischen Beirats bedienen.

Entsprechende Finanzmittel sind aus dem Haushalt bereitzustellen.



TOP II Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Titel: Bundesärztekammer soll 2013 ein tragfähiges Konzept zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens vorlegen

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lipp, Frau Haus, Frau Dr. Friedländer, Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Baier und Frau Köhler (Drucksache II - 12) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zum 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover ein tragfähiges Konzept zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems in Deutschland vorzulegen. Dieses muss den Grundsätzen der ärztlichen Freiberuflichkeit sowie der Subsidiarität und Eigenverantwortung gerecht werden und die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten.

Begründung:

Das im Kern umlagefinanzierte Gesundheitssystem in Deutschland stößt mit seinen Strukturen und Ressourcen deutlich erkennbar an seine Grenzen. Die derzeit von der Politik angebotenen Ansätze lassen kein zukunftsfähiges Konzept erkennen, das den oben genannten Grundsätzen gerecht wird.

Im Jahr 2013 treffen die Wähler auch eine wesentliche Richtungsentscheidung über die künftige Struktur des deutschen Gesundheitssystems. Vom 116. Deutschen Ärztetag in Hannover muss daher eine klare politische Botschaft ausgehen. Es ist in diesem Zusammenhang an der Ärzteschaft, nicht nur ihre Bereitschaft, sondern auch ihre Fähigkeit zur konzeptionellen Zusammenarbeit mit der Politik unter Beweis zu stellen.



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Kooperation/Vernetzung

Sektorübergreifender Bereitschaftsdienst

Belegarztwesen

Fortbildung für Medizinische Fachangestellte für

Managementaufgaben



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Kooperation/Vernetzung

- III - 01 Kooperation und Vernetzung in der ärztlichen Versorgung stärken und dadurch die Patientenversorgung verbessern
- III - 07 Organisation kooperativer Versorgungsformen kritisch bewerten
- III - 03a Änderungsantrag zu III - 03 zur sektorenübergreifenden Vernetzung
- III - 03 Pflichtangebot sektorenübergreifender Vernetzung für GKV
- III - 04 Hausärztliche medizinische Versorgungszentren
- III - 09 Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen - hausärztliche Versorgungszentren
- III - 08 Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen - Rahmenbedingungen



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Kooperation und Vernetzung in der ärztlichen Versorgung stärken und dadurch die Patientenversorgung verbessern

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Gitter und Frau Dr. Wenker (Drucksache III - 01a) fasst der 115. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

In seinen "Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft", dem sogenannten Ulmer Papier, hat bereits der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm die Notwendigkeit einer flexiblen Nutzung sektorenübergreifender Kooperationsformen herausgestellt. Das entscheidende Optimierungspotenzial für die ärztliche Versorgung der Zukunft liegt auch nach weiteren Forderungen Deutscher Ärztetage vor allem in der Förderung von Kooperation und Vernetzung. Die Koordination, in der Regel Aufgabe des Hausarztes, muss hierbei medizinisch begründbaren Regularien folgen, welche zwischen den Versorgungsebenen vereinbart werden. Hochtechnisierte Diagnostik und Therapie sowie multimodale Behandlungskonzepte machen bereits jetzt eine stärkere interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit unabdingbar. Durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Krankenhausärzten und weiteren Gesundheitsberufen lässt sich die Versorgung patientenzentriert organisieren, dem Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsdruck eher begegnen und nicht zuletzt die eigene Berufszufriedenheit steigern.

So hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2009 hervorgehoben, dass die hausärztlichen, ambulanten und stationären fachärztlichen sowie pflegerischen Behandlungsleistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen sinnvoll zu verzahnen sind.

Förderung innovativer Versorgungskonzepte

Innovative Formen der Kooperation und Zusammenarbeit sowohl mit der eigenen als auch mit anderen Berufsgruppen resultieren nicht nur aus dem Ärztemangel, sondern entsprechen vielmehr den im Vergleich zu früheren Generationen anders ausgerichteten Vorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte von ihrer Berufstätigkeit. Zwar wird sicherlich sowohl die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung zukünftig weiterhin auch in Einzelpraxen stattfinden, insgesamt wird aber das Spektrum möglicher Kooperations- und



Berufsausübungsformen deutlich breiter und vielfältiger werden. Haus- und fachärztliche Gemeinschaftspraxen mit mehreren, zum Teil auch angestellten Ärztinnen und Ärzten werden die Versorgungslandschaft zunehmend prägen. Die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung, insbesondere auf dem Lande, erfordert die Entwicklung und Erprobung innovativer Konzepte. Bei Bedarf gehören hierzu auch kommunale Fahr- und Transportmöglichkeiten für Patienten zur ärztlichen Versorgung im Sinne einer Verbesserung der Infrastruktur im ländlichen Raum.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert daher zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung die Förderung innovativer kooperativer Versorgungskonzepte. Hierzu gehören:

- Gemeinschaftspraxen im Gebiet und gebietsübergreifend, Versorgungspraxen, fachärztliche Satellitenpraxen mit ggf. abwechselnder Besetzung durch unterschiedliche Fachärztinnen und Fachärzte, Ärztehäuser oder regionale Versorgungszentren.
- Kooperation in Praxisnetzen durch Vernetzung von Ärzten einer Region, ggf. einschließlich anderer Gesundheitsberufe, möglichst unter Einbeziehung des stationären Bereichs und insbesondere der Regelung des Übergangs zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen (ambulant/stationär/ambulant).
- Intensivierung der Kooperation von Haus- und Fachärzten mit den Pflegekräften im Pflegeheim und mit den ambulanten Pflegediensten.
- Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere der geriatrischen Rehabilitation, durch Bildung ambulanter Rehabilitationszentren, in welchen die Zusammenarbeit der Ärzte der verschiedenen beteiligten Fachrichtungen mit den zuständigen Gesundheitsberufen erfolgt.
- Ausbau der Prävention durch Einbeziehung aller relevanten Gesundheitsfachberufe sowie anderer Berufe wie Übungsleiter der Sportvereine (z. B. Rezept für Bewegung).
- Ausbau der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, der Jugendhilfe, der Suchthilfe und psychiatrischen Tagesstätten.

Mit der Novellierung des ärztlichen Berufsrechts, dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurden die erforderlichen Voraussetzungen für eine Flexibilisierung der ärztlichen Kooperationsformen geschaffen, wobei im Hinblick auf die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung die gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und Krankenhausarzt hervorzuheben ist. Nicht zuletzt wird eine verstärkte Kooperationsbereitschaft dazu beitragen, die Wettbewerbsfähigkeit der in wirtschaftlicher Selbständigkeit tätigen Ärztinnen und Ärzte langfristig zu sichern. Einen weiteren wesentlichen Schritt zur Förderung von Praxis- bzw. Ärztenetzen hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes mit der Anpassung des § 87b SGB V unternommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zusätzliches Honorar für bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen



ausweisen oder das Honorar für die medizinische Versorgung einer Region zur Verfügung stellen. Ebenso muss es möglich sein, im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung die vernetzte Versorgung bestimmter Krankheitsbilder oder einer bestimmten Region zu etablieren und hierfür zusätzliches Honorar zu vereinbaren.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Ärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Berufsverbände auf, niedergelassene Ärztinnen und Ärzten mit einem Beratungsangebot bei der rechtssicheren Umsetzung vorhandener Kooperationsmöglichkeiten sowie bei den hierfür erforderlichen Qualitätsmanagement-, Führungs- und Steuerungsaufgaben zu unterstützen. Hierzu gehören weiterhin die Einrichtung von Fallkonferenzen, der Ausbau von Qualitätszirkeln und berufsgruppenübergreifende Fortbildungen. Die Weiterentwicklung der Verbundweiterbildung in allen Gebieten der Patientenversorgung trägt zur gebiets- und berufsübergreifenden Kooperation bei.

Entscheidend ist, dass die jetzige Ärztegeneration die Versorgungsstrukturen zukunftsfest macht, damit die nachwachsende Ärztegeneration ihre Vorstellungen umsetzen kann.

Förderung des Belegarztwesens, insbesondere in seiner kooperativen Ausprägung

In Anbetracht der ansonsten immer noch stark ausgeprägten sektoralen Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellt das Belegarztwesen schon seit jeher eine effektive Verzahnung zwischen beiden ärztlichen Versorgungsbereichen dar. Insbesondere das kooperative Belegarztwesen, d. h. die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Belegärzte der gleichen Fachrichtung, ermöglicht eine nahtlose ambulante, vorstationäre, stationäre und nachstationäre Patientenbehandlung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Deutsche Ärztetage haben immer wieder hervorgehoben, dass insbesondere die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Ärztinnen und Ärzte in einer belegärztlich geführten Abteilung zu einer Bündelung des medizinischen Sachverstandes führt, die eine Verbesserung der Patientenversorgung bewirkt.

Den im kooperativen Belegarztwesen tätigen Ärztinnen und Ärzten bietet sich vor allem die Möglichkeit der gegenseitigen Beratung und Unterstützung einschließlich der Assistenz bei Eingriffen sowie einer besseren Vertretung für den Fall von Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Erfahrene Belegärzte können die fachlichen Ressourcen des Krankenhauses maßgeblich verstärken und damit die Leistungsfähigkeit, insbesondere kleinerer Krankenhäuser im ländlichen Raum, deutlich steigern. Auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten ergeben sich aus einer Versorgung im kooperativen Belegarztwesen wesentliche Vorteile, so z. B. die Aufhebung der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als integrierte Versorgung schlechthin.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt daher, dass gemäß der Koalitionsvereinbarung aus dem Jahr 2009 die Regierungskoalition das Belegarztwesen in seiner jetzigen Form



beibehalten und stärken will. Hierbei muss der individuelle Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt erhalten, die freiberufliche Ausprägung belegärztlicher Tätigkeit in wirtschaftlicher Selbstständigkeit bewahrt und deren Vergütung den hohen Leistungsanforderungen entsprechend ausgestaltet werden. Ferner muss für den Einsatz innovativer Behandlungen in der stationären Versorgung auch für Belegärzte anstatt des Erlaubnisvorbehaltes des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wie auch für Krankenhaus-Hauptabteilungen der Verbotsvorbehalt des G-BA gelten, damit Innovationen in der belegärztlichen Versorgung ermöglicht werden.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert Regierungskoalition und Gesetzgeber nachdrücklich auf, der programmatischen Ankündigung in der Koalitionsvereinbarung nunmehr auch konkrete politische Schritte zur Stärkung des Belegarztwesens folgen zu lassen, und appelliert an die Politik und an die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, Regelungen vorzusehen, die einen fairen Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär ermöglichen.

Appell an die nachwachsende Ärztegeneration

Die nach 1980 geborenen Ärztinnen und Ärzte - die Generation Y - ist aktuellen Umfragen zufolge pragmatisch, kooperativ und bildet aktiv Netzwerke. In dieser Generation besteht eine klare Präferenz für geregelte und vor allem planbare Arbeitszeiten, auch in Teilzeit, mit dem Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf im kollegialen Ärzteteam. Gewünscht wird auch eine verstärkte Möglichkeit sektorenübergreifender Patientenversorgung, des wissenschaftlichen Austausches mit Kollegen und der Versorgung von Patienten mit einem interessanten breiten Spektrum an Krankheiten und Therapien. Auch die Ressource "Arzt" ist knapp, daher müssen neue Wege der gemeinsamen hausärztlichen und fachärztlichen Patientenversorgung sektorenübergreifend gegangen werden, damit diese Vorstellungen zur ärztlichen Berufstätigkeit bei weiterhin umfassender Sicherstellung der Patientenversorgung verwirklicht werden können.

Der 115. Deutsche Ärztetag appelliert an die junge Ärztegeneration, aktiv neue Wege ärztlicher Kooperationen und Netzwerkbildung mitzugestalten und somit die medizinische Versorgung der Bevölkerung zukunftssicher zu machen.



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Organisation kooperativer Versorgungsformen kritisch bewerten

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Huschke (Drucksache III - 07) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesärztekammer auf, sich kritisch mit der Etablierung kooperativer Versorgungsstrukturen auseinanderzusetzen und diesbezüglich klare Kriterien zu erarbeiten und zu überprüfen. Bei der Organisation entsprechender Strukturen muss die Verbesserung der Patientenversorgung, mithin der für den Patienten zu erwartende Nutzen, und nicht eine etwaige Gewinnoptimierung Priorität haben. Bestehende Strukturen sind regelmäßig auf ihren Nutzen für die Patientenversorgung zu überprüfen.

Begründung:

Kooperative Versorgungsstrukturen dienen in vielen Fällen der Verbesserung der Patientenversorgung. Abzulehnen ist eine Vermarktung entsprechender Verbände als besonderer "Qualitätssprung" oder "große Innovation", wenn sich dahinter keine der Patientenversorgung dienende klare Substanz verbirgt. Es ist nötig, im Sinne des Verbraucherschutzes bzw. der Patienteninteressen klare Kriterien zu definieren und diese auch regelmäßig unter Einbeziehung der Versorgungsforschung zu überprüfen und zu evaluieren.



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Änderungsantrag zu III - 03 zur sektorenübergreifenden Vernetzung

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Zöllner (Drucksache III - 03a) zum Entschließungsantrag von Herrn Dr. habil. Schang, Frau Dr. Machnik und Herrn Dr. Sellschopp (Drucksache III - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Antrag III-03 soll wie folgt ergänzt werden.

Nach dem letzten Absatz vor der Begründung werden folgende Absätze angefügt:

"Bei der Vertragsgestaltung zwischen Netzen und Krankenkassen ist strikt darauf zu achten, dass keine Ausgrenzung von Netzärzten und bestimmten Patienten erfolgt bzw. möglich ist.

Außerdem ist erforderlich, dass unter keinen Umständen Prüfmaßnahmen und Sanktionen, die über das für die kassenärztliche Versorgung gesetzlich vorgeschriebene Maß hinausgehen, vereinbart werden."



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Pflichtangebot sektorenübergreifender Vernetzung für GKV

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. habil. Schang, Frau Dr. Machnik und Herrn Dr. Sellschopp (Drucksache III - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen sollen alle gesetzlichen Krankenkassen gesetzlich verpflichtet werden, ihren Versicherten ein Angebot regionaler vernetzter Versorgung zu machen und dazu mit regionalen Kooperationen von Leistungserbringern oder ihren Organisationen Verträge gemeinsam zu entwickeln und abzuschließen.

Die Überwindung der schädlichen Fragmentierung unseres Gesundheitssystems sollte gesetzlicher Auftrag und Verpflichtung für Kostenträger sein, da sonst kein wesentlicher Fortschritt für die sektorenübergreifende Vernetzung zu erwarten ist.

Die Entwicklung kooperativer Versorgungsformen inmitten einer Wettbewerbslandschaft ist zeit- und kostenintensiv und stellt ohne ein System von gesetzlicher Verpflichtung, Anreizen und Förderungskriterien eher einen Wettbewerbsnachteil für derzeit kurzfristig kalkulierende gesetzliche Krankenkassen und Leistungserbringer dar.

Begründung:

Arztgruppen- und sektorenübergreifende Vernetzung auf regionaler Ebene zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ist eine von Gesundheitsökonomern, Gesundheitspolitik und Ärztinnen und Ärzten seit langem anerkannte Notwendigkeit. Dennoch bleiben solche Versorgungsformen in Deutschland auf wenige Leuchtturmprojekte beschränkt. Die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz geschaffene Möglichkeit der Förderung von Ärztenetzen durch Honorarverteilungsmaßstäbe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist ein Schritt in die richtige Richtung. Sie hat aber keine sektorenübergreifende Komponente und bezieht nicht ausreichend die Mitverantwortlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Förderung kooperativer Versorgungsformen ein. Langjährige Erfahrungen zeigen, dass es nicht ausreicht, auf spontanen Enthusiasmus einzelner Akteure im Gesundheitswesen zu setzen. Es ist auch nicht zielführend, sektorenübergreifende Vernetzung der Marktmacht



großer Gesundheitskonzerne zu überlassen. Die schädliche Fragmentierung des deutschen Gesundheitssystems nimmt im Zuge des sich verschärfenden wirtschaftlichen Wettbewerbs eher zu als ab. Erst ein System von gesetzlicher Verpflichtung, angemessenen Anreizen und Förderungskriterien zum Angebot vernetzter Versorgung wird den schwierigen Entwicklungsprozess von sektorenübergreifenden Kooperationen hinreichend beschleunigen können.

Dem SGB V ist die Verpflichtung der GKV zum Angebot bestimmter Versorgungsformen nicht fremd, wie das Beispiel der hausarztzentrierten Versorgung zeigt. Eine Verpflichtung der GKV auch auf das Angebot regionaler kooperativer Versorgung durch niedergelassene Ärzte, Kliniken, Reha- und Pflegeeinrichtungen wäre ein überfälliger Schritt zu einer effizienteren und effektiveren medizinischen Versorgung. Dabei wäre es kontraproduktiv, bestimmte Organisationen der Leistungserbringer aus der Entwicklung kooperativer Versorgungsformen und dem Vertragsgeschehen auszuschließen. Ohne eine solche allgemeine Verpflichtung stellen zeit- und kostenintensive Bemühungen um kooperative Versorgungsformen für GKV und Leistungserbringer eher einen Wettbewerbsnachteil dar und werden weiterhin die Ausnahme bleiben.



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Hausärztliche medizinische Versorgungszentren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Eissler, Herrn Dr. Bilger und Herrn Dr. Ascheraden (Drucksache III - 04) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Politik auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit rein hausärztliche medizinische Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht werden!

Begründung:

Der Hausärztemangel ist manifest und wird weiter zunehmen - vor allem auf dem Land, aber auch in vielen städtischen Regionen. Umfragen* zeigen, dass junge Ärztinnen und Ärzte andere Strukturen und Arbeitsbedingungen wünschen, als es die klassische Einzelpraxis bietet. In rein hausärztlichen MVZ können diese Arbeitsbedingungen realisiert werden. Hausärztliche MVZ können relativ rasch aufgebaut werden und sind somit eine wirksame Antwort auf den Hausarztmangel.

*) z. B. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010, Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Universität Trier und KBV.



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen - hausärztliche Versorgungszentren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Beier (Drucksache III - 09) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Um mit der Kooperationsform der regionalen Versorgungszentren auch der zukünftigen hausärztlichen Versorgung, gerade in der Fläche, gerecht zu werden, muss der Gesetzgeber auch die Möglichkeit rein hausärztlicher Versorgungszentren mit den juristischen Möglichkeiten eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) schaffen.



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen - Rahmenbedingungen

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Beier und Herrn Dr. Krombholz (Drucksache III - 08) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 sieht in neuen Kooperationsformen Chancen. Dabei sollten folgende Standards und Prämissen erfüllt werden:

Diese Rahmenbedingungen sind essentiell nötig, um freies ärztliches Handeln zum Wohle des Patienten zu gewährleisten.

Versorgungsstrukturen, die diese Standards nicht erfüllen, werden von der deutschen Ärzteschaft abgelehnt.

1. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit - keine Versorgungssteuerung und kein Case Management in der Hand Dritter, insbesondere von Krankenkassen, kapitalorientierten Gesundheitsdienstleistern.
2. Datenhoheit und Datenschnittstellen in ärztlicher Hand - Ablehnung direkter Datenflüsse an Krankenkassen oder deren Dienstleister als elementarer Bestandteil der ärztlichen Schweigepflicht.
3. Ablehnung der ärztlichen Honorierung über Capitation-Modelle - einseitige Verlagerung der kompletten Morbiditätslast auf Seiten der Ärzte sowie letztlich unethisches Anreizsystem, Patientenversorgung nicht (nur) an der medizinischen Indikation zu orientieren.
4. Eine Bewertung und Wertung der ärztlichen Tätigkeit allein unter Morbiditätsgesichtspunkten wird der ärztlichen Tätigkeit nicht gerecht. Diese sollte vielmehr nach dem Versorgungsauftrag und Leistungserbringung ausgerichtet werden.
5. Ablehnung der Selektion der teilnehmenden Ärzte und der teilnehmenden Patienten durch Krankenkassen.
6. Gewährleistung einer Vertragspartnerschaft auf Augenhöhe.

Begründung:

Im Rahmen der integrierten Versorgung hat die AOK Bayern vor Kurzem einen "Master für Ärztenetze der zweiten Generation (Neuverträge)" entwickelt und vorgelegt. Den



teilnehmenden Ärzten werden darin von der Krankenkasse einschneidende, nicht verhandelbare Vorschriften auferlegt, die sie als Vertragspartner in unzumutbarer Weise beschränken und sowohl die Freiberuflichkeit tangieren als auch auf eine Einflussnahme auf die Therapiehoheit und -freiheit des Arztes abzielen.

So wird u. a. die Netzteilnahme von Ärzten faktisch durch die Krankenkasse bestimmt, die teilnehmenden Ärzte sind zu einer aktiven Unterstützung der Versorgungssteuerung und der Versorgungsmanagement-Maßnahmen der AOK verpflichtet, zur Gewährung von Einsicht in die Befunde durch den medizinischen Dienst, zur Nutzung eines zertifizierten und onlinefähigen Arztinformationssystems, das an die von der AOK entwickelte "gevko-Schnittstelle" angeschlossen wird, sowie zur Bereitstellung von Behandlungs- und Verordnungsdaten auf einem zentralen Server. Neue Kooperationsformen weiterzuentwickeln wird vom Ärztetag begrüßt und unterstützt. Jedoch mahnt das konkrete Beispiel des AOK-Vertragsmasters, dass die deutsche Ärzteschaft im Sinne der Ärzte und deren Patienten hiermit konkrete ärztliche Rahmenbedingungen klar definiert.



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Sektorübergreifender Bereitschaftsdienst

- III - 06 Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch Nutzung
sektorenübergreifender Zusammenarbeit



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch Nutzung sektorenübergreifender Zusammenarbeit

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Krombholz (Drucksache III - 06) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Rückzahlungspflicht von Fördergeldern für den stationären Bereich bei ambulanter Nutzung aufzuheben, sofern stationäre Räumlichkeiten für die Einrichtung einer Bereitschaftspraxis zur Durchführung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes genutzt werden.

Begründung:

Der ärztliche Bereitschaftsdienst, an dem sich alle niedergelassenen Ärzte neben der Arbeit in ihrer Praxis beteiligen müssen, steht vielerorts vor einem Kapazitätsproblem. In den kommenden Jahren gehen viele Ärzte in den Ruhestand und hinterlassen, insbesondere im ländlichen Raum, Versorgungslücken. Da die Belastung durch Bereitschaftsdienste ein zentrales Niederlassungskriterium junger Ärzte darstellt, wird sich das Problem in Zukunft weiter verschärfen.

Um diesem Problem entgegenzuwirken, werden neben unmittelbaren, oft erst langfristig wirkenden Maßnahmen zur Nachwuchsförderung auch kurzfristig wirkende strukturelle Änderungen immer wichtiger. Dazu gehört insbesondere eine Vergrößerung der Bereitschaftsdienstgruppen und damit einhergehend die flächendeckende Einrichtung von Bereitschaftspraxen.

Krankenhäuser sind als Standort für eine Bereitschaftspraxis besonders geeignet, weil sie in der Bevölkerung bekannt sind und oft auch in Krankheitsfällen aufgesucht werden, die eigentlich im ärztlichen Bereitschaftsdienst zu behandeln wären. Neben der Entlastung der Notfallambulanzen um leichtere Krankheitsfälle profitiert das Krankenhaus auch von einer besseren Geräteauslastung, der gezielten Überweisung stationärer Leistungen und der engen Verzahnung stationärer und ambulanter Versorgung insgesamt.

Diese für alle Beteiligten sinnvolle Einrichtung kann gezielt durch eine Aufhebung der Fördergeldrückzahlung im Rahmen der Nutzung stationärer Räumlichkeiten für Bereitschaftspraxen unterstützt werden. Aktuell sind Krankenhäuser zur Rückzahlung von



Fördergeldern verpflichtet, wenn sie für die ambulante Nutzung eingesetzt werden. Mit einer Aufhebung erübrigt sich die Erhebung und Abführung einer marktüblichen Miete, was die Bereitschaft zur Einrichtung einer Bereitschaftspraxis erheblich erhöhen würde. Denn die Bereitschaftspraxen befinden sich überwiegend in ärztlicher Trägerschaft und stellen ein unternehmerisches Risiko dar, das viele Niedergelassene nicht bereit sind einzugehen.



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Belegarztwesen

III - 05 Belegärztliche Vergütung



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Belegärztliche Vergütung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Hellmann, Frau Dr. Pfaffinger und Herrn Dr. Pilz (Drucksache III - 05) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen auf, bei einer Weiterentwicklung der ärztlichen Vergütung sämtliche belegärztlichen Leistungen, insbesondere auch die konservativen belegärztlichen Leistungen, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu honorieren.

Begründung:

Voraussetzung einer nachhaltigen Stärkung des bestehenden Belegarztwesens, wie bereits im Koalitionsvertrag der Regierungsfractionen vereinbart, ist eine leistungsgerechte Vergütung aller kurativ-stationärer, belegärztlicher Leistungen.

Nachdem sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) klar festgelegt hat, die belegärztliche Vergütung innerhalb des Kollektivvertrages zu belassen, ist jetzt die Selbstverwaltung gefordert, einen fairen Wettbewerb der Versorgungsstrukturen herzustellen. Dazu gehört u. a. auch die Weiterentwicklung des Kapitels 36 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und die Berücksichtigung und Vergütung aller stationär erbringbaren Leistungen.



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Fortbildung für Medizinische Fachangestellte für Managementaufgaben

III - 02 Betriebswirtin im Gesundheitswesen – Arztentlastung durch fortgebildete Medizinische Fachangestellte



TOP III Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen

Titel: Betriebswirtin im Gesundheitswesen – Arztentlastung durch fortgebildete Medizinische Fachangestellte

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 02) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt die Neukonzeption einer Aufstiegsfortbildung für Medizinische Fachangestellte (MFA) nach § 54 Berufsbildungsgesetz zur „Betriebswirtin im Gesundheitswesen“ durch die Bundesärztekammer und fordert die Landesärztekammern auf, entsprechende Kursangebote zu entwickeln.

Zur Unterstützung, insbesondere in größeren ambulanten Einrichtungen und kooperativen Versorgungsformen, z. B. regionalen Versorgungszentren, primären Versorgungspraxen, Praxisverbänden oder Ärztenetzen, benötigen Ärztinnen und Ärzte zukünftig verstärkt qualifiziertes Fachpersonal, das sie von Verwaltungs-, Organisations- und Managementaufgaben entlastet. Nachdem für kleinere und mittlere Einrichtungen der ambulanten Versorgung seit 2009 die „Fachwirtin“ (Umfang 420 Stunden Fortbildung) von mittlerweile zwölf Ärztekammern erfolgreich angeboten wird, wird zur Zeit mit der „Betriebswirtin“ eine Aufstiegsfortbildung für die Leitungs- und Führungsebene entwickelt, die ein Arzt auf der betriebswirtschaftlichen und Managementebene einsetzen kann. Das Berufsbild wird für Aufgaben in den Bereichen Rechnungs- und Finanzwesen, betriebswirtschaftliche Unternehmensführung, Rechtsgrundlagen, Personal- und Ausbildungsmanagement, Informationstechnologien, Qualitätsmanagement, Case- und Schnittstellenmanagement im Umfang von 1.250 Stunden konzipiert. Die Betriebswirtin stellt ein Entlastungsangebot für Ärztinnen und Ärzte dar, die neben ihren ärztlichen Kernaufgaben zusätzlich große Ressourcen in Organisation und Verwaltung investieren und die ggf. auch Einrichtungs- und Versorgungsstrukturen optimieren wollen.

Die Betriebswirtin ist vom Niveau her auf der Leitungs- und Führungsebene angesiedelt, arbeitet im gegebenen Rahmen eigenständig und bereitet Entscheidungen der ärztlichen Unternehmensführung vor. Damit ist sie mit den Betriebswirten des Industrie-, Handels- und Handwerksbereiches vergleichbar, stellt aber im Gegensatz zu diesen eine branchenspezifische Lösung mit hohem Praxisbezug dar, die zudem in erster Linie die Medizinischen Fachangestellten im Blick hat. Ein eigenes Angebot der Ärztekammern als gesetzlich "zuständige Stellen", ausgerichtet auf die Strukturen der ambulanten medizinischen Versorgung sowie mit Anrechenbarkeit auf ein späteres einschlägiges Studium, stellt eine sinnvolle Alternative zum bisher allein von dem Industrie- und



Handelskammern besetzten Feld anspruchsvoller Aufstiegsoptionen dar und eröffnet für MFA attraktive Berufsperspektiven.



TOP IV Weiterbildung

Evaluation der Weiterbildung
Novelle - Struktur
Novelle - §-Teil/Spezieller Teil
Allgemein



TOP IV Weiterbildung

Evaluation der Weiterbildung

- IV - 04 Evaluation der Weiterbildungsergebnisse und Konsequenzen
- IV - 10 Evaluation der Weiterbildung institutionalisieren
- IV - 33 Erhebung der Evaluation der Weiterbildung direkt von den Weiterbildungsassistenten
- IV - 34 Umgang mit in der Evaluation der Weiterbildung dokumentierten Rechtsverletzungen



TOP IV Weiterbildung

Titel: Evaluation der Weiterbildungsergebnisse und Konsequenzen

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 04) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt die nun zum zweiten Mal vorgenommene Veröffentlichung der - damit erstmals im Verlauf vorliegenden - Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung. Er fordert ausdrücklich, die Evaluation in verbesserter Form fortzusetzen.

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert Bundesärztekammer und Landesärztekammern auf, die aus den Ergebnissen zu ziehenden Schlussfolgerungen konsequent umzusetzen.

1. Die von vielen Landesärztekammern bereits begonnene Veröffentlichung von individuellen Ergebnissen der einzelnen Weiterbildungsstätten ist zu begrüßen, aber nur ein erster Schritt. Geeignete Weiterbilder und geeignete Weiterzubildende könnten so besser zueinander finden.
2. Der 115. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern auf, Weiterbildungsstätten mit Problemen zu identifizieren, damit sie von den Landesärztekammern die dringend notwendige Unterstützung vor Ort bekommen. Hierzu sollten die Beteiligten vor Ort die Ergebnisse in einem strukturierten Dialog mit den Landesärztekammern besprechen. Einige Landesärztekammern haben schon mit einer Umsetzung begonnen. Patenschaften für Weiterbildungsstätten, Tutorien, Beratungen der Ergebnisse in Fachgruppen, Schulungen, Visitationen durch die Ärztekammern sind dabei sinnvolle Instrumente.

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, in ihren Gremien einen Austausch über die Umsetzung in den Landesärztekammern herbeizuführen und auf dem nächsten Deutschen Ärztetag darüber zu berichten.

3. Die unzureichende Umsetzung fest geregelter Bestandteile der (Muster-)Weiterbildungsordnung (strukturierter Weiterbildungsplan, Vereinbarung von Weiterbildungszielen, jährliches Weiterbildungsgespräch) muss überprüft und mit Konsequenzen belegt werden. Förderprogramme für die persönliche Eignung des Weiterbilders und Weiterbildungsverträge mit verabredeter Zeit, Struktur und Inhalt
-



könnten die Situation vor Ort verbessern.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden aufgefordert, hierzu zum nächsten Deutschen Ärztetag ein verbindliches Verfahren vorzubereiten.

4. Wie die Ergebnisse der Weiterbildungsbefragung zeigen, wird die direkte Weiterbildung in der Regel durch die Oberärzte und Fachärzte einer Weiterbildungsstätte durchgeführt. Weiterzubildende aus kleineren Weiterbildungsstätten beurteilen ihre Weiterbildung positiver.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden daher aufgefordert, die Möglichkeit einer Befugnis im Team zu überprüfen und dem nächsten Deutschen Ärztetag darüber zu berichten.

5. Trotz hoher Beteiligung der Weiterbilder in einigen Ländern war ein direkter Zugang zu den Weiterzubildenden schwierig.

Daher werden die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern aufgefordert, eine bundeseinheitliche Meldepflicht der sich in Weiterbildung befindlichen Assistenzärztinnen und -ärzte mit Erhebung der vier "W" (wer, welche, wie viele Jahre, wo - wie schon auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz 2009 beschlossen) einzuführen.

6. Die Situation nicht nur der Weiterzubildenden, sondern auch der Weiterbildungsbefugten wird immer schwieriger.

Daher wird die Bundesärztekammer aufgefordert, die Situation der Weiterbildungsbefugten bei der nächsten Evaluation gesondert auszuwerten.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Evaluation der Weiterbildung institutionalisieren

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache IV - 10) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesärztekammer auf, die Evaluation der Weiterbildung fortzuführen und zielorientiert weiterzuentwickeln. Folgende Anforderungen sind dabei zu übernehmen:

- Die Evaluation der Weiterbildung ist nicht als zeitlich befristete Befragung, sondern als ständige Erhebung zu konzipieren. Die Ergebnisse werden zu festgelegten Stichtagen (zum Beispiel 31.12.) erhoben und ausgewertet.
- Die Bewertung der Arbeit der zuständigen Landesärztekammer ist als separater Fragenkomplex in die Evaluation aufzunehmen.

Begründung:

Die bisherigen Befragungsrunden haben wesentliche Erkenntnisse über die Qualität der fachärztlichen Ausbildung in Deutschland geliefert und dienen somit der gezielten Verbesserung der Weiterbildung. Die Evaluation muss daher auch künftig mit dem Ziel, die ärztliche Weiterbildung als Kernaufgabe der Kammern zukunftsfähig und nachhaltig zu gestalten, erhalten bleiben. Um die Rücklaufquoten deutlich zu erhöhen und somit eine aussagekräftige Datenbasis zu erhalten, ist eine strukturelle Anpassung jedoch unerlässlich.

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung befinden sich in einer sie zeitlich stark in Anspruch nehmenden Lebensphase (Berufsstart, Schichtsystem, Familiengründung). Die Wahrscheinlichkeit, in einem begrenzten Zeitfenster eine hohe Anzahl dieser Ärztinnen und Ärzte zur Beantwortung von bis zu einhundert Fragen zu bewegen, ist damit gering. Hinzu kommt deren Sorge vor möglichen Nachteilen für ihre Weiterbildung für den Fall, dass die Bewertung einer Weiterbildungsstätte Rückschlüsse zulässt. Daher sollte die Evaluation künftig als ständige Erhebung angelegt werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Erhebung der Evaluation der Weiterbildung direkt von den
Weiterbildungsassistenten

Beschluss

Auf Antrag von Frau Wagner und Herrn Dr. Schütz (Drucksache IV - 33) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Die Evaluation der Weiterbildung soll in Zukunft durch die Landesärztekammern direkt von den Weiterbildungsassistenten erhoben werden, ohne den bisherigen Umweg über die Weiterbildungsbefugten.

Dazu werden die Landesärztekammern aufgefordert, ein Weiterbildungsregister zu erstellen, beispielsweise bei den jährlichen Rechnungsstellungen auch den Weiterbildungsstatus des Kammermitglieds abzufragen.

Begründung:

Die Rücklaufquote der Weiterbildungsbefugten ist von 60,8 auf 53,3 Prozent gesunken. Die Mitarbeit der Weiterbildungsbefugten ist aber bislang Grundvoraussetzung für die Evaluation der Weiterbildung – womit derzeit fast 50 Prozent der Weiterbildungsassistenten von der Evaluation der Weiterbildung ausgeschlossen werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Umgang mit in der Evaluation der Weiterbildung dokumentierten
Rechtsverletzungen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Schütz und Frau Wagner (Drucksache IV - 34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der Evaluation der Weiterbildung 2011 sind offensichtliche Rechtsverletzungen dokumentiert:

- In über 40 Prozent der Fälle wird nach Beendigung eines Bereitschaftsdienstes (gelegentlich/häufig/immer) weitergearbeitet, dabei sind die Weiterzubildenden in über 80 Prozent mit Routinearbeiten (!) beschäftigt.
- Über 70 Prozent der Befragten geben an, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Ruhezeiten im Bereitschaftsdienst nicht eingehalten werden.
- In 90 Prozent fallen Überstunden an, diese werden in fast der Hälfte der Fälle nicht korrekt dokumentiert, teilweise erfolgt keinerlei Ausgleich.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird daher aufgefordert, ein Konzept zu erarbeiten, wie Verstöße gegen gesetzliche Regelungen, die bei der Evaluation der Weiterbildung zu Tage treten, überprüft und ggf. sanktioniert werden können, ohne die Beteiligten in einen Generalverdacht zu stellen.

Begründung:

Die genannten Rechtsverstöße sind keine Petitessen, sondern zum Teil Straftatbestände, die darüber hinaus den Verbleib derart geschädigter Kollegen in der Klinik oder gar die Patientenversorgung gefährden. Wenn die Kammern Kenntnis von entsprechenden Rechtsverstößen bekommen, sollten sie fürsorglich und konsequent auf eine Beendigung der Missstände hinwirken.



TOP IV Weiterbildung

Novelle - Struktur

- IV - 39 Bürokratie und Weiterbildung
- IV - 05 Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten
- IV - 30 Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten
- IV - 02 Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung - nicht nur Module diskutieren
- IV - 31 Erstellung eines Kriterienkatalogs für die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- IV - 24 Neudefinition des Modul-Themas
- IV - 23a Änderungsantrag zu IV - 23
- IV - 23 Nebenberuflicher Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen und/oder Weiterbildungsmodulen
- IV - 07 Modul-Diskussion in der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- IV - 25 Kompetenzbasierte Weiterbildung
- IV - 42 Modifizierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- IV - 12 Weiterbildung präzisieren und flexibel strukturieren
- IV - 46 Justiziable Zwischenabschnitte in der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- IV - 18 Weiterbildungsordnung als Instrument zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit



TOP IV Weiterbildung

Titel: Bürokratie und Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Ramm (Drucksache IV - 39) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Es wird beantragt, dass bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) keine weiteren bürokratischen Hürden gesetzt werden.

Begründung:

Schon heute müssen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, aber auch die zur Weiterbildung Befugten, viel Zeit für die Umsetzung der in der MWBO geforderten Vorgaben aufwenden. Dieses darf nicht noch mehr werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 05) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 spricht sich dafür aus, die Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) mit Facharztkompetenzen und Zusatzbezeichnungen beizubehalten. Er fordert, die Bedeutung der MWBO für die lebenslange ärztliche Tätigkeit nicht nur uneingeschränkt aufrecht zu erhalten, sondern weiter auszubauen.

Die Struktur der MWBO demonstriert die für die fachärztliche Identität notwendige Einheit aus schwer standardisierbaren und nur persönlich zu vermittelnden Kenntnissen und Fähigkeiten und den zusätzlich zu erwerbenden (mess- und standardisierbaren) praktischen Kompetenzen.

Die MWBO ist eine wesentliche Determinante für die Tätigkeit der in den Kliniken in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten.

Je geringer die Bedeutung der MWBO, desto größer ist die Gefahr, dass nach der Weiterbildungszeit zusätzliche Qualifikationsanforderungen eingeführt werden, auf die die verfasste Ärzteschaft weniger Einfluss hat als auf die MWBO.

Die MWBO darf jedoch nicht überfrachtet werden.

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert praktikable Möglichkeiten zur Nachqualifizierung, insbesondere bei der Einführung neuer Methoden und Verfahren. Der 115. Deutsche Ärztetag unterstützt daher den systematischen Ansatz ergänzender curricularer Fortbildungen und fordert weitere noch niederschwelligere, bei den Kammern angesiedelte Möglichkeiten zur Dokumentation fachärztlicher Qualifikationen. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen heute Bedeutung und Bedarf noch nicht endgültig eingeschätzt werden können (z. B. Logbücher/Register).

Die Ärztekammern werden aufgefordert, alle ihnen zur Verfügung stehenden Mittel zur adäquaten Berücksichtigung der persönlichen Eignung des/der Weiterbildungsbefugten bei der Erteilung der Weiterbildungsbefugnis auszuschöpfen.

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert die Analyse von Arbeitsabläufen unter



Teilzeitbedingungen, um zu einer realistischen Einschätzung der Weiterbildungsbedingungen unter Teilzeit und der tatsächlichen Auswirkungen auf Länge und Inhalt der Weiterbildung zu gelangen.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Wesiack und Herrn Dr. Römer (Drucksache IV - 30) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 spricht sich dafür aus, bei der notwendigen Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) die Grundstruktur mit Facharzt Kompetenzen und Zusatzbezeichnungen zu erhalten.

Gebietsgrenzen sind zu respektieren. Der Erwerb von Zusatzbezeichnungen soll flexibilisiert und berufsbegleitend ermöglicht werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung - nicht nur Module diskutieren

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 02) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 in Mainz (DÄT-Drs. V - 09 und V - 14) hat die Bundesärztekammer beauftragt, eine Weiterentwicklung/Novellierung der (Muster)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzubereiten. Um die MWBO der sich stetig geänderten Versorgungsrealität anzupassen, wird die Bundesärztekammer aufgefordert, nicht nur über die Einführung neuer Elemente (z. B. Module) nachzudenken, sondern eine umfassende Novellierung anzustreben.

Um eine zukunftssichere Neuausrichtung der MWBO zu gestalten, wird die Bundesärztekammer aufgefordert, einen detaillierten Fragenkatalog zu erarbeiten und die Ergebnisse dieser Befragung im Rahmen des nächsten Deutschen Ärztetages darzustellen.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Erstellung eines Kriterienkatalogs für die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Johanning, Herrn Prof. Dr. Haubitz, Herrn Dr. Schulze, Herrn Dr. Mitrenga und Herrn Dr. Gehle (Drucksache IV - 31) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 beauftragt die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, vor Eintritt in eine grundlegende Überarbeitung/Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) in Abstimmung mit den Landesärztekammern anhand eines Kriterienkataloges grundsätzliche Fragen zu Struktur, Inhalten, Zeiten und Richtzahlen zur Weiterbildung zu klären.

Erste Vorschläge für einen solchen Kriterienkatalog haben bereits die Kammern von Baden-Württemberg, Niedersachsen und Westfalen-Lippe formuliert.

Beispielhaft seien genannt:

1. Welchen Zwecken soll/muss die MWBO dienen?

- Bildungsordnung
- Ärztliche Standard- und Qualitätssicherung
- Verteilungsordnung
- Orientierung für Krankenhausplanung

2. Soll die MWBO weiterhin in den Strukturen: Facharzt, Schwerpunkt, Zusatz-Weiterbildung strukturiert sein?

Welche Bedingungen sind mit den jeweiligen Strukturebenen verbunden?

I.

Bis zu welchem Kompetenzniveau reicht die Facharztkompetenz (Bedürfnisse der Grund- und Regelversorgung, insbesondere Notfallversorgung; Kernkompetenzen?), die Schwerpunktkompetenz, die Zusatzbezeichnung?

II.

Erwerb des jeweiligen Kompetenzniveaus vollschichtig, in Teilzeit, berufsbegleitend?



III.

Erwerb von Zusatzbezeichnungen nur in Ergänzung zu definierten Facharzt- oder Schwerpunktkompetenzen?

3. Soll die MWBO weiterhin Mindestweiterbildungszeiten vorschreiben?

4. Gibt es Alternativen zu 2 und/oder 3?

5. Sind die aktuellen Inhalte und Zeiten realitätsnah und sinnvoll?



TOP IV Weiterbildung

Titel: Neudefinition des Modul-Themas

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Bolten, Herrn Dr. Dreyer, Herrn PD Dr. Heep, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Johannig und Herrn Dr. König (Drucksache IV - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 möge beschließen, bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) das "Modul" nicht länger als zentrales Ordnungsthema zu verfolgen.

Es geht bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung um eine inhaltliche Neuausrichtung hin zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung.

Module können eine wichtige Rolle bei der Erreichung von Weiterbildungszielen spielen und sollen Eingang in die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung finden. Sie sind aber nur eine Methode von vielen.

Die alleinige Ausrichtung an einer Methode kann nicht das Ziel sein.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Änderungsantrag zu IV - 23

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Herrn Dr. Thierse (Drucksache IV - 23a) zum Beschlussantrag von Frau Dr. Keller, Herrn Dr. Spies, Herrn Bernhardt und Frau Linder (Drucksache IV - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Antrag IV - 23 wird in Satz 1 eingefügt:

" ..., dass geeignete Zusatzweiterbildungen ..."

Am Ende wird hinzugefügt:

"Hierzu ist die MWBO entsprechend zu ändern (Ergänzung der Weiterbildungszeiten um Definition der Anforderungen für berufsbegleitenden Erwerb)."



TOP IV Weiterbildung

Titel: Nebenberuflicher Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen und/oder Weiterbildungsmodulen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Keller, Herrn Dr. Spies, Herrn Bernhardt und Frau Linder (Drucksache IV - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 möge beschließen, dass Zusatz-Weiterbildungen und/oder Weiterbildungsmodule nicht nur in Vollanstellung, sondern auch nebenberuflich und ohne Unterbrechung einer aktuellen Erwerbsbiografie erworben werden können.

Begründung:

Es gibt zwei Gruppen von Weiterzubildenden. Einmal die Gruppe der Angestellten, für die es möglich ist, in Vollanstellung bei einem Weiterbildungsbefugten eine Zusatz-Weiterbildung oder gegebenenfalls ein Modul zu erwerben. Bislang ist in der Weiterbildungsordnung die Gruppe der niedergelassenen, selbstständigen Ärzte nicht berücksichtigt. Diese müssen in der heutigen Zeit ebenfalls Zusatz-Weiterbildungen absolvieren, um ihr Fachgebiet vollständig abdecken zu können. Für diese Gruppe ist eine Unterbrechung der Niederlassung für den Erwerb einer Zusatz-Weiterbildung/eines Moduls unmöglich. Dies stellt insbesondere bei neu eingeführten Zusatz-Weiterbildungen eine unzumutbare Härte dar. Auch im Hinblick auf einen drohenden Ärztemangel sollten die vorhandenen Kapazitäten diesbezüglich optimiert werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Modul-Diskussion in der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 07) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Werner und Herrn Dr. Lenhard (Drucksache IV - 07a) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Grundlage der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ist der Anspruch, Strukturen für eine qualifizierte medizinische Versorgung der Bevölkerung zu schaffen.

Mit dem kontinuierlichen Fortschritt in der Medizin verändern sich auch die Anforderungen an die Versorgung und damit an die Ordnung der Weiterbildung.

Neue Elemente und Regularien machen nur dann einen Sinn, wenn die notwendigen Änderungen der MWBO nicht im Rahmen der vorhandenen Regularien gelöst werden können und das neu einzuführende Element (z. B. Modul) die beste mögliche Lösung ist.

Gleichzeitig ist die klare fachärztliche Identität Voraussetzung für jede qualifizierte Versorgungsstruktur und muss erhalten bleiben.

Daher fordert der 115. Deutsche Ärztetag 2012 die Bundesärztekammer auf, bei der Diskussion um die Einführung neuer Elemente in die MWBO Folgendes zu berücksichtigen.

1. Evidenz – Neue Elemente sollen nur eingeführt werden, wenn klar ist, welches Problem damit gelöst werden soll. Vor ihrer Einführung müssen diese klar definiert und von anderen Bestandteilen der MWBO abzugrenzen sein.
2. Kohärenz – Neue Elemente sollen nur aufgenommen werden, wenn sie die Facharztidentität stärken und keine neuen Qualifikationsanforderungen außerhalb der Weiterbildung schaffen.
3. Flexibilität – Neue Elemente sollen das Gesamtregelwerk flexibel für die Integration von Neuerungen machen und die Orientierung an Inhalten statt an starren Zeiten stärken. Die Übertragung erbrachter Weiterbildungsinhalte, ohne die Fachgebietsgrenzen aufzulösen, muss möglich sein.
4. Modalität – Neue Elemente sollen im Rahmen vergüteter Tätigkeit zu erwerben sein, die Möglichkeit der Teilzeitqualifikation bieten und nebenberufliche Nachqualifikation ermöglichen.



Eine Weiterbildung, die im Wesentlichen nur aus Modulen besteht, ist nach Auffassung des 115. Deutschen Ärztetages nicht möglich.

Auch für Niedergelassene müssen die neuen Elemente berufsbegleitend zu erwerben sein, ohne dass der Praxisbetrieb dadurch unzumutbar beeinträchtigt wird.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Kompetenzbasierte Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Bolten, Herrn Dr. Dreyer, Herrn PD Dr. Heep, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Zimmer, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Johanning und Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache IV - 25) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 möge beschließen, die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) an dem Ziel einer kompetenzbasierten Weiterbildung auszurichten.

Ärztliche Kompetenz umfasst Kenntnisse, Fähigkeiten und Haltungen. Im Rahmen des Novellierungsprozesses muss definiert werden, welche ärztlichen Kompetenzen in der Versorgungswirklichkeit in den jeweiligen Facharztqualifikationen erforderlich sind. Der Prozess muss breit angelegt und auf begründeten Entscheidungen beruhen.

Die derzeitige MWBO ist organisch mit der Entwicklung der ärztlichen Profession gewachsen und nicht allein vom Standpunkt der tatsächlichen Versorgungserfordernisse und dafür erforderlichen ärztlichen Kompetenzen gestaltet worden.

Das elementare Problem der bisherigen Weiterentwicklungen der MWBO ist, dass sie nicht nur Weiterbildungsinhalte definiert, sondern auch normativen Charakter in der Definition der Fachgebiete und deren Abgrenzung untereinander hat.

Dies ist ein zentrales Hindernis in der inhaltlichen Weiterentwicklung der MWBO und kann mit der Neuentwicklung einer kompetenzbasierten Weiterbildung überwunden werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Modifizierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache IV - 42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 beauftragt die Bundesärztekammer, bei der Novellierung und Anpassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) an heutige Ansprüche und Gegebenheiten alle nicht wissenschaftlich fundierten Methoden, wie Homöopathie und Akupunktur, bis zum wissenschaftlichen Nachweis von Patientennutzen über eine Placebowirkung hinaus aus der MWBO thematisch zu streichen.

Diese Thematik kann in einem Extramodul entsprechend wissenschaftlicher Ergebnisse fortentwickelt werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Weiterbildung präzisieren und flexibel strukturieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Dr. Friedländer, Frau Köhler und Herrn Dr. Baier (Drucksache IV - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesärztekammer auf, im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) die Weiterbildungsabschnitte inhaltlich, zeitlich und strukturell so zu überarbeiten, dass die MWBO wesentlich exakter und klarer formuliert wird, um willkürliche Auslegungen zu unterbinden.

Konkret müssen die bisherigen starren zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben künftig einer ausschließlich inhaltlichen Definition der Weiterbildungsziele weichen. Ebenso sind die Richtzahlen auf ein realistisches Maß zurückzuführen und Regelungen zu schaffen, die es vor allem niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sowie jungen Eltern ermöglichen, Weiterbildungsabschnitte in Ergänzung zur grundsätzlich hauptberuflichen Beschäftigung verstärkt über Kurse und E-Learning-Angebote auch berufsbegleitend zu absolvieren.

Darüber hinaus ist die Struktur der MWBO dahingehend zu flexibilisieren, dass Weiterbildungsabschnitte inhaltlich so ausgestaltet werden, dass sie mit mehreren Facharzt- und Zusatzqualifikationen kompatibel sind. Da die Kernkompetenzen für eine Facharzt- oder Zusatzqualifikation für eine weiterhin qualitativ hochwertige Patientenversorgung erhalten bleiben müssen, ist dabei in Abhängigkeit zur angestrebten Qualifikation in obligate und fakultative Abschnitte zu unterscheiden.

Begründung:

Die ärztliche Weiterbildung hat – neben der ohnehin schwierigen Rechtsstellung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung im Rahmen ihres Angestelltenverhältnisses – angesichts unrealistischer Richtzahlen und differierender Anforderungen an die Erlangung von Facharzt- oder Zusatzqualifikationen in den verschiedenen Kammerbezirken ein massives Glaubwürdigkeitsproblem. Die Weiterbildung muss daher angesichts der hohen Bereitschaft der jungen Ärztegeneration, im Zweifel in andere Berufszweige zu wechseln, wesentlich an Attraktivität gewinnen. Entsprechend muss die ärztliche Weiterbildung durchlässiger für zeitliche Unterbrechungen und strukturell flexibler sein, um den Anforderungen der jungen Ärztinnen und Ärzte an die Work-Life-Balance gerecht zu werden. Nur so kann die Attraktivität der ärztlichen Weiterbildung in Zukunft gesichert und



einem Ärztemangel wirksam begegnet werden.

Die primäre Orientierung an Inhalten, realistische Richtzahlen, der berufsbegleitende Erwerb bestimmter Qualifikationen und die Kompatibilität der einzelnen Weiterbildungsabschnitte mit verschiedenen Facharzt- und Zusatzqualifikation sind dabei zentral zu berücksichtigende Strukturelemente. Letzteres ermöglicht es vor allem, auf unvorhergesehene gesundheitspolitische, gesellschaftliche oder auch persönliche Entwicklungen mit einem Gebietswechsel während der Weiterbildung flexibel zu reagieren, ohne mit zusätzlichem zeitlichen und finanziellen Aufwand für alle Beteiligten zusätzliche Weiterbildungsabschnitte absolvieren zu müssen und währenddessen nicht der Patientenversorgung zur Verfügung zu stehen. Zudem würde dies auch das Maß an notwendigen unterschiedlichen Befugnissen verringern und die Kammern somit nachhaltig entlasten.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Justiziable Zwischenabschnitte in der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Dehnst und Herrn Dr. Czeschinski (Drucksache IV - 46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 spricht sich dafür aus, bei der notwendigen Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) justiziable Zwischenabschnitte einzufügen, nach deren Abschluss es dem Weiterzubildenden möglich ist, eigenverantwortlich diejenigen Eingriffe durchzuführen, die seinem Ausbildungsstand entsprechen. Ziel soll es sein, Fachärzte auszubilden, die nach Ablegen der Facharztprüfung selbstständig und eigenverantwortlich die Inhalte ihres Faches anwenden können.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Weiterbildungsordnung als Instrument zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Dr. Fabian, Herrn Dr. Schulze, Herrn Prof. Dr. Haubitz und Herrn Krakau (Drucksache IV - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ist entscheidende Grundlage für die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und gleichzeitig inhaltliche Basis der ärztlichen Freiberuflichkeit und damit ein wichtiges Instrument in unserem Kampf gegen Deprofessionalisierung und Substitution.

Im Rahmen der beschlossenen Novellierung der MWBO sollen daher Struktur und Diktion der MWBO so gestaltet und gegebenenfalls ergänzt werden, dass sich daraus weitgehend selbsterklärend die für die Gebiete konstitutiven Kompetenzen bezüglich Kenntnissen, Fähig- und Fertigkeiten sowie spezialisierten Techniken erkennen lassen.

Zukünftige Vorschläge zur Änderung eines fachärztlichen Kompetenzprofils sollen an einem Prüfkriterienkatalog gemessen werden, den die Bundesärztekammer zusammen mit den Landesärztekammern entwickelt und den sie beratenden Institutionen (Fachgesellschaften, Berufsverbände u. a.) zur Verfügung stellt.



TOP IV Weiterbildung

Novelle - §-Teil/Spezieller Teil

- IV - 03 Ergänzung des § 7 Abs. 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2003 in der Fassung vom 25. Juni 2010
- IV - 40 Nichteignung als Weiterbilder/in - Konsequenz für Assistentinnen/Assistenten
- IV - 17 Weiterbildung in Teilzeit
- IV - 06 Weiterbildung in Teilzeit
- IV - 27 Förderung der ärztlichen Weiterbildung - kürzere Abschnitte
- IV - 28 Verzicht auf die Anzeige- und Genehmigungspflicht der Teilzeitweiterbildung
- IV - 32 Teilnahme der Weiterbildungsbefugten an der Evaluation der Weiterbildung
- IV - 01 Ambulante hausärztliche Versorgung durch Internisten
- IV - 21a Änderungsantrag zu IV - 21
- IV - 21 Ambulant zu vermittelnde Weiterbildungsinhalte
- IV - 47 Ambulante Weiterbildungsabschnitte
- IV - 14 (Muster-)Weiterbildungsordnung - Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung
- IV - 15 Angemessene Anreize statt weiterer Zwang in der Weiterbildung
- IV - 16 Sonografie als fester Bestandteil in der (Muster-)Weiterbildungsordnung Anästhesie
- IV - 22 Nacherwerb der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie
- IV - 29 Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern
- IV - 38 Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern
- IV - 41 Bescheinigung der fachärztlichen Kompetenz anstatt von Richtzahlen
- IV - 43 Simulation, E-Learning
- IV - 44 Weiterbildung - Leistungskataloge
- IV - 45 Vereinfachung der Beantragung der Weiterbildungsermächtigung
- IV - 48 Weiterbildung



TOP IV Weiterbildung

Titel: Ergänzung des § 7 Abs. 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2003 in der Fassung vom 25. Juni 2010

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Lux, Frau Wagner, Herrn Dr. Horndasch, Frau Dr. Gitter, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger und Herrn Dr. Gehle (Drucksache IV - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der § 7 Abs. 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung ist um folgenden Passus zu ergänzen und damit die entsprechende Beschlusslage des Deutschen Ärztetages endlich zeitnah umzusetzen:

"Insbesondere fehlt die persönliche Eignung, wenn der Weiterbilder seinen Pflichten nach § 5 Abs. 3 bis 6, § 8 Abs. 2 und § 9 wiederholt nicht nachgekommen ist. Gleiches gilt bei wiederholten Verstößen gegen die ärztliche Berufsordnung, die eine Rüge oder berufsrechtliche Maßnahmen nach sich gezogen haben, sowie bei der Veranlassung und/oder Duldung von Verstößen gegen das Arbeitszeitgesetz."



TOP IV Weiterbildung

Titel: Nichteignung als Weiterbilder/in - Konsequenz für Assistentinnen/Assistenten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Stagge (Drucksache IV - 40) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Weiterbildungssuchende müssen sich auf die Aussagen der Ärztekammer zur Dauer der Weiterbildungsermächtigung verlassen können.

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) müssen Regelungen getroffen werden, dass Weiterzubildende nicht darunter leiden, wenn die Ärztekammer zu spät die Nichteignung des Weiterbilders erkennt.

Begründung:

"Der Chefarzt benimmt sich schlecht, darum muss der Assistent umziehen!"

Das darf nicht die Folge der Regularien der MWBO sein.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Weiterbildung in Teilzeit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Emminger, Herrn Hesse und Frau Wagner (Drucksache IV - 17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Vorstand und Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer werden beauftragt, bei der Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (Novellierung) die MWBO in der Richtung zu öffnen, dass ärztliche Weiterbildung einerseits auch künftig den Anforderungen an eine ganztägige Weiterbildung entspricht (s. § 4 Abs. 5), andererseits aber eine Weiterbildung in Teilzeit auch in weniger als der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit erfolgen kann. Dabei ist auch die Forderung zu berücksichtigen, dass grundsätzlich ein bestimmter Anteil der Weiterbildung nur ganztägig und unter Anleitung erfolgen muss.

Die Vorgaben der MWBO müssen die berechtigten Forderungen nach "Vereinbarkeit von Familie und Beruf", die zunehmend an Bedeutung für den ärztlichen Nachwuchs gewinnen, angemessen berücksichtigen.

Die Lebens- und Alltagswirklichkeit in den Kliniken liefert ausreichend Beispiele, um eine Anpassung der (Muster-)Weiterbildungsordnung an diese Alltagswirklichkeit zu fordern.

Begründung:

Junge Ärztinnen und Ärzte haben fast ausnahmslos ein vitales Interesse, ihre Weiterbildung in der sogenannten Mindestweiterbildungszeit zu absolvieren. Die unumgängliche Verlängerung der Weiterbildungszeit bei Teilzeitarbeit steht dem nicht entgegen. Wenn junge Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit vorübergehend in Teilzeit arbeiten, so tun sie dies (nicht immer freiwillig) ganz überwiegend wegen familiärer oder sozialer Verpflichtungen (z. B. Betreuung von Kindern oder Angehörigen). Diese Verpflichtungen treten meist zeitlich befristet auf. Genau hieraus begründet sich die Forderung von "Vereinbarkeit von Familie und Beruf". Die Ärzteschaft sollte sich von der Vorstellung verabschieden, in die individuelle Lebensplanung junger Ärztinnen und Ärzte allzu sehr reglementierend eingreifen zu wollen.



Die betriebliche Erfahrung zeigt, dass die meisten Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung trotz Teilzeitverträgen anstreben, durch auf sie abgestimmte individualisierte Arbeitszeitmodelle für bestimmte Zeitblöcke "ganztags" zu arbeiten und in den "Ausgleichszeiträumen" dann ihren familiären oder sozialen Verpflichtungen nachzugehen. Um dies für alle Beteiligten verträglich zu gestalten, betreiben diese Kolleginnen und Kollegen häufig einen hohen Organisations- und Planungsaufwand an ihrem Arbeitsplatz wie auch im privaten Umfeld. So ist beispielsweise die Teilnahme an Nacht- und Wochenenddiensten ausschließlich zumindest "vollschichtig" (8 Stunden + X) möglich.

Sehr selten sind Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildungen in den Kliniken anzutreffen, die in Teilzeitverträgen arbeiten, da sie wirtschaftlich von einem regelmäßigen Einkommen aus einer Ganztagsstätigkeit unabhängig sind. Es werden nur vereinzelt Kolleginnen und Kollegen zu finden sein, die die Mindestweiterbildungszeit der einzelnen Gebiete oder die Zeiten von Zusatzqualifikation in vollem Umfang in Teilzeit von weniger als der Hälfte der üblichen Arbeitszeit absolvieren wollen. Damit würde sich beispielsweise eine fünfjährige Weiterbildungszeit auf mehr als zehn Jahre verlängern. Ebenso wenig lassen sich Ärztinnen und Ärzte finden, die neben ihrer Weiterbildung eine weitere Nebentätigkeit ausüben und daher in Teilzeitmodellen arbeiten.

Es gibt keine Daten, mit denen belegt werden könnte, dass der Erwerb von Weiterbildungsinhalten in Teilzeit über einen längeren Zeitraum weniger effizient wäre als über einen kürzeren Zeitraum in Vollzeit. Hingegen verfügen Wirtschaftsunternehmen über Studien, nach denen in Teilzeit arbeitende Angestellte effizienter sowohl im Hinblick auf Arbeit als auch Wissenserwerb sind.

Und nicht zuletzt müssen die Kammern ihrer Verantwortung nachkommen, im Rahmen des kollegialen Fachgesprächs (Prüfung) den aktuellen Kenntnisstand der jungen Kolleginnen und Kollegen zu überprüfen.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Weiterbildung in Teilzeit

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Botzlar, Frau Wagner, Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther, Herrn Henke, Herrn Dr. Emminger und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 06) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 spricht sich ausdrücklich für die Möglichkeit der Weiterbildung in Teilzeit aus. Dabei ist es – nicht zuletzt aufgrund des wachsenden Anteils von Ärztinnen in der Ärzteschaft – unabdingbar, auch über die Anerkennung von Teilzeittätigkeit unter 50 Prozent der Regelarbeitszeit sowie über die Anerkennung von Inhalten, Kenntnissen und Fertigkeiten, die in kürzeren Abschnitten als sechs Monaten erworben werden können, nachzudenken.

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert die Gremien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern auf, über entsprechende Regelungen zielführend und zeitnah zu diskutieren, entsprechende Regelungen zu erarbeiten und auf die Änderung gesetzlicher Regelungen, die diesem Ziel entgegenstehen, hinzuwirken.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Förderung der ärztlichen Weiterbildung - kürzere Abschnitte

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 27) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 regt an, dass auch kürzere Abschnitte, insbesondere im Rahmen von notwendigen Rotationen, für die ärztliche Weiterbildung anererkennungsfähig sind.

Begründung:

Mit dieser Maßnahme können notwendige Rotationen erleichtert werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Verzicht auf die Anzeige- und Genehmigungspflicht der Teilzeitweiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 regt an, auf die vorherige Anzeige- und Genehmigungspflicht bei Teilzeittätigkeiten ≥ 50 Prozent der Vollarbeitszeit zu verzichten.

Begründung:

Für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie steigt der Wunsch nach Teilzeittätigkeit. Die vorherige Anzeige- und Genehmigungspflicht stellt eine unnötige Hürde dar, auf die ohne Probleme verzichtet werden kann.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Teilnahme der Weiterbildungsbeauftragten an der Evaluation der Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Frau Wagner und Herrn Dr. Schütz (Drucksache IV - 32) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Die Weiterbildungsbeauftragten werden verpflichtet, an der elektronischen Evaluation der Weiterbildung teilzunehmen. Sollte dieser Verpflichtung nicht nachgekommen werden, kann dies bis zum Entzug der Weiterbildungsbefugnis führen.

Begründung:

Die Informationen, die durch die Evaluation erhoben werden, sind eine Grundlage für die Verbesserung der Weiterbildung und der Weiterbildungsbedingungen.

In der Erhebung 2011 haben von 40.039 gemeldeten Weiterbildungsbeauftragten (WBB) nur 9.276 WBB teilgenommen. Dieser Anteil muss dringend gesteigert werden, um eine annähernd realistische Evaluation der Weiterbildung zu gewährleisten.

Zu befürchten ist, dass die gegenwärtige gute Benotung der Weiterbildung von durchschnittlich 2,4 daraus resultiert, dass nur die ohnehin engagierten WBB an der Evaluation teilnehmen.

Die Ergebnisse der EVA dienen darüber hinaus auch den jungen Kollegen zur Auswahl ihrer Weiterbildungsstätte.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Ambulante hausärztliche Versorgung durch Internisten

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

In Anbetracht der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) bekräftigt der 115. Deutsche Ärztetag 2012 nochmals seine Beschlüsse der vergangenen Jahre, dass die Weiterbildung zum/zur Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin als stationär ausgerichtete Qualifikation weiterhin Bestand haben soll.

Als Voraussetzung für die hausärztliche Tätigkeit ist eine 24-monatige Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung erforderlich.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Änderungsantrag zu IV - 21

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Herrn PD Dr. Heep (Drucksache IV - 21a) zum Beschlussantrag von Herrn PD Dr. Heep, Herrn Dr. Bolten, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Pszcolla, Herrn Dr. Köhne, Herrn Krakau, Herrn Dr. Hülskamp, Frau Dr. Groß M.A. und Herrn Dietrich (Drucksache IV - 21) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Absatz 1 Zeile 1 hinter "... Weiterbildung ..." das Wort "auch" einzufügen.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Ambulant zu vermittelnde Weiterbildungsinhalte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn PD Dr. Heep, Herrn Dr. Bolten, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Pszcolla, Herrn Dr. Köhne, Herrn Krakau, Herrn Dr. Hülkamp, Frau Dr. Groß M.A. und Herrn Dietrich (Drucksache IV - 21) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Weiterbildung ambulant zu vermittelnder Inhalte muss vorrangig vor Weiterbildungszeiten bei der beschlossenen Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) gestärkt werden, um dem Ziel kompetenzbasierter Weiterbildung gerecht zu werden.

Die Weiterbildung innerhalb der Gebiete erfolgt aktuell zum überwiegenden Teil in den Krankenhäusern. Dort, wo die Entwicklung der Medizin und die sozialpolitischen Vorgaben zu einer Verlagerung der bislang in Krankenhäusern vermittelten Inhalte in die Praxis führen, müssen im Interesse der Ärzte in Weiterbildung für eine flexible Gestaltung der Weiterbildung die ambulanten Inhalte in der MWBO gestärkt werden.

Für die im Rahmen dieser Weiterbildung erbrachte ärztliche Arbeitsleistung muss eine dem Krankenhaus gleichwertige Vergütung erfolgen.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Ambulante Weiterbildungsabschnitte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Zimmer, Herrn Dr. Holzborn, Herrn Dr. Heister, Herrn Dr. Spanholtz, Herrn Dr. Funken, Herrn PD Dr. Heep, Herrn Stagge und Herrn Dr. Rütz (Drucksache IV - 47) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Als Option für die fachärztlichen Weiterbildungen sind nach Erfordernis des jeweiligen Kompetenzerwerbs Abschnitte in der ambulanten Versorgung im Fach vorzusehen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 bittet die zuständigen Gremien der Bundesärztekammer um Überprüfung, in welchen Fächern und in welchem Umfang dies zum Erwerb der Kompetenzen im Fach als möglich oder sogar als erforderlich angesehen wird.



TOP IV Weiterbildung

Titel: (Muster-)Weiterbildungsordnung - Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Bertram, Herrn Dr. Albring, Frau Dr. Lundershausen, Herrn Bratzke, Frau Haus, Herrn Dr. Hellmann, Herrn Dr. Hammer, Herrn Dr. König, Herrn Dipl.-Med. Menzel, Herrn Dr. Menzel, Herrn Dr. Metke, Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Römer, Herrn Dr. Sellschopp, Herrn Dr. Wesiack, Herrn Zimmeck und Frau Dr. Keller (Drucksache IV - 14) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 konkrete Vorschläge für Änderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzulegen, mit denen die MWBO der heutigen Realität in vielen Fachgebieten (stationär zunehmend hochspezialisierte Versorgung, wichtige Bereiche der Grundversorgung des Fachgebietes nur ambulant im Vertragsarztbereich) angepasst wird, damit auch die Grundversorgung im Fachgebiet genügend in der Weiterbildung berücksichtigt ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Landes-KVen werden parallel dazu aufgefordert, gemeinsam mit Krankenkassen und Politik die finanziellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, ähnlich der Förderung der Allgemeinarztweiterbildung in Vertragsarztpraxen.

Die Zuständigen werden aufgefordert, dabei zu gewährleisten, dass genügend Weiterbildungsstellen mit adäquater Honorierung der Weiterbildungsassistenten, u. a. durch vermehrte Verbundweiterbildungen von Kliniken und Vertragsarztpraxen, zur Verfügung stehen.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Angemessene Anreize statt weiterer Zwang in der Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Dr. Fabian, Frau Wagner, Herrn Henke und Herrn Dr. Crusius (Drucksache IV - 15) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Die Weiterbildungsmöglichkeiten in der Vertragsarztpraxis müssen verbessert werden. Dies sollte nicht durch Zwang geschehen, der nur Engpässe und negative Anreize bewirken würde.

Es mangelt nicht an Weiterbildungswilligen. Aber die angemessene Vergütung der Ärztin/des Arztes, die/der eine Weiterbildung in der ambulanten Versorgung abschließen möchte, ist nicht gewährleistet, wenn die Leistungen, die diese/r Ärztin/Arzt erbringt, keine eigenen Erlöse erzielen. Auch eine Ärztin/ein Arzt, die/der eine Weiterbildung absolviert, ist verantwortlich ärztlich tätig und daher unabhängig von dem Ort, an dem diese Leistung erbracht wird, so zu vergüten. Deshalb müssen die von diesen Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen auch entsprechende Erlöse erzielen können und Praxisbudgets im gleichen Umfang gesteigert werden.

Zugleich muss aber auch die Gesamtvergütung für den ambulanten Bereich entsprechend erhöht werden, denn die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses ist gesamtgesellschaftliche Aufgabe und im allgemeinen Interesse und darf mit ihren finanziellen Lasten nicht den Ärztinnen und Ärzten aufgebürdet werden. Die erzielbaren Erlöse in Klinik und Praxis müssen so sein, dass auch die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte unter guter Anleitung und Supervision möglich ist.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Sonografie als fester Bestandteil in der (Muster-)Weiterbildungsordnung
Anästhesie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Müller, Frau Dr. Lux, Frau Wagner, Herrn Dr. Voshaar und Herrn Smago (Drucksache IV - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Inhalte des Fachgebietes Anästhesie werden in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) um die Sonografie erweitert.

Begründung:

Sonografisch assistierte Punktionen sowie die intensivmedizinische Sonografiediagnostik sind wesentliche Werkzeuge des Fachgebietes geworden und müssen daher auch gelehrt werden. Ihre Anwendung ist in weiten Teilen zum Standard geworden. Dieser Entwicklung muss durch eine Erweiterung des Inhaltskataloges bundeseinheitlich Rechnung getragen werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Nacherwerb der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Keller, Herrn Dr. Spies, Herrn Dr. Wyrwich MBA, Herrn Bernhardt und Frau Linder (Drucksache IV - 22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie sollte bereits jetzt modular erfolgen. Die Erlangung sollte unabhängig vom Facharztstatus möglich sein. Sollten Facharztinhalte für das Zusatzweiterbildungsmodul fehlen, müssen diese im Zusatzmodul erworben werden.

Begründung:

Bislang können in der Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte Zusatz-Weiterbildungen erst nach abgeschlossener Facharztweiterbildung erwerben. Insbesondere gilt dies auch für die Zusatz-Weiterbildung Geriatrie. Da eine qualifizierte Betreuung von Heimbewohnern anzustreben ist, sollten die Kolleginnen und Kollegen in diesen Einrichtungen die Möglichkeit erhalten, bei Fehlen der Qualifikation "Zusatz-Weiterbildung Geriatrie" diese nachzuerwerben.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Hesse, Herrn Dr. Wyrwich MBA und Frau Wagner (Drucksache IV - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die für die Weiterbildung verantwortlichen Gremien der Bundesärztekammer auf, die inhaltlichen Voraussetzungen zu erarbeiten, um die klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu verankern. Damit soll erreicht werden, dass die europäischen Vorgaben für die Qualifikation als Emergency Physician erfüllt werden.

Begründung:

Harmonisierung im europäischen Raum:

In vielen europäischen Staaten, z. B. in Frankreich und in Großbritannien, ist der klinische Akutmediziner als sogenannter Emergency Physician bereits in den Weiterbildungsordnungen verankert und hat sich bewährt, ohne dass es zu Kompetenzproblemen mit den Fachgesellschaften gekommen wäre. Ärztinnen und Ärzten, die aus anderen europäischen Ländern kommen, muss die Möglichkeit gegeben werden, ihre fachärztliche Tätigkeit auch in Deutschland auszuüben. Vice versa muss in Deutschland weitergebildeten Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit eröffnet werden, ihre Qualifikation und Kenntnisse auch im europäischen Raum als Facharzt (Emergency Physician) ausüben zu können.

Versorgungspolitischer Aspekt:

In den Krankenhausgesetzen einiger Bundesländer ist vorgesehen oder teilweise bereits umgesetzt, die Akutversorgung der Bevölkerung dadurch zu gewährleisten, dass jeder Patient in einem definierten Radius eine Akutversorgung erhalten muss. Dabei handelt es sich nicht zwangsläufig um Maximalversorgungskliniken. Relevant ist die Erstversorgung und ggf. die schnellstmögliche Verlegung in ein für die definitive Therapie ausgestattetes Zentrum. In den weniger werdenden regionalen Kliniken wird das Aufkommen an Akutpatienten steigen. Gerade in Regionen mit geringer Klinikdichte muss die qualifizierte akutmedizinische Versorgung der Bevölkerung aufrechterhalten werden. Interdisziplinären



Zentralen Notaufnahmen gehört die Zukunft, nicht nur an größeren Kliniken.

Haftungsrechtlicher Aspekt:

Die Versorgung von Akutpatienten durch einen Assistenten in der Weiterbildung, der neben seiner Fachabteilung "nebenbei" auch die Notaufnahme mit chirurgischen, internistischen, pädiatrischen und gynäkologischen Notfällen betreut, ist fachlich, medikollegial und aus Gründen der Patientensicherheit nicht mehr aufrecht zu erhalten.

Fachlicher Aspekt:

Klinische Akut- und Notfallmedizin ist im 21. Jahrhundert nicht mehr Nebenprodukt anderer Fachdisziplinen. Die Diversifizierung der medizinischen Fächer, die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen ebenso wie die Multimorbidität erfordern im Umkehrschluss Fachdisziplinen mit hoher akuter Handlungskompetenz und interdisziplinärem Denken und Handeln.

Interdisziplinärer Aspekt:

Die Leitlinien der Fachgesellschaften (Anästhesie, Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Kardiologie, Diabetologie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Pädiatrie etc.) werden in Hinblick auf die akutmedizinisch zu behandelnden Erkrankungen und Verletzungen nicht ersetzt, sondern in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin verankert.

Berufspolitischer Aspekt:

Eine zunehmende Zahl von Klinikärzten will auf Dauer im Bereich der klinischen Akut- und Notfallmedizin tätig sein. Diesen Kolleginnen und Kollegen muss die Perspektive gegeben werden, eine Qualifikation zu erreichen, die sich auch in der Weiterbildungsordnung abbildet: für ihre Arbeitszufriedenheit, zu ihrer rechtlichen Absicherung und um ein angemessenes Entgelt als Facharzt zu erzielen.

Zur Definition:

1. Klinische Akut- und Notfallmedizin ist nicht identisch mit der Zusatz-Weiterbildung "Notfallmedizin", die sich auf die außerklinische Notfallmedizin bezieht. Die Zusatz-Weiterbildung "Notfallmedizin" würde durch die Klinische Akut- und Notfallmedizin nicht ersetzt.
2. Der Begriff "Akutmedizin" wird häufig in seiner verallgemeinernden Form verwandt: jegliche medizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten, die nicht geplant in eine Klinik aufgenommen oder in die Klinik eingewiesen werden. Unter "Akutmedizin" wird hier verstanden: die Sichtung, Setzung von Prioritäten in der Dringlichkeit, das Erkennen und die Diagnostik von Erkrankungen oder Verletzungen mit gegenwärtiger Lebensgefahr oder mit drohendem Verlust von Organen oder der körperlichen und seelischen Gesundheit. Weiterhin das Stellen einer Diagnose in einem zeitlich sehr begrenzten Rahmen unter Berücksichtigung der relevanten Differentialdiagnosen, die überbrückende oder definitive Behandlung der Erkrankung oder Verletzung sowie die medizinische und



logistischen Vorbereitungen zum Weitertransport, insoweit das fachliche Spektrum der Klinik zur definitiven Behandlung nicht ausreichend ist.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka, Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Müller (Drucksache IV - 38) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutscher Ärztetag 2012 fordert die für die Weiterbildung verantwortlichen Gremien der Bundesärztekammer auf, bei der Umsetzung der Weiterbildung in klinischer Akut- und Notfallmedizin sicherzustellen, dass für die Erlangung dieser Qualifikation ein Modul etabliert wird, das eine Zusatz-Weiterbildung für alle Fachärzte ermöglicht, die mit diesem Aufgabenbereich befasst sind.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Bescheinigung der fachärztlichen Kompetenz anstatt von Richtzahlen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike, Herrn Dr. Botzlar, Frau Wagner, Herrn Dr. Horndasch und Herrn Dr. Wyrwich MBA (Drucksache IV - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 möge beschließen, dass bei der anstehenden Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) berücksichtigt wird, dass mittelfristig die Qualifikation eines Facharztes sich nicht an den bescheinigten Richtzahlen messen lassen sollte, sondern vielmehr die tatsächliche Kompetenz erreicht sein muss.

Begründung:

Aktuell wird die Facharztstufe, vor allem in den operativen Fächern und im interventionellen Bereich, über die Dokumentation der erreichten Richtzahlen beurteilt. Dieses System wird der unterschiedlichen Lernkurve der Facharztanwärter nicht gerecht und berücksichtigt auch nicht, dass bestimmte Kompetenzen durchaus auch durch Transferlernen schneller erreicht werden können. Stattdessen sollte der Weiterbildungsbefugte bescheinigen, ob der Weiterzubildende tatsächlich die Kompetenz für bestimmte Fertigkeiten erlangt hat.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Simulation, E-Learning

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Hellmann und Frau Dr. Lux (Drucksache IV - 43) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sind moderne Qualifizierungsmethoden wie z. B. E-Learning und Simulation angemessen zu berücksichtigen.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Weiterbildung - Leistungskataloge

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Spanholtz, Herrn PD Dr. Heep, Frau Dr. Mitrenga-Theusinger, Frau Dr. Friedländer und Herrn Stagge (Drucksache IV - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur Erleichterung des Weiterbildungsantragswesens bittet der 115. Deutsche Ärztetag 2012 die zuständigen Organe der Bundesärztekammer zu prüfen, ob sich der für die Weiterbildungsbefugnis abgefragte Leistungskatalog an bestehenden Katalogen (z. B. ICD, OPS, DRG etc.) orientieren kann.

Die abgefragten Leistungskataloge haben sich an den bestehenden Katalogen ICD-10 und OPS zu orientieren, wenn sich die Inhalte dort sinnvoll abbilden lassen.

Begründung:

In Leistungsverchlüsselungen und Diagnoseerfassungen arbeiten wir längst in bestehenden Katalogsystemen wie dem ICD-, DRG- oder OPS-System. Auch Qualitätsberichte etc. basieren auf diesen Katalogen.

Die oben genannte Veränderung hätte drei positive Effekte:

1. Die Beantragung einer Weiterbildungsbefugnis wäre deutlich erleichtert, wenn sich der abgefragte Leistungskatalog an den bestehenden Kodiersystemen ausrichtet.
 2. Der Weiterzubildende könnte seinen Leistungskatalog dann ebenfalls hieran ausrichten und seine Leistungszahlen wesentlich schneller und effektiver zusammenstellen, da er auf die üblichen Kodiersysteme der Kliniken und Praxen zurückgreifen könnte.
 3. Die Landesärztekammern können die Leistungskataloge des Weiterbildungsbefugten rasch und unkompliziert mit Qualitätsberichten der entsprechenden Klinik abgleichen.
-



TOP IV Weiterbildung

Titel: Vereinfachung der Beantragung der Weiterbildungsermächtigung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Wagner und Herrn Dr. Horndasch (Drucksache IV - 45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die für die Genehmigung von Weiterbildungsermächtigungen zuständigen Gremien der Landesärztekammern werden aufgefordert, als Grundlage für das in der jeweiligen Abteilung erbrachte Leistungsspektrum auch nach ICD und OPS kodierte Diagnosen und Leistungen anzuerkennen.

Begründung:

Das Leistungsspektrum eines Krankenhauses wird im sogenannten §-21-Datensatz abgebildet, der einmal jährlich an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt werden muss und in einer einheitlichen Form vorliegt. Die von den Kammern geforderten Zahlen müssen händisch in "sprechende Diagnosen" übersetzt werden. Dies ist ein vermeidbarer bürokratischer Aufwand, da sich der Informationsgehalt nicht verbessert.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Funken und Herrn Dr. Beier (Drucksache IV - 48) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur besseren Abbildung der Weiterbildungsinhalte in der Allgemeinmedizin wird die Bundesärztekammer gebeten, den Einsatz der ICPC-2-Verschlüsselung zu prüfen.



TOP IV Weiterbildung

Allgemein

- IV - 11 Weiterbildung berufsrechtlich stärker verankern!
- IV - 19 Kooperation und Weiterbildung
- IV - 20 Weiterbildung - Sicherstellung der Finanzierung
- IV - 26 Förderung der ärztlichen Weiterbildung - Zuschläge
- IV - 37 Definition der Lernziele für die Facharztprüfung



TOP IV Weiterbildung

Titel: Weiterbildung berufsrechtlich stärker verankern!

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache IV - 11) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Bolay und Herrn Dr. Förster (Drucksache IV - 11a) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) und den Weiterbildungsordnungen folgenden Passus aufzunehmen:

"Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dürfen nur dann beschäftigt werden, wenn die ordnungsgemäße Durchführung der Weiterbildung am Einsatzort sichergestellt ist. Die Zulassung als Weiterbildungsstätte beziehungsweise die Befugnis des weiterbildenden Arztes sind der Ärztin oder dem Arzt in Weiterbildung vorzulegen."

Begründung:

Der vorgeschlagene Passus soll Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung eine dritt-schützende Rechtsstellung einräumen und sie damit berufsrechtlich besser stellen. Von Arbeitgebern zu verantwortende Verstöße gegen die Weiterbildungsordnung werden dadurch im Vorfeld vermieden. Den Kammern wird es damit zudem ermöglicht, entsprechende Verstöße nicht zulasten der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu ahnden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Kooperation und Weiterbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn PD Dr. Heep, Herrn Dr. Bolten, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Köhne, Herrn Krakau und Herrn Dr. Hülskamp (Drucksache IV - 19) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Alle Kooperationsstrukturen zwischen den Sektoren müssen, sofern sie an der Weiterbildung bereits beteiligt sind oder teilnehmen wollen, von den Ärztekammern geprüft und genehmigt werden.

Die Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor ist bereits durch den Gesetzgeber beschlossen worden. Dies hat häufig zu einer Öffnung der Krankenhäuser für niedergelassene Kollegen gerade in den operativen Fächern geführt. Leider ist zu beobachten, dass die Weiterbildung der beteiligten Assistenten nicht durchgeführt wird. Die Weiterbildungsstätte entzieht sich mit diesem Vorgehen ihrer Verpflichtung gemäß der Weiterbildungsordnung. Auch die zunehmenden Konzentrationstendenzen von Krankenhausverbänden führen zu einer Reduktion der zu vermittelnden Inhalte der Weiterbildungsordnung an den Standorten, ohne dass dem Assistenten in Weiterbildung die Möglichkeit eröffnet wird, unbürokratisch diese Inhalte zu erfüllen. Die Einrichtung von Weiterbildungsverbänden ist ein geeignetes Werkzeug der Ärztekammern, um die Weiterbildung zu sichern.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Weiterbildung - Sicherstellung der Finanzierung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dipl.-Med. Meisel, Frau Dr. Krebs und Herrn Prof. Dr. Hettenbach (Drucksache IV - 20) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Um die in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) geforderten Inhalte sowohl im niedergelassenen als auch im klinischen Bereich erbringen zu können, muss zwingend eine angemessene Finanzierung zur Sicherstellung der Weiterbildung gewährleistet werden.

Begründung:

Weder im stationären Sektor (DRG) noch im ambulanten Bereich (EBM) ist die Weiterbildung ökonomisch abgebildet.

Um die Qualität der Weiterbildung weiterhin gewährleisten zu können, ist eine angemessene Vergütung unbedingt zu fordern.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Förderung der ärztlichen Weiterbildung - Zuschläge

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert, die ärztliche Weiterbildung durch entsprechende Zuschläge angemessen zu finanzieren, um die Qualität der Weiterbildung durch gute ärztliche Anleitung und Supervision zu gewährleisten.

Begründung:

Die zunehmende Arbeitsverdichtung und der zunehmende Kostendruck sowie die geänderten Rahmenbedingungen wirken sich negativ auf die Facharztweiterbildung aus. Um auch in Zukunft genügend und gut weitergebildete Fachärzte für die Versorgung der Patienten zu haben, ist es dringend erforderlich, dass ausreichend Personalkapazitäten für die ärztliche Weiterbildung zur Verfügung gestellt werden. Kliniken, die viele Assistenten weiterbilden, müssen Zuschläge erhalten, da der notwendige Mehraufwand sich in der gegenwärtigen Kosten- und Erlösstruktur nicht abbildet. Die Effekte können durch die Evaluation der Weiterbildung, die über die Ärztekammern durchgeführt werden, dargestellt werden.



TOP IV Weiterbildung

Titel: Definition der Lernziele für die Facharztprüfung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike und Herrn PD Dr. Banzer (Drucksache IV - 37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 möge beschließen, dass zeitnah ein kompetenzbasierter Erwartungshorizont für die jeweilige Facharztstufe konzipiert wird, der eine verlässliche Grundlage der Facharztprüfungskonzeption darstellt und den Prüflingen eine klare Orientierung für die Prüfungsvorbereitung ermöglicht.



**TOP V Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den
Vorstand der Bundesärztekammer**

V - 03 Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand
der Bundesärztekammer



TOP V Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer

Titel: Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Wesiack (Drucksache V - 03) wählt der 115. Deutsche Ärztetag 2012 im dritten Wahlgang in geheimer Wahl

Dr. Christoph von Ascheraden

mit 128 von 226 gültigen Stimmen in das Amt eines Mitglieds des Vorstands der Bundesärztekammer.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung
Zwischenbericht der AG Zukunft der Ärztekammern
Prävention in der Arbeitswelt
Ausbildung
Weiterbildung/Fortbildung
Krankenhaus und Krankenhausfinanzierung
SGB V/GKV
Gesundheitspolitik
Arzneimittel/Betäubungsmittel
Prävention/Rehabilitation
Qualitätssicherung/Patientensicherheit
Vergütung/Kostenerstattung
Gesundheitsberufe
Telematik/Telemedizin/eHealth
Ärztliche Psychotherapie/Psychosomatik
Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit
Medizinprodukte
Menschenrechte
Palliativmedizin
Gendiagnostikgesetz
Weitere Themen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung

VI - 08 Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 08) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Zimmer (Drucksache VI - 08a) fasst der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung

I. Präambel

Die Gesellschaft und die sie tragenden Sozialsysteme befinden sich in einem stetigen Wandel. Damit verändert sich auch das Berufsbild des Hausarztes. Vor diesem Hintergrund forderte der 114. Deutsche Ärztetag 2011 die Hausärzte, insbesondere den Deutschen Hausärzteverband, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und die Bundesärztekammer, auf, in Fortführung und Ergänzung zu der 2011 verabschiedeten Entschließung "Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung" eine zukunftsorientierte Perspektive für den Hausarztberuf zu erarbeiten.

II. Hausärztliche Versorgung und Berufsbild des Hausarztes

Hausärztinnen und Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für die akute Versorgung und die kontinuierliche, oft lebenslange Betreuung der Bürger bei allen gesundheitlichen Problemen. Sie sind in der Regel wohnortnah erreichbar und übernehmen nach den Grundsätzen der partizipativen Entscheidungsfindung und unter Einbeziehung anderer Facharztgruppen die kontinuierliche Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet:

- Die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Behandlung und Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie bzw. sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen (Hausbesuch).
 - Die Koordinations- und Integrationsfunktion in enger, vertrauensvoller Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege für den Patienten in seinem Umfeld.
-



- Die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde.

III. Kompetenzen der hausärztlichen Versorgung

Hausärztinnen und Hausärzte werden von den Patienten aufgrund vielfältigster Beratungs- und Behandlungsanlässe in Anspruch genommen. Zur hausärztlichen Tätigkeit gehört die Lösung gesundheitlicher Probleme durch den Hausarzt selbst oder in Kooperation mit anderen Fachärzten und/oder nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen sowie die Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen. Die Erfüllung dieses vielschichtigen Arbeitsauftrags setzt insbesondere folgende Kompetenzen voraus:

- Problemorientierte Diagnostik unter Berücksichtigung somatischer, psychosozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte. Hierzu gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs im Niedrigprävalenzbereich und den daraus folgenden speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung wie abwartendem Offenhalten und der Abwendung gefährlicher Verläufe.
- Entwicklung und Erhaltung einer vertrauensvollen partnerschaftlichen Patienten-Arzt-Beziehung unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen, der Einbeziehung salutogener Potenziale und familienmedizinischer Perspektiven.
- Intensive Kommunikation mit dem Patienten im Rahmen des hausärztlichen Gesprächs, Erkennung von und Intervention bei psychosomatischen und psychischen Störungen, Krisenintervention, Führung von Suchtkranken, Langzeitbetreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Begleitung von Patienten und Angehörigen bei unheilbarer Erkrankung und beim Sterben.
- Information, Beratung und Schulung (z. B. durch strukturierte Gruppenschulungen), Anleitung zur Selbsthilfe, zur Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in das Behandlungs- und Betreuungskonzept sowie eine verantwortliche Koordination und Steuerung des Heilungsprozesses.
- Prävention u. a. durch Förderung der Gesundheit, Beratung und Motivierung für eine gesunde Lebensweise (Bewegung, Ernährung, Entspannung, Suchtmittelkonsum), Durchführung von Vorsorge- und Gesundheitsfrüherkennungsuntersuchungen sowie Impfungen, Mitwirkung an gemeindenahen Gesundheitsprojekten.
- Behandlung von akuten Notfällen, einschließlich lebensrettender Maßnahmen, Schmerztherapie und Palliativmedizin.
- Rationale Pharmakotherapie unter Beachtung der individuellen Patientenpräferenz und -kompetenz, der Gefahren der Multimedikation sowie der bestverfügbaren Evidenz und des wirtschaftlichen Umgangs mit Ressourcen des Patienten und der Gesellschaft.
- Behandlung von Wunden und Verletzungen, Durchführung operativer Eingriffe an der Körperoberfläche, Versorgungsmanagement vor und nach ambulanten und stationären operativen Eingriffen.



- Hausbesuche zur Diagnostik und Therapieeinleitung bei akuten Erkrankungen, zur Betreuung von chronisch erkrankten Patienten in jeglichem häuslichen Umfeld sowie im Notfall.
- Diagnostik und Therapie älterer multimorbider Menschen einschließlich der Ressourcen-/Defiziterfassung, u. a. im Rahmen des geriatrischen Assessments, einschließlich der Einleitung der daraus resultierenden Konsequenzen, Koordination des multiprofessionellen geriatrischen Teams sowie Einleiten von Maßnahmen zum Erhalt oder zur Verbesserung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung.
- Indikationsstellung, Verordnung und Durchführungsüberwachung bzw. Kontrolle des Kompensationserfolges von Heil- und Hilfsmitteln.
- Basiswissen zu komplementär-therapeutischen Verfahren.
- Bewertung der Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Arbeitsfähigkeit, Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit, Indikationsstellung zur Rehabilitation sowie Sicherung, Fortführung und Vertiefung des Rehabilitationserfolges.
- Qualitäts- und Fehlermanagement, Praxismanagement inklusive Personalführung; Berücksichtigung des Sozialrechts.

Diese umfangreichen und zu Recht von der Gesellschaft erwarteten Kompetenzen erfordern ein hohes Maß an sozialem Engagement und Empathie, tragen aber andererseits zu einem äußerst abwechslungsreichen, interessanten und stark patientenzentrierten Berufsbild bei. Weitere Voraussetzungen dafür, dass sich junge Menschen für eine Tätigkeit als Hausarzt entscheiden, sind die Schaffung lebensfreundlicher, hochwertiger Arbeitsbedingungen, die auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern, und die Gewährleistung einer strukturierten und inhaltlich hochqualifizierten Aus-, Weiter- und Fortbildung.

IV. Arbeitsteilung und Kooperation

... mit Vertretern anderer ärztlicher Fachgebiete

Die hausärztliche Versorgung wird sichergestellt durch den Facharzt für Allgemeinmedizin, den hausärztlich tätigen Internisten und den Kinder- und Jugendarzt. Insbesondere zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist eine stärkere Zusammenarbeit, aber auch Arbeitsteilung zwischen Allgemeinärzten und Kinder- und Jugendärzten notwendig. Allgemeinmediziner decken zusammen mit den Kinder- und Jugendärzten je nach örtlicher Situation die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere bezüglich Diagnostik und Behandlung akut erkrankter Kinder und Jugendlicher gerade auch in Notfällen ab. Kleine Kinder, Kinder mit Entwicklungsstörungen sowie schwerkranke und Kinder mit seltenen und/oder chronischen Erkrankungen werden vorrangig von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin betreut.



Zur Optimierung der wohnortnahen Patientenversorgung ist die bewährte Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten anderer Fachgebiete weiter auszubauen. Durch die Versorgung der Patienten innerhalb abgestimmter, indikationsbezogener Behandlungspfade wird die Behandlungssicherheit optimiert. Aufgrund des sich abzeichnenden Ärztemangels wird die ambulante Versorgung zukünftig verstärkt innerhalb von Kooperationen stattfinden. Dies entspricht auch dem Interesse gerade der jüngeren Ärztegeneration: Neue Kooperationsformen steigern die Attraktivität des Hausarztberufes!

Verschiedenste Regelungen im Sozialgesetzbuch V haben bereits in den letzten Jahren neue Formen der Berufsausübung und Zusammenarbeit ermöglicht. Hierzu gehört neben der integrierten Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V insbesondere die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b (alt) SGB V gerade auch in Verbindung mit § 73c SGB V. Darüber hinaus schafft das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) die Voraussetzungen für weitere innovative Kooperationsformen. Konzepte, wie die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 in die Diskussion eingebrachten Versorgungspraxen, deren Zentrum eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis möglichst unter Einbeziehung eines Kinder- und Jugendarztes ist, stellen eine zukunftsweisende Kooperationsform dar. Diese Versorgungspraxen können gerade in unterversorgten Regionen durch weitere Praxisräume ergänzt werden, die anderen Fachärzten im Sinne einer Filialisierung zur Verfügung gestellt werden. Vorstellbar ist hierbei, dass u. a. Ärzte der Gebiete Augenheilkunde, HNO, Dermatologie, Gynäkologie, Orthopädie, Chirurgie sowie Psychiatrie und Psychosomatik tageweise oder halbtags innerhalb der Versorgungspraxis die Patientinnen und Patienten wohnortnah versorgen.

Eine weitergehende Kooperationsform sind regionale Versorgungszentren. Unter Einbeziehung nichtärztlicher Berufe in ein solches Zentrum (u. a. Apotheker, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologische Psychotherapeuten und Pflegekräfte) werden den Patienten kurze Wege ermöglicht und die Kooperation der beteiligten Berufsgruppen optimiert.

Eine weitere kooperative Organisationsform ist das Praxisnetz. Dieses ermöglicht, dass die beteiligten Ärztinnen und Ärzte gemeinsam die medizinische Versorgung organisieren und sicherstellen sowie Qualität und Honorierung in Eigenverantwortung gewährleisten.

... mit der stationären Versorgung

Die Kooperation zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung in Deutschland ist bei allen positiven Ansätzen weiterhin verbesserungsbedürftig. Dies gilt insbesondere auch für die sektorenübergreifende Organisation der Notfallversorgung gerade in ländlichen Regionen. Aus hausärztlicher Sicht gilt es, eine regional integrierte Versorgung im Rahmen komplexer populationsbezogener sektorenübergreifender Versorgungsnetze zu realisieren, in denen der Hausarzt Begleiter und Koordinator für



seine Patienten ist. Hierzu gehören eine abgestimmte prästationäre Diagnostik sowie ein organisiertes Entlassungsmanagement. Wesentlich sind dabei einheitliche Qualitätsstandards und eine leistungs- und verantwortungsgerechte Vergütung.

... mit Gesundheitsfachberufen

Angesichts des steigenden Anteils von Menschen mit chronischen Erkrankungen, mit komplexen Krankheitsbildern, großem Rehabilitations- und Pflegebedarf hat die patientenzentrierte Kooperation von Hausärzten mit Vertretern qualifizierter Gesundheitsfachberufe stark an Bedeutung gewonnen. In der Verordnung und Verlaufskontrolle von Maßnahmen – gerade der Physio- und Ergotherapie – spielen Hausärzte eine ebenso wichtige Rolle wie in der Betreuung von gemeinsamen Patientinnen und Patienten mit ambulant oder stationär tätigen Pflegefachkräften. Kontinuierlicher Austausch unter Wertschätzung der gegenseitigen Qualifikationen ist sowohl im eigenen als auch im Interesse der gemeinsam behandelten Patienten unverzichtbar. Die Grundlage hierfür sollte bereits in der Aus-, Weiter- und Fortbildung gelegt werden. In vielen Bereichen (z. B. Pflegeheim- und Behindertenbetreuung, Rehabilitation, Übergang ambulant – stationär) haben Hausärzte gemeinsam mit anderen Berufsgruppen Modellprojekte und fachübergreifende Versorgungskonzepte entwickelt und umgesetzt. Eine besondere Rolle spielt die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an qualifizierte Berufsgruppen wie Medizinische Fachangestellte oder Fachkräfte der Kranken- und Altenpflege, die zur Optimierung der Arbeit im Team führt.

Dies ist für alle Beteiligten eine anspruchsvolle Herausforderung und trägt entscheidend sowohl zur Berufszufriedenheit als auch zum Erhalt der Work-Life-Balance bei.

V. Forschungsprofil der Allgemeinmedizin

Forschung im allgemeinmedizinischen Sinne ist ganzheitlich (d. h. den ganzen Menschen bzw. seine Versorgung betrachtend) und versorgungsebenenübergreifend. Sie berücksichtigt neben medizinischen Parametern auch Fragen der Organisation und Kommunikation sowie im weitesten Sinne psychologische und soziale Faktoren einschließlich individueller Patientenperspektiven. Dies eröffnet ein breites Spektrum an Forschungsgegenständen, Fragestellungen, Studiendesigns sowie analytischen Modellen und Methoden. Die allgemeinmedizinische Versorgungsforschung beinhaltet darüber hinaus auch eine potenzielle Verfolgung kritischer oder unkonventioneller Fragestellungen. Interessensneutralität ist nicht nur für die akademische Allgemeinmedizin, sondern auch für die tägliche hausärztliche Praxis ein hohes Gut, das im Ringen um einen industrieunabhängigen Evidenztransfer eine Kernvoraussetzung rationaler Pharmakotherapie ist.

Durch die zunehmende Verankerung der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten und die wachsende Anzahl allgemeinmedizinischer Lehrstuhlinhaber haben sich die Möglichkeiten dafür, eine wissenschaftliche Karriere einzuschlagen oder neben



der hausärztlichen Tätigkeit zugleich wissenschaftlich tätig zu sein, in den letzten Jahren deutlich verbessert. Dabei kann gerade die Nähe der allgemeinmedizinischen Forschung zu den untersuchten Strukturen und Prozessen hilfreich sein, Versorgung zu beschreiben und zu erklären sowie die Ursachen bzw. Wirkmechanismen zu verstehen.

VI. Perspektiven

Das Arbeitsfeld der Hausärztinnen und Hausärzte stellt ein attraktives Berufsbild dar. Gerade das breite Behandlungsspektrum, unter Berücksichtigung somatischer, psychosozialer und soziokultureller Aspekte, und die umfassende und kontinuierliche medizinische Betreuung machen den Hausarzt einerseits unverzichtbar für eine hochwertige Patientenversorgung und geben andererseits der jungen Ärztegeneration eine hervorragende berufliche Perspektive.

Bei der Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgungsstrukturen gilt es, sowohl den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten nach einer wohnortnahen, koordinierten und kooperativen Versorgung gerecht zu werden als auch die Berufszufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte zu steigern.



115. Deutscher Ärztetag

Nürnberg, 22.05. - 25.05.2012

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Zwischenbericht der AG Zukunft der Ärztekammern

- VI - 02 Konzeptionelle Weiterentwicklung des Deutschen Ärztetages
- VI - 72 Zwischenbericht der AG "Zukunft der Ärztekammern" - Prüfung einer Antragskommission für den Deutschen Ärztetag
- VI - 46 Zeitpunkt Deutscher Ärztetag
- VI - 92 Ausreichende Stromversorgung an den Arbeitsplätzen der Delegierten
- VI - 93 Kostenloser WLAN-Anschluss für die Delegierten
- VI - 118 WLAN - Verfügbarkeit auf Deutschen Ärztetagen
- VI - 121 Änderung der Geschäftsordnung
- VI - 99 Übernahme der Reise- und Übernachtungskosten der zum Deutschen Ärztetag eingeladenen studentischen Vertreter
- VI - 119 Ergänzung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage in § 15 Abs. 2d: Schluss der Rednerliste
- VI - 128 Ergebnisse der Anträge



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Konzeptionelle Weiterentwicklung des Deutschen Ärztetages

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 02) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, Änderungsvorschläge zur Weiterentwicklung des Beratungs- und Entscheidungsverfahrens des Deutschen Ärztetages zu entwickeln und die Ergebnisse dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 vorzulegen.

Die Ergebnisse der Delegiertenbefragung sollen berücksichtigt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zwischenbericht der AG "Zukunft der Ärztekammern" - Prüfung einer Antragskommission für den Deutschen Ärztetag

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Tempel, Herrn Müller, Herrn Dr. Fabian, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Mitrenga, Frau Dr. Skusa, Herrn Dr. Möhrle und Herrn Dr. Jonitz (Drucksache VI - 72) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dietrich, Herrn Dr. Ramm und Frau Dr. Lüder (Drucksache VI - 72a) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Prüfung einer Einführung einer Antragskommission

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, die Einsetzung einer Antragskommission zu prüfen. Die Kommission soll die Anträge zu den Deutschen Ärztetagen und die Beratungen über diese vorbereiten. Der Vorstand der Bundesärztekammer soll dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover einen Beschlussvorschlag zur Frage der Einführung einer Antragskommission und deren Befugnisse vorlegen. Die Möglichkeit, während des Deutschen Ärztetages zusätzliche und durch die aktuelle Diskussionslage indizierte Anträge einzureichen, soll hierdurch nicht berührt werden.

Begründung:

Derzeit befasst sich der Deutsche Ärztetag insbesondere unter dem Tagesordnungspunkt "Tätigkeitsbericht" mit zahlreichen von den Delegierten gewünschten Themen. Dabei liegen oftmals Anträge mit vergleichbarem Inhalt vor, es erfolgt nur eine eingeschränkte Koordinierung der Debatten und über viele Anträge findet keine Beschlussfassung statt, weil sie dem Vorstand zur weiteren Beratung überwiesen werden.

Eine Antragskommission könnte die vorliegenden Anträge durchsehen, - nach Absprache mit den Antragstellern - zusammenführen, Empfehlungen zum Beratungsverfahren abgeben, die Diskussionen planen und die Behandlung auf dem Deutschen Ärztetag koordinieren.

Keinesfalls soll es darum gehen, eine Stellungnahme zu den Forderungen der Anträge abzugeben. Auch sollten die Antragsteller bei der Erarbeitung von Empfehlungen zum Beratungsverfahren stets einbezogen werden.

Die Antragskommission sollte sich schließlich aus Vertretern der Landesärztekammern



und des Vorstands der Bundesärztekammer zusammensetzen; beratend kann die Geschäftsführung hinzugezogen werden. In jedem Fall sollte die Mitwirkung jeder Landesärztekammer sichergestellt sein.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zeitpunkt Deutscher Ärztetag

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Thierse (Drucksache VI - 46) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag sollte wieder in der "Himmelfahrtswoche" stattfinden.

Begründung:

Für Kliniker gibt es beim derzeitigen Termin teilweise Probleme mit der Oster-/Pfingst-Regelung.

Für Niedergelassene bedeutet es einen Tag mehr Praxisausfall (und in Gemeinschaften ebenfalls Oster-/Pfingst-Probleme).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ausreichende Stromversorgung an den Arbeitsplätzen der Delegierten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Bernhardt, Herrn Prof. Dr. Schwantes und Herrn Dipl.-Med. Schwark (Drucksache VI - 92) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 möge beschließen, dass auf künftigen Deutschen Ärztetagen ausreichende Stromversorgung für die Delegierten an ihren Arbeitsplätzen im Saal bereitgestellt wird.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kostenloser WLAN-Anschluss für die Delegierten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Bernhardt, Herrn Dipl.-Med. Schwark und Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache VI - 93) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 möge beschließen, dass bei künftigen Deutschen Ärztetagen WLAN in angemessener Übertragungsrate kostenfrei allen Delegierten während der Sitzung zur Verfügung steht.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: WLAN - Verfügbarkeit auf Deutschen Ärztetagen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Thierse (Drucksache VI - 118) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand wird beauftragt, nach Möglichkeit bei künftigen Ärztetagen ein zeitunabhängiges WLAN, evtl. auch als Intranet, zur Verfügung zu stellen.

Begründung:

Nur so ist der Übergang in ein weitgehend papierloses, ressourcensparendes Antragswesen möglich.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderung der Geschäftsordnung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Hammer (Drucksache VI - 121) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Beim nächsten Deutschen Ärztetag sollte eine Änderung der Geschäftsordnung mit der Aufnahme des Zusatzes "Ende der Rednerliste" vorbereitet werden.

Es muss die Möglichkeit "Ende der Debatte" ebenso wie "Ende der Rednerliste" geben.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Übernahme der Reise- und Übernachtungskosten der zum Deutschen Ärztetag eingeladenen studentischen Vertreter

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike, Frau Dr. Ende und Herrn Dr. Pickerodt (Drucksache VI - 99) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, die Reise- und Übernachtungskosten der eingeladenen studentischen Vertreter jetzt und in Zukunft zu übernehmen.

Begründung:

Die Erfahrungen des diesjährigen und vergangener Ärztetage belegen, dass die Meinungen und Statements der Medizinstudierenden die Ärztetage bereichern haben. Die Anwesenheit der studentischen Vertreter und der Austausch mit ihnen liegt im Interesse der Ärzteschaft. Zudem ist die Höhe dieser Kosten angesichts der Gesamtkosten eines Ärztetages nicht unangemessen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ergänzung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage in § 15 Abs. 2d:
Schluss der Rednerliste

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Peters, Herrn Dr. Matheis, Herrn Smago, Herrn Müller, Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Hübner und Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka (Drucksache VI - 119) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird gebeten, für den nächsten Ärztetag eine Änderung der Geschäftsordnung für den Antrag auf Schluss der Rednerliste vorzubereiten.

Begründung:

Nach Auffassung der Antragsteller sollte § 15 Abs. 2 GO entsprechend ergänzt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ergebnisse der Anträge

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Schütz, Frau Wagner, Herrn Dr. Hellmann und Frau Dr. Pfaffinger (Drucksache VI - 128) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, bei künftigen Ärztetagen das Antragsportal im Internet dergestalt zu erweitern, dass bei abgestimmten Anträgen auch das Abstimmungsergebnis mit vermerkt wird.

Begründung:

Auch ein abgelehnter Antrag spiegelt die Überlegungen der Delegierten wider und ist insofern von allgemeinem Interesse für die Delegierten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Prävention in der Arbeitswelt

- VI - 01 Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung
- VI - 35 Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes als Grundlage der Prävention
- VI - 39 Sicherung und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit durch Prävention
- VI - 97 Datenschutz bei betrieblicher Gesundheitsförderung
- VI - 116 Psychische Belastungen der Mitarbeiter in Institutionen des Gesundheitswesens



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 01) fasst der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Volkswirtschaft verliert jährlich rund 225 Milliarden Euro durch die Krankheit ihrer Arbeitnehmer. Die Studie "Vorteil Vorsorge - Die Rolle der betrieblichen Prävention für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland" von Booz & Company (2011) errechnet in dieser Höhe die krankheitsbedingten Kosten für Unternehmen und Volkswirtschaft und legt den Nutzen betrieblicher Gesundheitsvorsorge dar. Nach dieser Analyse zahlt sich jeder Euro, der in betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention investiert wird, für die Unternehmen und Volkswirtschaft mit 5 bis 16 Euro aus. Die Untersuchung belegt: Betriebliche Gesundheitsvorsorge hilft Unternehmen, die erwerbstätigen Menschen gesund und arbeitsfähig zu erhalten und damit Kosten zu senken sowie die Produktivität zu steigern. In einer weiteren Studie (2010) zeigt Prof. Dr. Oberender auf, dass 76 Prozent der Ausfälle, die durch chronische Erkrankungen entstehen, durch betriebliche Prävention verhindert werden können.

Eine besondere Rolle im Betrieb spielen hierbei Betriebsärzte. Diese sind aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung die Einzigen, die sowohl die medizinischen Befunde interpretieren können als auch die Arbeitsbedingungen des Betriebes kennen. Die Vorsorge geschieht mit den Mitteln der Primärprävention (Schadensverhütung), Sekundärprävention (Früherkennung) und Tertiärprävention (berufliche Wiedereingliederung). Es wird einerseits auf gesundheitsgerechte salutogenetische Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) hingewirkt, andererseits werden die Beschäftigten befähigt, die Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen (Verhaltensprävention). Eine Herausforderung für die Arbeitsmedizin stellt das zunehmende Alter der Belegschaften durch den demografischen Wandel und damit eine absehbare Zunahme chronisch Kranker in den Unternehmen dar. Bei einer länger werdenden Lebensarbeitszeit müssen ältere Beschäftigte und chronisch Kranke gezielter bei präventiven Maßnahmen berücksichtigt werden, um ihnen die längere, gesetzlich verankerte Lebensarbeitszeit zu ermöglichen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 erhebt zur Stärkung der Prävention in der Arbeitswelt folgende Forderungen:



- Das System der sozialen Sicherung, wie der staatliche Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die gesetzlichen Unfall-, Renten- und Krankenversicherungen (GKV), hat gesetzliche Aufgaben in der BGF und in der Prävention. Deren Zusammenarbeit muss optimiert werden, damit Beschäftigte ohne Verzögerung präventiv versorgt werden können.
- Ein regionales sektorenübergreifendes Konzept zur Vernetzung von BGF und Prävention durch den Betriebsarzt im Betrieb sowie weitere Diagnostik und Therapie durch niedergelassene Haus- und Fachärzte oder Kliniken muss unter Einbeziehung der Landesärztekammern und der arbeitsmedizinischen Wissenschaft erarbeitet sowie vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt werden.
- Mit Hilfe der Präventionsstrategie des BMG muss die präventive Ausrichtung des Gesundheitswesens verstärkt werden. Eine qualitätsgesicherte BGF nach den betriebsärztlichen Regeln und Erkenntnissen sollte durch die GKV nach §§ 20a, b, 65a SGB V in der Region gewährleistet werden. Betriebsärzte und Hausärzte müssen die gleichen Leistungsvergütungen durch die GKV für Vorsorgemaßnahmen wie z. B. Impfungen oder Krebsvorsorge erhalten.
- Positiv bewertet wird die Ausrichtung des "Ausschusses Arbeitsmedizin" des BMAS, weil dort die arbeitsmedizinische Vorsorge – auch mittels der Expertise der Bundesärztekammer – weiterentwickelt wird. Dieses Expertengremium wendet sich den Herausforderungen zu, die sich aus der Dynamik und Komplexität der modernen Arbeitswelt ergeben.
- Die Unternehmen werden aufgefordert, die Vorschrift "Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV Vorschrift 2) ihrer Zielsetzung entsprechend engagiert anzuwenden. Die Qualitätssicherung und die Evaluation von Präventionsmaßnahmen in Deutschland müssen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit Betriebsärzten als Moderatoren etabliert werden.
- Die Länder werden aufgefordert, die arbeitsmedizinischen Lehrstühle an den Universitäten deutlich auszubauen. Dies ist zum einen im Bereich der Lehre dringend erforderlich, damit jeder Studierende der Humanmedizin qualitätsgesichert zu den Wechselbeziehungen von Arbeit, Gesundheit und Krankheit unterrichtet wird. Zum anderen bedarf es als Grundlage für eine evidenzbasierte betriebliche Prävention und praktische Arbeitsmedizin vermehrter arbeitsmedizinischer Forschung, die sowohl den Wandel der Arbeitswelt als auch die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen berücksichtigt.
- Die Arbeitsmedizin und die betriebsärztliche Betreuung müssen zu einer zentralen Säule der Gesundheitsvorsorge in Deutschland ausgebaut werden. Betriebsärzte erreichen auch diejenigen Menschen, die aus eigener Initiative keine präventiven Maßnahmen in Anspruch nehmen. Sie haben als ärztliche Berater von Beschäftigten und Unternehmen eine Schlüsselstellung in allen Fragen von Arbeit und Gesundheit. Betriebsärztinnen und Betriebsärzte im Unternehmen haben eine wichtige Lotsenfunktion zwischen präventiver und kurativer Medizin.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes als Grundlage der Prävention

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Dipl. -Chem. Nowak, Herrn MR Dr. Groß und Herrn Dr. Wolter (Drucksache VI - 35) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Unternehmen werden aufgefordert, konsequent ihren Verpflichtungen nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) nachzukommen und die erforderlichen Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen, die die Arbeitsgrundlage für die Tätigkeit der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sind, um eine effektive Prävention im Betrieb durchführen zu können.

Begründung:

Am Anfang jedes wirksamen Gesundheitsschutzes im betrieblichen Kontext steht die Betrachtung aller Belastungen aus der Arbeit, einschließlich der psychischen Belastungen, mit dem Ziel, Fehlbeanspruchungen zu vermeiden. Aus § 5 des Arbeitsschutzgesetzes ergibt sich bereits die Verpflichtung des Arbeitgebers, die Bedingungen hinsichtlich einer mit der Arbeit verbundenen potenziellen Gefährdung der Mitarbeiter zu bewerten. Sämtliche Belastungsfaktoren sind durch eine Gefährdungsbeurteilung - unter Beteiligung ärztlicher Fachkunde - zu erfassen und zu beurteilen. In vielen Unternehmen ist dies leider nicht umgesetzt.

Ärztinnen und Ärzte vor Ort sind immer mehr gefragt, in den Betrieben und Verwaltungen zum Thema Gesundheit - der zentralen Herausforderung für die Arbeitswelt von morgen unter den demografischen Veränderungen - kompetent zu informieren, bei betrieblichen Analysen und Lösungen mitzuwirken, Risiken zu erkennen, erkrankte Mitarbeiter frühzeitig zu beraten, die medizinische Rehabilitation zu organisieren und das Thema Gesundheit und Gesunderhaltung bei Mitarbeitern und Unternehmen zu fördern.

Dynamische gesellschaftliche Entwicklungen und die moderne Arbeitswelt führen zu wesentlichen Veränderungen, stellen stabile und gewohnte soziale Beziehungen in Frage, was einerseits neue Freiheiten und Entscheidungsfreiräume eröffnet, andererseits aber auch zu neuen gesundheitlichen Belastungen führen kann.

Der Arbeitsplatz ist ein Umfeld, das einen wesentlichen Einfluss auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit hat; mit rund 40 Mio. beschäftigten Menschen handelt es sich um den größten Setting-Ansatz im Gesundheitssystem. Eine nachhaltige gesundheitliche Prävention muss den betrieblichen Bereich einschließen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sicherung und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit durch Prävention

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Dipl. -Chem. Nowak, Herrn MR Dr. Groß und Herrn Dr. Wolter (Drucksache VI - 39) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, gesundheitliche Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der ärztlichen Fachkunde auszubauen und zu stärken, um die gesamtgesellschaftliche Aufgabe "Sicherung und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit" zu bewältigen.

Begründung:

Die medizinische Betreuung im betrieblichem Umfeld ist an vielen Stellen derzeit nicht ausreichend, und es besteht die Gefahr, dass einerseits das Niveau des gesetzlich normierten Gesundheitsschutzes vor allem in kleinen und mittleren Unternehmen weiter sinkt und gleichzeitig die Chancen gesundheitlicher Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung nicht genutzt werden. Die Politik muss die geeigneten rechtlichen Grundlagen schaffen, die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Das Ziel, Erkrankungen zu vermeiden und zum Erhalt der Gesundheit beizutragen, bedarf der kontinuierlichen politischen Unterstützung wie auch der Weiterentwicklung von Erkenntnissen über Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit und entsprechenden wirksamen Strategien. Entsprechende Netzwerke und Kooperationen sind im Entstehen, benötigen aber ausreichende Ressourcen.

Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe "Sicherung und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit" kann nur durch Ausbau und Stärkung von gesundheitlicher Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung unter Einbeziehung der ärztlichen Fachkunde bewältigt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Datenschutz bei betrieblicher Gesundheitsförderung

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dietrich, Frau Bartels, Herrn Dr. Brunngraber und Frau Dr. Blessing (Drucksache VI - 97) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Delegierten des 115. Deutschen Ärztetages 2012 fordern, dass bei betrieblichen Programmen zur Gesundheitsförderung (z. B. Kreislaufcheck oder andere Präventionsprogramme) Nichtteilnehmern keine Nachteile entstehen dürfen. Erhobene Gesundheitsdaten sind unter Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht zu behandeln.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Psychische Belastungen der Mitarbeiter in Institutionen des Gesundheitswesens

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Heister, Herrn Dr. Köhne, Frau Bartels, Herrn Dietrich und Herrn Dr. Hülskamp (Drucksache VI - 116) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Groß M.A. und Herrn Werner (Drucksache VI - 116a) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ausgerechnet diejenigen Berufe, die sich um die Gesundheit der Gesellschaft kümmern, unterliegen großen psychischen Belastungen. Die zunehmende Arbeitsverdichtung durch ökonomische Vorgaben und Übertretungen der Arbeitszeitrichtlinien werden von den Trägern und Verwaltungen der Institutionen im Gesundheitswesen wissentlich in Kauf genommen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird ersucht, die Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzufordern, sich intensiv um die psychische Gesundheitsvorsorge der Mitarbeiter zu kümmern, indem Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die die Gesundheit der Mitarbeiter nicht gefährden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Ausbildung

- VI - 23 Künftige Versorgung sichern - ärztlichen Nachwuchs intensiv fördern!
- VI - 18 Keine Verdichtung der ärztlichen Grundausbildung
- VI - 14 Verkürzung der Mindestdauer einer Famulatur
- VI - 53 Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) - Famulaturen auch wieder im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ermöglichen
- VI - 55 Die arbeitsmedizinische Ausbildung für Studenten der Humanmedizin an den Universitäten muss gestärkt werden
- VI - 62 Kommunikations- und Führungskompetenz professionell im Medizinstudium vermitteln
- VI - 75 Praxisnahe Ausbildung der Studenten
- VI - 120 Auswahlverfahren an den Hochschulen
- VI - 100a Änderungsantrag zu VI - 100
- VI - 100 Positionspapier "Interprofessionalität in der Medizinischen Ausbildung" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
- VI - 102a Änderungsantrag zu VI - 102
- VI - 102 Positionspapier zur Erstellung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
- VI - 115 Umsetzung der Änderung Approbationsordnung



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Künftige Versorgung sichern - ärztlichen Nachwuchs intensiv fördern!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Frau Köhler, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache VI - 23) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesländer auf, eine ausreichende Anzahl an Medizinstudienplätzen zu schaffen, um die ambulante und stationäre Versorgung auch künftig auf dem im weltweiten Vergleich hohen Qualitätsniveau sicherstellen zu können und ihren Investitionsverpflichtungen bei den stationären Einrichtungen zur Patientenversorgung für eine Verbesserung der Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen nachzukommen.

Ergänzend sind Krankenhausträger und Ärztekammern aufgefordert, die rechtlich teilweise bedenklichen Bedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nachhaltig zu verbessern, um die junge Ärztegeneration in der kurativen Medizin in Deutschland zu halten. Dazu gehören die Einhaltung arbeitsrechtlicher Bestimmungen, flexible Arbeitszeitmodelle, moderne Lehrkonzepte, bundeseinheitliche Weiterbildungsregelungen und eine stärkere Verankerung der Weiterbildung im Berufsrecht.

Begründung:

Die Zahl der Studienabsolventen reicht langfristigen Erhebungen und Prognosen zufolge nicht aus, den aufgrund der Altersentwicklung zu erwartenden Rückgang kurativ tätiger Ärztinnen und Ärzte auszugleichen. Die Absolutzahl der Absolventen ist dabei irreführend, da sie der Entwicklung in der Geschlechterstruktur, den Erwartungen der jungen Ärztegeneration an die Work-Life-Balance und dem medizinischen Fortschritt, der Subspezialisierungen forciert, in keiner Weise Rechnung trägt.

Eine erfolgreiche Nachwuchsförderung muss sich auf eine spürbare Verbesserung des Studiums (Praxisorientierung) sowie auf spätere Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen konzentrieren. Während sich weniger als drei Viertel der Erstsemester später auch bei einer deutschen Ärztekammer melden (18 Prozent beenden ihr Studium nicht, weitere zehn Prozent werden nach dem erfolgreichen Studienabschluss nicht kurativ tätig; Quelle: KBV-Arztzahlstudie 2010), sind viele junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mit den Arbeitsbedingungen sehr unzufrieden. Die wichtigsten Gründe für den Ausstieg aus der



kurativen Versorgung sind die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf, schlechte Arbeitsbedingungen, unattraktive Arbeitszeiten (häufiger Bereitschaftsdienst) und eine als dafür zu gering empfundene Bezahlung (Quelle: Ramböll-Gutachten 2004). Da diese Punkte sowohl Ursache als auch Symptome des zunehmenden Ärztemangels sind, muss hier schnellstmöglich und nachhaltig gegengesteuert werden, um die daraus resultierende Abwärtsspirale zu stoppen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Verdichtung der ärztlichen Grundausbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 18) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 lehnt eine weitere Verdichtung des Medizinstudiums durch eine Verkürzung der Studiendauer ab.

Der Richtlinienvorschlag der Kommission zur Revision der Richtlinie 2005/36/EG sieht vor, die Mindestdauer des Medizinstudiums von sechs auf fünf Jahre bei gleichbleibender Mindeststundenzahl (5.500 Stunden) zu verkürzen. Eine weitere Verdichtung des Medizinstudiums ist aus Sicht des 115. Deutschen Ärztetages weder umsetzbar noch wünschenswert. Der wöchentliche Lernaufwand für die Studierenden würde deutlich steigen und wäre nicht mehr zu bewältigen. Die Ausbildungsqualität würde sich zwangsläufig verschlechtern, ebenso wie die Flexibilität der Studierenden, z. B. bei der Famulaturplanung.

Das Gleiche gilt für Forderungen nach neu in das Curriculum aufzunehmenden Fächern. Das Curriculum sollte selbstverständlich den Entwicklungen der Wissenschaft und der Versorgungslandschaft angepasst werden, allerdings muss dann im gleichen Schritt auch überlegt werden, welche Fächer oder Teilaspekte der ärztlichen Grundausbildung nicht mehr benötigt werden. Um die hohe Qualität der Ausbildung zu erhalten, muss einer Verdichtung des Studiums entgegengewirkt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verkürzung der Mindestdauer einer Famulatur

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Botzlar und Herrn Dr. Reuther (Drucksache VI - 14) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den zuständigen Normgeber auf, die Mindestdauer eines Famulaturabschnittes bei unveränderter Gesamtdauer von 120 Tagen von 30 auf 15 Tage zu verkürzen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) - Famulaturen auch wieder im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ermöglichen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. habil. Bach (Drucksache VI - 53) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, initiativ tätig zu werden und § 7 Abs. 2 ÄAppO dahingehend zu ergänzen, dass Famulaturen zukünftig auch wieder im ÖGD abgeleistet werden können (vgl. § 7 Abs. 2 ÄAppO in der bis zum 30.09.2003 geltenden Fassung).

Begründung:

Als dritte Säule im Gesundheitswesen spielt der ÖGD eine wichtige Rolle, die durch eine solche Maßnahme unterstrichen und attraktiver gestaltet werden kann. Zudem wird auch ein Gesundheitsamt in der Regel ärztlich geleitet. Es bestehen ausreichend Patientenkontakte sowohl in der medizinischen Vorsorge als auch bei der Umsetzung der Sekundär- und Tertiärprävention.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Die arbeitsmedizinische Ausbildung für Studenten der Humanmedizin an den Universitäten muss gestärkt werden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn MR Dr. Groß, Herrn Dr. Dipl. -Chem. Nowak und Herrn Dr. Wolter (Drucksache VI - 55) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die arbeitsmedizinische Ausbildung für Studenten der Humanmedizin an den Universitäten muss gestärkt werden.

Begründung:

- Unter anderem Sparzwänge an Universitäten führen immer wieder dazu, dass Lehrstühle für Arbeitsmedizin nicht bzw. nicht wieder besetzt werden.
- Von 36 medizinischen Fakultäten in Deutschland sind zurzeit 14 nicht bzw. nicht mehr mit arbeitsmedizinischen Universitätsinstituten besetzt. Zudem droht derzeit die Schließung mehrerer arbeitsmedizinischer Universitätsinstitute nach altersbedingtem Ausscheiden des/der aktuellen Amtsinhabers/Amtsinhaberin.
- Folglich erhalten viele Medizinstudenten keine qualitätsgesicherte Ausbildung zu den Wechselbeziehungen von Arbeit, Gesundheit und Krankheit. Eine präventivmedizinische Ausbildung jedes/jeder Arztes/Ärztin ist jedoch unerlässlich.
- Erfahrungen in der betriebsärztlichen Praxis zeigen, dass im kurativen Bereich entsprechende Überlegungen zu Ansätzen der betrieblichen Primär- (Schadensverhütung), Sekundär-(Früherkennung) und Tertiärprävention (berufliche Wiedereingliederung) häufig nicht ausreichend in die ärztliche Betreuung der Bevölkerung einfließen.
- Eine Stärkung der universitären Arbeitsmedizin ist daher für das Gesundheitssystem in Deutschland dringend erforderlich.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kommunikations- und Führungskompetenz professionell im Medizinstudium vermitteln

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache VI - 62) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Verantwortlichen auf, in der ärztlichen Ausbildung deutlich mehr Raum zum Erlernen von Kommunikations- und Führungskompetenz einzuplanen.

Neben dem medizinischen Wissen erfordert der Arztberuf eine hohe Kommunikations- und Führungskompetenz. Diese Kompetenzen sind professionell erlernbar und sollten bereits Inhalt im Studium sein.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Praxisnahe Ausbildung der Studenten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Kobes (Drucksache VI - 75) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Landesregierungen, insbesondere die Wissenschaftsministerien der Länder auf, sich zur Versorgung der Länder mit Ärzten der Basisversorgung zu bekennen und entsprechende konzertierte Maßnahmen zu ergreifen.

Begründung:

Das Studium der Medizin wird immer mehr geprägt von Spezialwissen und damit verbundener Orientierung der Studenten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Auswahlverfahren an den Hochschulen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Brock, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Frau Dr. Groß M.A., Frau Dr. Aden, Frau Haus, Herrn PD Dr. Heep, Herrn Dr. Spanholtz und Frau Dr. Rothe-Kirchberger (Drucksache VI - 120) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Landesregierungen dazu auf, mit ihren Mitteln besonders die Universitäten zu fördern, die Bewerbungsgespräche zur Auswahl von Medizinstudienbewerbern durchführen.

Begründung:

Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 forderte, mit der EntschlieÙung VI - 11 und VI - 11a, die medizinischen Fakultäten dazu auf, vermehrt Auswahlverfahren an den Hochschulen vorzunehmen.

Seit Kiel hat sich jedoch erkennbar nur wenig an den Vergabekriterien geändert. Ein sehr hoher Anteil der Medizinstudenten wird weiterhin über den Numerus clausus ausgewählt.

Im Wintersemester 2011/12 konnten an einigen deutschen Universitäten nicht einmal alle Abiturienten mit einer Durchschnittsnote von 1,0 einen Studienplatz bekommen. Dies führt zu einer Selektion bestimmter Persönlichkeiten von Medizinstudenten.

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 es 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 für die medizinischen Fakultäten mögliche Spielraum zur Auswahl von Studierenden sollte auch auf derartige Zugangskriterien abstellen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderungsantrag zu VI - 100

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 100a) zum Entschließungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 100) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Antrag auf Änderung des ersten Absatzes in den folgenden Text:

"Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt das Engagement der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) in ihrem Positionspapier "Interprofessionalität in der Medizinischen Ausbildung", beschlossen am 18.06.2011 in Tübingen, und beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen, inwieweit sich die Bundesärztekammer diese Position zu eigen machen kann."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Positionspapier "Interprofessionalität in der Medizinischen Ausbildung" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 100) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstützt das grundsätzliche Anliegen im nachfolgend zitierten Positionspapier der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) "Interprofessionalität in der Medizinischen Ausbildung", beschlossen am 18.06.2011 in Tübingen:

"Einleitung:

Das Gesundheitssystem ist einem stetigen Wandel unterlegen. Neue Anforderungen, auch bedingt durch den demografischen Wandel, führen zur Erweiterung von Aufgabengebieten bestehender Berufe im Gesundheitssystem und zur Etablierung neuer Berufsfelder. Damit einher geht die Neu- und Umverteilung von Kompetenzen. Diese muss patientenzentriert geschehen, und die Patientensicherheit muss zu jedem Zeitpunkt gewährleistet sein. Diesem Thema hat sich die bvmd schon 2007 gewidmet und das Positionspapier "Kooperation und Kompetenz" verabschiedet.

Auf Grund der aktuellen Entwicklungen soll mit diesem Positionspapier zu einzelnen Sachverhalten genauer Stellung bezogen werden.

Haupttext:

Interprofessionalität in der medizinischen Ausbildung

Die bvmd sieht großen Verbesserungsbedarf in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Um diese Zusammenarbeit zu verbessern und bestehende Vorurteile so früh wie möglich abzubauen, soll Interprofessionalität schon in der Ausbildung verwirklicht werden. Dazu kann das Konzept des Cooperative Learning verwendet werden, welches sich dadurch auszeichnet, das Lernen im Team zu fördern.

Denkbare gemeinsame Lehrveranstaltungen für Mediziner und Auszubildende bzw. Studierende anderer Gesundheitsfachberufe wären beispielsweise:

1. Das Erlernen grundlegender praktischer Fähigkeiten in der Notfallmedizin
2. Fallbeispiele, an Hand derer das Überbringen schlechter Nachrichten oder der



Umgang mit Fehlern trainiert wird

3. Erlernen grundlegender praktischer Fertigkeiten, die für Pflegepersonal und Ärzte gleichermaßen wichtig sind (z. B. Verbands- und Gipskurse)

Das Lehrpersonal sollte dabei aus unterschiedlichen Berufsgruppen stammen. Bei der Etablierung interprofessioneller Lehrveranstaltungen sollte darauf geachtet werden, dass sie curricular verankert und dem Kenntnisstand der Teilnehmer angepasst sind. Da Prüfungen das Lernverhalten steuern, ist es wichtig, dass die in den interprofessionellen Lehrveranstaltungen vermittelten Kompetenzen prüfungsrelevant sind.

Die interdisziplinären Veranstaltungen sollen im Laufe des Studiums an Komplexität zunehmen. Neben praktischen Fähigkeiten und theoretischem Wissen muss auch die Kommunikationskompetenz gestärkt und den Studenten eine positive Grundhaltung zur Interprofessionalität vermittelt werden."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderungsantrag zu VI - 102

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 102a) zum Entschließungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 102) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Antrag auf Änderung des ersten Absatzes in den folgenden Text:

"Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt das Engagement der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) in ihrem Positionspapier "Erstellung des nationalen Lernzielkatalogs Medizin", beschlossen am 29.10.2011 in Dresden, und beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen, inwieweit sich die Bundesärztekammer diese Position zu eigen machen kann."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Positionspapier zur Erstellung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 102) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstützt das grundsätzliche Anliegen im nachfolgend zitierten Positionspapier der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) zur "Erstellung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin", beschlossen am 29.10.2011 in Dresden:

"Zusammenfassung:

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) spricht sich für die Erstellung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) aus. Dieser verspricht viele Vorteile für die Gestaltung des Curriculums, darf jedoch nicht zu einer Überfrachtung des Medizinstudiums führen.

Einleitung:

Seit dem Frühjahr 2009 wird von der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) und dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) im Auftrag der Kultusministerkonferenz (KMK) an der Erstellung eines nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs für das Medizinstudium gearbeitet. Dabei wurden u. a. die Studierenden frühzeitig mit einbezogen. Da dieser Lernzielkatalog gerade auf uns als Studierende große zu erwartende Auswirkungen haben wird, möchten wir im Folgenden unsere Sicht auf den Katalog sowie auf den Erstellungsprozess darstellen.

Haupttext:

Wir, die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), begrüßen die derzeitige Erstellung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) und verfolgen diesen Prozess mit großem Interesse. Durch die Entwicklung eines Lernzielkataloges auf nationaler Ebene wird erstmals definiert werden, welche Kompetenzen eine Absolventin/ein Absolvent des Medizinstudiums in Deutschland erlangt haben soll. Damit wird Deutschland der internationalen Entwicklung folgen, die z. B. in der Schweiz, den Niederlanden, Schottland und vielen weiteren Ländern bereits vor Jahren begonnen wurde.



Innerhalb dieses Prozesses betrachten wir die stattgefundene, frühzeitige Einbeziehung der Studierenden und anderen Entscheidungsträger der medizinischen Ausbildung als entscheidend. Nur dadurch kann der NKLM die größtmögliche und unbedingt notwendige Akzeptanz erlangen, sodass die zu erwartenden Vorteile des Lernzielkatalogs auch umgesetzt und für Studierende und Fakultäten nutzbar gemacht werden können.

Die sieben Rollen der Ärztin/des Arztes, auf denen der NKLM fußt, stammen ursprünglich aus dem "CanMEDS Physician Competency Framework", welcher in Kanada erarbeitet wurde. Von Studierendenseite wurden bereits 2006 von der "International Federation of Medical Students' Associations" (IFMSA) und der bvmD grundlegende ärztliche Kompetenzen definiert und als "Kerncurriculum für die medizinische Ausbildung in Deutschland" verabschiedet. Die dort definierten Kompetenzen weisen große Überschneidungen mit den CanMEDS auf. Die Fokussierung von Kompetenzen sehen wir als optimale Grundlage zur Erstellung des NKLM an, auch um die medizinische Ausbildung in Deutschland ständig weiterzuentwickeln und neuen wissenschaftlichen sowie klinisch-praktischen Erfordernissen anzupassen. Dadurch stellt der NKLM eine sinnvolle Ergänzung zum Gegenstandskatalog 2 (GK2) des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) dar, der jedoch auf Grund seiner Ausrichtung auf theoretisches Faktenwissen viele weitere Kompetenzen eines Arztes nicht abbilden kann. So können im NKLM auch soziale, kommunikative und praktische Fertigkeiten berücksichtigt werden, deren große Bedeutung neben unabdingbarem medizinischem Faktenwissen immer stärker anerkannt wird, um Studentinnen und Studenten optimal auf ihre ärztliche Tätigkeit vorzubereiten.

Allerdings weisen wir darauf hin, dass es sich bei den CanMEDs um einen Lernzielkatalog handelt, der für ausgebildete Fachärzte in Kanada entwickelt wurde. Die bvmD betont, dass der NKLM als ein Lernzielkatalog für Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums in Deutschland erstellt werden soll. Daher muss bei der inhaltlichen Übersetzung der Arztrollen unbedingt darauf geachtet werden, dass die kompetenzbasierten Lernziele auf die deutschen Gegebenheiten angewandt und auf das Absolventenniveau projiziert werden.

In der aktuellen ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) werden wichtige Themengebiete der medizinischen Ausbildung derzeit nicht berücksichtigt. Daher begrüßen wir die Diskussion von bisher vernachlässigten kommunikativen, wissenschaftlichen und sozialen Kompetenzen im Rahmen des Erstellungsprozesses des NKLM. Viele dieser Kompetenzen werden zwar bereits implizit während des Studiums erlernt, für die adäquate Vermittlung muss jedoch mit einer zeitlichen Mehrbelastung der Lehrenden und Studierenden gerechnet werden. Sollten die bisherigen zeitlichen Belastungen, die durch die Approbationsordnung definiert werden, im Status quo bestehen bleiben, wird dies zwangsläufig zu einer quantitativen Überladung des sechsjährigen Medizinstudiums führen. Dies würde in den Augen der bvmD zu nicht realisierbaren Ansprüchen gegenüber den Fakultäten und Studierenden führen. Eine



derartige Ausweitung muss - auch durch geeignete Reduktion bestehender Lehrinhalte - unbedingt verhindert werden, damit der NKLM ein deutschlandweit akzeptiertes und angewandtes Werkzeug in den Händen der Fakultäten werden kann."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Umsetzung der Änderung Approbationsordnung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Crusius, Herrn Dr. Clever, Frau Dr.med. Lundershausen, Herrn Dr. Jonitz, Frau Dr. Gitter und Herrn Dr. Gibb (Drucksache VI - 115) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 appelliert an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte, welche die Forderungen der Medizinstudierenden und der Ärzteschaft nach Abschaffung des sogenannten Hammerexamens und Gewährleistung von mehr Mobilität und Wahlmöglichkeiten im Praktischen Jahr (PJ) aufgreift, nach der Zustimmung durch den Bundesrat zügig in Kraft zu setzen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Weiterbildung/Fortbildung

- VI - 68 Berufsbezeichnung
- VI - 70 Gendermedizinische Aspekte im Medizinstudium und der ärztlichen Fort- und Weiterbildung
- VI - 94 Geriatrische und gerontopsychiatrische Modulfortbildung
- VI - 50 Harmonisierung zwischen den berufsrechtlichen und den vertragsärztlichen Vorgaben zu Qualifikationsanforderungen für Ärzte



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Berufsbezeichnung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Spanholtz, Herrn Zimmer, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Dr. Hülskamp, Frau Dr. Groß M.A. und Frau Haus (Drucksache VI - 68) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 lehnt irreführende und/oder nicht geschützte Berufsbezeichnungen wie "Schönheitschirurg", "Brustchirurg", "Nasenchirurg" o. ä. ab. Der korrekte Facharzttitel bzw. die Zusatzbezeichnung muss sich an der Weiterbildungsordnung orientieren.

Begründung:

Es kommt wiederholt vor, dass von nicht ausreichend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten und nichtärztlichen medizinischen Berufen (z. B. Heilpraktiker) Begriffe wie z. B. "Nasenchirurg", "Brustchirurg" und "Schönheitschirurg" verwendet und eigene Leistungen hiermit beworben werden. Dies suggeriert den Patienten eine eventuell nicht vorhandene Qualifikation des Anbieters, für die gar keine entsprechende Facharztweiterbildung im Berufsrecht besteht. Der 115. Deutsche Ärztetag lehnt solche irreführenden und nicht definierten Bezeichnungen ab, um Missbrauch zu vermeiden und dem Patienten Klarheit über die bestehenden Qualifikationen der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes zu verschaffen. Es muss daher die korrekte Zusatzbezeichnung bzw. der korrekte Facharzttitel, z. B. "Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie", geführt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gendermedizinische Aspekte im Medizinstudium und der ärztlichen Fort- und Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Frau Bischoff und Frau Dr. Wulff (Drucksache VI - 70) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Geschlechts- und lebensphasenspezifische medizinische Aspekte sind in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung zu berücksichtigen.

Es existieren zunehmend Studien zu geschlechts- und lebensphasenabhängigen Unterschieden in Diagnostik und Therapie diverser Erkrankungen. Diese finden sich bisher nur unzureichend in der Aus-, Weiter- und Fortbildung wieder.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Geriatrische und gerontopsychiatrische Modulfortbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Albrecht, Herrn Dr. Werner, Herrn Dr. Jonitz und Herrn Dr. Pickerodt (Drucksache VI - 94) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, sich für eine bedarfsorientierte, praxisnahe geriatrische und gerontopsychiatrische Modulfortbildung einzusetzen. Zielgruppe dieser Qualifikation sind Ärzte verschiedener Fachgruppen, die pflegebedürftige, multimorbide Patienten betreuen, insbesondere solche, die in Pflegeheimen arbeiten bzw. Pflegeheimpatienten betreuen.

Begründung:

In einer immer älter werdenden Gesellschaft müssen Ärzte immer häufiger multimorbide Patienten betreuen. Geriatrische Patienten stellen oft aufgrund atypischer oder multikausal bedingter Symptome und Syndrome sowie mehrdimensionaler Behandlungsansätze diagnostische und therapeutische Herausforderungen dar. Oft werden diese zusätzlich von vielen sozialen und ethischen Fragen an die behandelnden Ärzte begleitet. Die Betreuung dieser Patienten ist in der Regel eine komplexe Langzeitversorgung, deren Ziel nicht nur am kurativen Erfolg, sondern vor allem am Erhalt der Selbstständigkeit und der Lebensqualität gemessen werden muss. Es ist bekannt, dass Patienten im höheren Alter, bedingt durch ihre Multimorbidität, auch eine Polypharmazie erhalten. Nach neueren statistischen Erhebungen werden knapp 30 Prozent der älteren Patienten mit potenziell inadäquaten Medikamenten oder deren Kombinationen behandelt. Die daraus resultierende hohe Zahl an unerwünschten Nebenwirkungen und Interaktionen bedingt vermehrte stationäre Einweisungen und Behandlungen.

Wir haben in Deutschland ein Netz von gut ausgebildeten, vorwiegend klinisch tätigen Geriatern, das die stationäre Versorgung der älteren Patienten absichert. An der Schnittstelle zwischen der stationären und der ambulanten Betreuung, einschließlich der rehabilitativen Behandlungsmöglichkeiten, gibt es sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zu wenig ausgebildete Ärzte (s. auch 6. Altenbericht der Bundesregierung 2011). Auch die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übernommene Forderung des letzten Deutschen Ärztetages, die heimärztliche



Versorgung zu fördern, sowie der § 114a des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) erfordert mehr geriatrisch besser ausgebildete Ärzte.

Eine praxisnahe, bedarfsorientierte Fortbildung in Modulform für Ärzte, die schwerpunktmäßig pflegebedürftige multimorbide Patienten hausärztlich betreuen, könnte diese Situation verbessern. Als finanzieller Anreiz ist eine Vergütung der ausgebildeten Ärzte ähnlich der psychosomatischen Grundversorgung vorstellbar. Günstig wären bundesweit einheitliche modulhaft strukturierte Ausbildungsformen, die auch die Möglichkeit zur Evaluation einschließen.

Eine qualifizierte medizinische Betreuung, die auch rehabilitative Ansätze berücksichtigen sollte, würde nicht nur finanzielle Vorteile durch einen zu erwartenden Rückgang an Krankenhauseinweisungen und Arzneimittelkosten bringen, sondern auch die Lebensqualität und Selbstständigkeit der älteren Patienten besser und länger erhalten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Harmonisierung zwischen den berufsrechtlichen und den vertragsärztlichen Vorgaben zu Qualifikationsanforderungen für Ärzte

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Krombholz (Drucksache VI - 50) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 bittet das Präsidium der Bundesärztekammer ebenso wie den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), sich verstärkt für eine Harmonisierung der berufsrechtlichen und der vertragsarztrechtlichen Vorgaben für Qualifikationsanforderungen einzusetzen.

Begründung:

In einigen Fachgebieten können Ärzte, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen aufgrund einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V beantragen, den Nachweis der fachlichen Befähigung mit den bereits in der Weiterbildung erbrachten Leistungen nicht (vollständig) erbringen. Beispielsweise muss ein Facharzt für Allgemeinmedizin nach den Vorgaben der (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung, an denen sich die Bayerische Landesärztekammer und – soweit ersichtlich – auch die weiteren Landesärztekammern orientiert haben, im Rahmen seiner Facharztweiterbildung mindestens 500 Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane nachweisen. Dagegen fordert die Ultraschallvereinbarung (USV) für die Erteilung der Genehmigung nach § 4 USV in den Anwendungsbereichen AB 7.1 (Abdomen und Retroperitoneum, Jugendliche, Erwachsene, B-Modus, transkutan) und AB 8.1 (Urogenitalorgane, B-Modus, transkutan) 400 bzw. 200 nachzuweisende Sonografien (also insgesamt 600 Untersuchungen und damit schon 100 mehr als in der Weiterbildung). Diese Diskrepanz ist kein Einzelfall. Auch in anderen Fachgebieten existieren Diskrepanzen zwischen den in der Weiterbildung zu erbringenden Leistungen und den für die Erteilung einer Genehmigung aufgrund einer Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V notwendigen Leistungen. Die Ursachen für diese Unterschiede sind laut KBV verschieden. Sie finden sich etwa in

- Abweichungen zwischen den Anforderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer und denjenigen der Weiterbildungsordnungen der Länder,
- allgemein formulierten Anforderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung und der



- Weiterbildungsordnungen der Länder (siehe obiges Beispiel),
- unterschiedlichen Anforderungen zwischen alter und neuer (Muster-)Weiterbildungsordnung, aber auch unterschiedlichen Richtzahlen für verschiedene Facharztgruppen.

Diskrepanzen zwischen den berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Vorgaben sollten nur dann hingenommen werden, wenn sie zwingend sachlich geboten sind. Sie stoßen zunehmend auf Unverständnis bei den betroffenen Ärzten und verursachen Verärgerung. Vor diesem Hintergrund besteht dringender Harmonisierungsbedarf. Eine Harmonisierung könnte nicht nur einen wesentlichen Beitrag zum Bürokratieabbau leisten, sondern auch die Akzeptanz der ärztlichen Körperschaften bei ihren Mitgliedern stärken.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Krankenhaus und Krankenhausfinanzierung

- VI - 57 Stationäre Versorgung - Sicherung einer soliden Basisfinanzierung im DRG-System zur Vermeidung der "Flucht in die Menge"
- VI - 74 Unzureichende Finanzierung der Krankenhäuser beenden
- VI - 19 Krankenhausfinanzierung dringend bundeseinheitlich anpassen
- VI - 11 Vollständiger Orientierungswert
- VI - 76 Anforderungen an den ärztlichen Arbeitsplatz im Krankenhaus
- VI - 22 Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte an Kliniken verbessern!
- VI - 24 Blue Card - Lohndumping an Krankenhäusern verhindern!
- VI - 126 Adäquate Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter an den Liquiditätserlösen
- VI - 17 Fusionen kontrollieren, Trägerpluralität bewahren
- VI - 131 Betriebsärztinnen und Betriebsärzte adäquat bezahlen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Stationäre Versorgung - Sicherung einer soliden Basisfinanzierung im DRG-System zur Vermeidung der "Flucht in die Menge"

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Huschke (Drucksache VI - 57) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesregierung auf, eine solide Basisfinanzierung der deutschen Krankenhäuser zu sichern; das derzeitige gedeckelte DRG-System mit seinen ungerechtfertigten Abschlägen führt zwangsläufig zu einer Flucht in die Menge, die weder ökonomisch noch ethisch zu vertreten ist.

Begründung:

Wissenschaftlicher Fortschritt und seine Umsetzung für den Patienten führen zu immer besseren Möglichkeiten der Behandlung. Innovation bedeutet aber auch oft Mehraufwand und Mehrkosten, die im gedeckelten System für alle anderen Leistungen zu Abschlägen führen. Krankenhäuser der Basisversorgung kommen daher zwangsläufig in eine Situation, in der sie nur durch jährlich neu zu erschließende Behandlungsfelder überleben können.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Unzureichende Finanzierung der Krankenhäuser beenden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Dehnst, Herrn Dr. Gehle und Herrn Dr. Kaiser (Drucksache VI - 74) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren weiter verschlechtert.

Bedingt durch die ökonomischen Zwänge der politischen Rahmenbedingungen, haben mehr als 50 Prozent der Kliniken 2011 ein negatives Betriebsergebnis erwirtschaftet. Besonders betroffen sind auf Grund der Bewertungen im DRG-System vor allem Kliniken mit weniger als 250 Betten, die besonders im ländlichen Raum für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar sind.

Diese Situation zwingt die Kliniken zu einem ruinösen Wettbewerb zu Lasten ihrer Mitarbeiter.

So finden unverändert eklatante Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz statt. Kontinuierliche Überlastung der Klinikmitarbeiter begünstigen Behandlungsfehler. Zum Schutze der Patienten und Mitarbeiter muss die Arbeitsverdichtung in den Kliniken umgehend reduziert werden.

Dazu müssen die Krankenhäuser endlich ausreichend finanziert werden. Defizite der Kliniken, die durch ein nicht für alle Kliniken sachgerechtes Vergütungssystem, mangelnde Investitionsförderung durch die Länder, demografische Entwicklung, Tarifsteigerungen, Inflation und Fortschritte in der Medizin bedingt sind, dürfen nicht zu Lasten der Kliniken und damit auf dem Rücken der Mitarbeiter ausgetragen werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Krankenhausfinanzierung dringend bundeseinheitlich anpassen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Machnik, Herrn Dr. Herrmann, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 19) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Landesbasisfallwert (LBFW), also die Berechnungsgrundlage für Krankenhausleistungen, die von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ist, muss umgehend bundesweit vereinheitlicht und "von unten nach oben" auf das gegenwärtig höchste Niveau angehoben werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vollständiger Orientierungswert

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 11) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert die vollständige Refinanzierung von Tariferhöhungen und die bindende Einführung des durch das Statistische Bundesamt ermittelten vollständigen Orientierungswertes ab 2013. Er fordert die Bundesregierung auf, an den ursprünglich mit dem Orientierungswert verfolgten Zielen festzuhalten und diesen so zu gestalten, dass im Ergebnis eine verlässliche und ausreichende Finanzierung der steigenden Personal- und Sachkosten im Krankenhaus möglich ist.

Soweit der Orientierungswert nur eine andere Begrifflichkeit und Methodik für das gleiche unzureichende Ergebnis darstellen soll, wird dies abgelehnt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Anforderungen an den ärztlichen Arbeitsplatz im Krankenhaus

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Jonitz, Herrn Dr. Wyrwich MBA, Herrn Dr. Bobbert, Herrn Dr. Albrecht, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Dehnst, Herrn Dr. Thierse und Herrn Dr. Fabian (Drucksache VI - 76) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Um eine hochwertige ärztliche Behandlung und eine humane Betreuung kranker Menschen im Krankenhaus zu gewährleisten und Arbeitsplätze für Ärztinnen und Ärzte attraktiv zu gestalten, müssen nach Auffassung der Bundesärztekammer folgende Voraussetzungen gewährleistet sein:

1. Präambel

Krankenhäuser existieren, um kranken Menschen mit den Mitteln des Krankenhauses zu helfen. Sie sind Teil der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus hat einen zutiefst sozialen und humanen Auftrag. Krankenhäuser sind nicht primär dazu da, ökonomische oder Mitarbeiterinteressen zu befriedigen. Gleichzeitig befinden sich Krankenhäuser aber in einem wirtschaftlichen Umfeld und können ökonomische Interessen nicht ausblenden.

Daher ist es wichtig, dass die Gewährleistung einer umfassenden hohen Qualität der Patientenversorgung sowie die Bedeutung der Mitarbeitergesundheit hierfür verbindlich in die Statuten, Leitbilder bzw. Geschäftsordnungen des Unternehmens aufzunehmen sind. Interessen der Patientenversorgung haben Vorrang vor ökonomischen Interessen.

2. Arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen

Eine hochwertige Behandlung und eine humane Betreuung können nur erfolgen, wenn Arbeitsbedingungen und Arbeitsplätze im Krankenhaus hochwertig und human ausgestaltet sind.

2.1. Krankenhäuser bieten ihren Ärzten Arbeitsverträge nach Tarifvereinbarungen des Marburger Bundes an, denen sie durch Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verpflichtet sind oder die sie direkt mit dem Marburger Bund geschlossen haben. Befristungen dürfen sich lediglich nach dem Weiterbildungsbefristungsgesetz für Ärzte richten. Im Bereich des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes soll die Mindestbefristungsdauer zwei Jahre betragen.

2.2. Das Arbeitszeitgesetz ist einzuhalten. Bei Arbeitszeitverstößen sind unverzüglich Maßnahmen durch den Arbeitgeber zu ergreifen. Das entsprechende Urteil des



Europäischen Gerichtshofs ist umzusetzen.

2.3. Die Arbeitszeit von Ärzten wird durch Zeiterfassungsgeräte (ohne Kappung) wahrheitsgemäß exakt erfasst. Da die ärztliche Tätigkeit sui generis eine exakte Einhaltung von Dienstplänen aus Gründen des Patientenwohls nicht immer möglich macht, stellt ein ärztlicher Arbeitszeitbeauftragter die Einhaltung der Arbeitszeitgrenzen sicher.

2.4. Außertarifliche Verträge sind zu vermeiden. Die jeweils gültige tarifliche Gehaltshöhe ist die garantierte Mindestsumme, von der im Ausnahmefall übertariflich abgewichen werden kann.

3. Mitarbeiterorientierung

3.1. Das Unternehmen garantiert eine ausreichende Zahl qualifizierter Mitarbeiter für die Arbeit am Patienten. Die Zahl der zu betreuenden Patienten pro Arzt auf einer Station muss sich zum einen nach dem Qualifikationsgrad des Arztes richten, zum anderen nach den Forderungen, wie sie unter 4. bei Patientenorientierung beschrieben sind. Die derzeitige Anzahl von Fällen pro Arzt mag zwar ein ökonomischer Benchmark sein, er dient aber nicht der Patientenzufriedenheit und ist zum anderen einer der Hauptgründe der Arbeitsunzufriedenheit von Ärzten. Auf chirurgischen Stationen ist trotz laufenden OP-Programms ein Arzt pro Station vorzusehen. Jede Station, auch interdisziplinäre Stationen mit reinen „Belegbetten“, soll über eigene Stationsärzte verfügen.

3.2. Die Weiterbildung der Mitarbeiter wird systematisch nach den Weiterbildungscurricula der Ärztekammern und während der Arbeitszeiten gemeinsam mit den Mitarbeitern organisiert und durchgeführt. Sie muss auch in Teilzeit möglich sein. Eine gute Weiterbildung für alle ist ein wesentliches Qualitätskriterium für das Krankenhaus. Die Ergebnisse werden regelmäßig im Rahmen der Umfrage zur Weiterbildung der Landesärztekammern evaluiert.

3.3. Ärzte, die zur Weiterbildung befugt bzw. im Rahmen der Delegation verantwortlich sind, erhalten hierfür ausreichenden zeitlichen Spielraum.

3.4. Der Lehre an den Universitätskliniken und in akademischen Lehrkrankenhäusern muss wieder ein höherer Stellenwert eingeräumt werden, indem sie mit ausreichenden finanziellen und personellen Ressourcen ausgestattet wird.

3.5. Die tarifvertraglich zugesicherte Fortbildungszeit ist vom Mitarbeiter frei zu gestalten. Wenn sie den Abteilungszielen entspricht, ist sie vom Arbeitgeber vollumfänglich zu finanzieren.

3.6. Für zusätzliche Fortbildungen, die in Mitarbeitergesprächen zur Weiterqualifizierung des Mitarbeiters und der Weiterentwicklung der Abteilung besprochen wurden, sind die



zeitlichen und finanziellen Ressourcen vom Arbeitgeber bereitzustellen.

3.7. Jede Abteilung erhält ein ausreichendes Finanzbudget zur Realisierung ihrer ärztlichen Fortbildungsaktivitäten.

3.8. Der Führungsstil im Unternehmen soll kollegial, partizipativ und nachvollziehbar sein und Bedürfnisse der Mitarbeiter angemessen berücksichtigen.

3.9. Organisatorische und funktionale Hierarchien dürfen nicht als Machtinstrument missbraucht werden.

3.10. Mitarbeitergespräche werden strukturiert und mindestens jährlich geführt und dokumentiert. Dabei ist auf die Entwicklungsmöglichkeiten und Wünsche des Mitarbeiters adäquat einzugehen.

3.11. Ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Wünschen und Beschwerden ist vorhanden.

3.12. Es werden regelmäßig Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit und der Sicherheitskultur durchgeführt. Die Ergebnisse werden abteilungsintern diskutiert, analysiert und Verbesserungen in der Folge umgesetzt. Eine benachteiligende Rückverfolgbarkeit auf einzelne Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Die Personalvertretung (Betriebsrat, Personalrat etc.) ist entsprechend zu beteiligen.

3.13. Für häufige oder besonders relevante Krankheitsbilder der Abteilung werden die offiziellen Leitlinien und "Standard Operating Procedures" der Fachgesellschaften bzw. der Bundesärztekammer mit den Beteiligten berufsgruppen- und hierarchieübergreifend an die Abteilungsstrukturen angepasst. Die Umsetzung wird evaluiert.

3.14. Die Arbeitsbedingungen sind familienfreundlich zu gestalten. Teilzeitarbeit muss zuverlässig planbar sein. Eine Kinderbetreuung, die die Dienstzeiten abdeckt, ist vorzuhalten. Teilzeitmitarbeiter sind vollwertige Mitarbeiter und gleichwertig zu fördern.

4. Patientenorientierung

4.1. Zur Förderung der Patientenorientierung werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse werden mit den Beteiligten diskutiert, analysiert und Verbesserungen in der Folge umgesetzt. Eine benachteiligende Rückverfolgbarkeit auf einzelne Mitarbeiter ist ausgeschlossen. Die Personalvertretung (Betriebsrat, Personalrat etc.) ist entsprechend zu beteiligen.

4.2. Zur Wahrung der Intimität des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist auf jeder Station ein Untersuchungs- und Beratungszimmer vorzuhalten, in dem eine klinische Untersuchung und vertrauliche Gespräche mit dem Patienten und/oder den Angehörigen möglich sind.



4.3. Für Gespräche mit Patienten und Angehörigen steht ärztlichen Ansprechpartnern ausreichend Zeit zur Verfügung.

4.4. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement als eigenständige Einrichtung zur Unterstützung der Patientenversorgung ist vorzuhalten.

5. Konkrete Anforderungen an Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten

5.1. Ärztinnen und Ärzte werden von berufsfremden Tätigkeiten (z. B. DRG-Kodierung, Organisieren und Einheften von Befunden), beispielsweise durch Stationssekretärinnen und Dokumentationsassistenten, entlastet.

5.2. Auf jeder Station ist ein Untersuchungs- und Beratungszimmer, das dieser Funktion gerecht wird, vorhanden (s. 4.2).

5.3. Dienstzimmer sind ausreichend dimensioniert und ausgestattet. In einem Arztarbeitszimmer sollen nie mehr als zwei Ärzte gleichzeitig arbeiten müssen. Auch wenn eine offene Raumstruktur vorteilhaft sein kann, muss ein Diktieren in Ruhe möglich sein.

5.4. Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie ist für Dokumentationszwecke, für Statistik und für die Gewinnung wissenschaftlicher Informationen rund um die Uhr verfügbar. Computerarbeitsplätze mit Internet-Zugang stehen in jedem Arztzimmer in ausreichender Anzahl zur Verfügung.

5.5. Krankenhausinformationssysteme müssen mehr als bisher auf die Arbeitsabläufe von Ärzten ausgerichtet sein.

5.6. Insbesondere Bereitschaftsdienstzimmer sind ansprechend (§ 5 ArbSchG) ausgestattet und frei von Lärmbelästigung.

5.7. Bei der Auswahl von ärztlichem Personal haben die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Abteilung bzw. Organisationseinheit eine Mitsprachemöglichkeit.

5.8. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in Fragen der Kommunikation, Organisation sowie des Konfliktmanagements geschult.

5.9. Zur Verbesserung der Patientensicherheit werden valide Verfahren wie bspw. zur Hygiene, zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, zur Arzneimitteltherapiesicherheit oder zur Kommunikation im Schadensfall eingeführt.

5.10. Ein funktionierendes Fehlerlern-, Qualitäts- und Risikomanagementsystem (CIRS) wird eingeführt und von der Krankenhausleitung im Sinne einer praktizierten Sicherheitskultur vorgelebt.



5.11. Abteilungsziele werden gemeinsam mit den Ärzten besprochen.

5.12. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen finden regelmäßig und systematisch unter Teilnahme aller relevanten Berufsgruppen statt und werden dokumentiert. Schlussfolgerungen aus diesen Konferenzen werden verbindlich umgesetzt.

5.13. Auf Abteilungsbesprechungen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens quartalsweise über die Kosten der veranlassten Diagnostik sowie der medikamentösen und anderer Therapieformen informiert. Desgleichen wird über Stations-, Abteilungs- und Klinikbelegung unterrichtet. Qualitäts- und Kostentransparenz ist dabei herzustellen.

Fazit:

Die oben genannten Arbeitsplatzbedingungen ermöglichen Ärzten eine hohe Zufriedenheit bei der Ausübung ihres Berufes und sind somit auch Garant einer optimalen Patientenversorgung.

Anmerkung: der Begriff "Arzt" oder "ärztlich" umfasst Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte an Kliniken verbessern!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler und Frau Dr. Friedländer (Drucksache VI - 22) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausträger auf, die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im Allgemeinen und in der Weiterbildung im Besonderen nachhaltig zu verbessern und sich nicht zuletzt auch in diesem Sinne ihrer Verantwortung dafür zu stellen, den Arztberuf für junge Menschen attraktiv zu gestalten, um die künftige Patientenversorgung in Deutschland zu sichern.

Gemeinsam mit der Ärzteschaft sind Konzepte zu entwickeln, die es ermöglichen, individuelle Arbeitszeitmodelle mit planbaren Arbeitszeiten zu entwickeln, die eine Work-Life-Balance ermöglichen. Dabei ist unter anderem Folgendes zu berücksichtigen:

- Strukturierte mittelfristige Dienstplanung mit ausreichendem Vorlauf
- Erweiterung der Arbeitsmöglichkeiten in Teilzeit
- Flexibilisierung der Tagesarbeitszeit
- Möglichkeit, während der Elternzeit an Fortbildungen und Seminaren teilzunehmen
- Nothilfe bei Betreuungsengpässen durch Zusammenarbeit mit Familienservice oder Tagesmutter
- Reduktion von überflüssiger Bürokratie
- Verhinderung einer ökonomischen Dominanz der Patientenversorgung

Begründung:

Nur dort, wo akzeptable Rahmenbedingungen und ein den Anforderungen an die ärztliche Weiterbildung angemessenes Arbeitsumfeld vorhanden sind, wird es gelingen, den ärztlichen Nachwuchs auch in der Patientenversorgung zu halten und dessen Abwanderung ins Ausland oder in andere Berufsfelder zu verhindern.

Eine bessere Familienfreundlichkeit an den Kliniken dient der Bindung des ärztlichen Nachwuchses auch nach der Weiterbildung. Kindertagesstätten, die den Dienstzeiten angepasste Betreuungszeiten bieten, können einen wesentlichen Beitrag leisten, um das der ärztlichen Tätigkeit am Krankenhaus immanente Maß an Flexibilität zu ermöglichen.



In diesem Sinne sind die Arbeitgeber auch gefordert, Dienstpläne frühzeitig aufzustellen und Bereitschaftsdienste rechtzeitig anzuordnen.

Auch darf der Ärztemangel nicht durch ein Übermaß an Überstunden kompensiert werden. Diese wiederum müssen korrekt dokumentiert werden, sodass sie auch tatsächlich vergütet bzw. in Freizeit ausgeglichen werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Blue Card - Lohndumping an Krankenhäusern verhindern!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Frau Köhler, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache VI - 24) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundes- und Länderregierungen auf, einem Lohndumping an Krankenhäusern entgegenzuwirken. Die neue 35.000-Euro-Verdienstgrenze der Blue Card darf keine Eintrittspforte für Lohndumping werden. Tarifverträge und Arbeitszeitregelungen müssen strikt eingehalten werden.

Begründung:

Der erschreckende Mangel an hochqualifizierten Ärzten in den Krankenhäusern hat die Verhandlungsbedingungen für unsere Kolleginnen und Kollegen verbessert; tarifliche Regelungen und Arbeitszeitgesetz werden in höherem Maße eingehalten.

Dies darf nicht durch gezielte Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten aus anderen Ländern unterlaufen werden. Die wirtschaftlichen Zwänge von Klinikbetreibern und die Gewinnoptimierung von Klinikkonzernen könnten die Verantwortlichen in den Krankenhäusern zu diesem Weg verleiten. Dem müssen die Aufsichtsbehörden entgegenreten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Adäquate Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter an den Liquiditätserlösen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reuther, Herrn Dr. Hülskamp und Herrn Dr. Botzlar (Drucksache VI - 126) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter an den Liquidationseinnahmen ist anerkannte Berufspflicht und entspricht dem Kollegialitätsgebot. Die unzureichende zivilrechtliche Durchsetzbarkeit dieses Anspruchs und neue Vertragsformen für Chefärzte an den Krankenhäusern, insbesondere Abtretung des Liquidationsrechts an den Krankenhausträger, erfordern begleitende gesetzliche Regelungen durch die dafür zuständigen Bundesländer.

Darin ist ebenso die Verpflichtung der liquidationsberechtigten Ärzte zur Beteiligung ihrer ärztlichen Mitarbeiter einschließlich deren Höhe zu regeln, wie auch die entsprechende Pflicht derjenigen (z. B. der Krankenhausträger), an die das Liquidationsrecht gegebenenfalls abgetreten worden ist.

Begründung:

Die Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter an den Liquidationserlösen ist ein auf dem Kollegialitätsgebot des ärztlichen Berufsrechts fußender Anspruch sui generis und kein Teil des für die Arbeitsleistung geschuldeten Arbeitsentgelts, auch wenn es steuer- und sozialversicherungsrechtlich diesem gleichgestellt ist. Damit ist diese Berufspflicht auch nicht Gegenstand tarifvertraglicher Regelungen. Sie zu gestalten ist Aufgabe des Berufsrechts. Da das Berufsrecht für sich genommen keine zivilrechtlichen Ansprüche begründen kann, bedarf es, wie z. B. in Rheinland-Pfalz mit der unlängst erfolgten Novellierung des Krankenhausgesetzes geschehen, einer gesetzlichen Regelung, die Krankenhäuser und Hochschulkliniken einschließt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Fusionen kontrollieren, Trägerpluralität bewahren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 17) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zu den Kennzeichen der Krankenhausversorgung in Deutschland gehören die Vielfalt und das gleichberechtigte Nebeneinander verschiedener Trägerorganisationen. In Verbindung mit dem Sicherstellungsauftrag der Länder und Kommunen für die Krankenhausversorgung hat diese Trägerpluralität zu einem flächendeckenden, leistungsstarken stationären Versorgungssystem geführt. Nur dort, wo sich Patienten im Rahmen ihrer freien Krankenhauswahl zwischen unterschiedlichen Trägern entscheiden können, bleibt die Qualität der Versorgung auch langfristig gewahrt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Betriebsärztinnen und Betriebsärzte adäquat bezahlen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Botzlar und Herrn Dr. Czeschinski (Drucksache VI - 131) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die deutschen Krankenhausarbeitgeber werden aufgefordert, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte nach dem Tarifvertrag zu bezahlen, der für alle anderen Ärztinnen und Ärzte im jeweiligen Krankenhaus gültig ist. Eine schlechtere Bezahlung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte mit der Begründung, ihre Fürsorge für Krankenhausmitarbeiter aller Berufsgruppen stelle keine Patientenbehandlung dar, widerspricht den Zielen des Arbeitsschutzes und stellt eine Geringschätzung sowohl der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte selbst als auch der Krankenhausmitarbeiter aller Berufsgruppen dar.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

SGB V/GKV

- VI - 37 Morbiditätskomponente bei Arznei- und Heilmittelbudgets einführen
- VI - 43 Verankerung des Rettungsdienstes im SGB V
- VI - 51 Satzungsleistungen der GKV streichen
- VI - 123 Tabakentwöhnung



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Morbiditätskomponente bei Arznei- und Heilmittelbudgets einführen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Bratzke, Herrn Dr. Spies und Frau Dr. Krebs (Drucksache VI - 37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber auf, auch bei der Weiterentwicklung der Arznei- und Heilmittelbudgets eine Morbiditätskomponente im SGB V § 84 Abs. 2 einzuführen.

Begründung:

Nach SGB V § 84 sind Krankenkassen(-verbände) und Kassenärztliche Vereinigungen verpflichtet, jährlich Gesamtbudgets für verordnete Arzneimittel und Heilmittel festzulegen. Aus diesen Verordnungsvolumina werden die fallbezogenen Richtgrößen nach SGB V § 84 Abs. 6 in der ambulanten Versorgung abgeleitet, die ihrerseits die Basis der Richtgrößenprüfungen und Regresse sind.

Die zulässigen Veränderungsparameter sind im SGB V § 84 Abs. 2 abschließend festgelegt. Veränderungen der altersunabhängigen Gesamtmorbidität sind dort nicht aufgeführt und können daher nicht zur Anpassung der Verordnungsvolumina herangezogen werden. Umfangreichere Vorsorgeleistungen (z. B. Mammografie) und bessere Therapien bei schweren Erkrankungen (z. B. HIV-Infektion) senken die Letalität, verlängern die Lebenserwartung, aber steigern die gesamtgesellschaftliche Morbidität.

Durch die zunehmende Morbidität steigen die Ausgaben für veranlasste Leistungen wie Arznei- und Heilmittel an. Nur mit Einführung einer Morbiditätskomponente bei der Richtgrößenbemessung kann eine wünschenswert gute arzneiliche und Heilmitteltherapie für gesetzlich Versicherte erreicht werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verankerung des Rettungsdienstes im SGB V

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Dipl. -Chem. Nowak (Drucksache VI - 43) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag unterstützt die geplante gemeinsame Bundesratsinitiative aller Bundesländer sowie die Forderungen der Notarztverbände und der Rettungsdienstorganisationen, den Rettungsdienst endlich eigenständig im SGB V zu regeln, um die präklinischen Versorgungsleistungen des Rettungsdienstes als Aufgabe der Krankenversicherung im SGB V transparent darzustellen. Gleichzeitig fordert er das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die notwendigen Gesetzesänderungen unverzüglich auf den Weg zu bringen.

Begründung:

Bereits der 113. Deutsche Ärztetag 2010 in Dresden hat den Gesetzgeber aufgefordert, den Rettungsdienst mit der Notfallrettung und dem qualifizierten Krankentransport endlich eigenständig im SGB V zu regeln und als Teil der Krankenbehandlung nach § 27 SGB V anzuerkennen.

Nach dem aktuellen Stand der Medizin ist es selbstverständlich Aufgabe des Rettungsdienstes, sofort am Notfallort die erforderlichen medizinischen Behandlungs- und Versorgungsleistungen am Patienten einzuleiten bzw. vorzunehmen. Es ist unbestritten, dass diese notfallmedizinischen Leistungen des Rettungsdienstes als Bestandteil der präklinischen Versorgung ausschließlich dem Erhalt, der Wiederherstellung oder der Verbesserung des Gesundheitszustandes dienen und es sich dabei um Gesundheitsleistungen nach § 1 SGB V handelt.

Die Initiative der Länder hat zum Ziel, den Versorgungsstandard der Versicherten mit Leistungen des Rettungsdienstes auch im SGB V zu verankern. Hierzu gehört die Klarstellung, dass der Rettungsdienst Leistungen der Notfallrettung sowie qualifizierte Krankentransportleistungen umfasst. Die Notfallrettung beschränkt sich nicht auf den bloÙen Transport des Patienten in ein Krankenhaus, wie sie historisch dem § 60 Abs. 1 des SGB V noch zugrunde lag.

Während die aus den letzten Jahren stammenden Rettungsdienstgesetze der Länder den



Entwicklungen der modernen Notfallmedizin Rechnung tragen, orientiert sich das SGB V noch an den Vorgaben seiner Entstehung aus dem Jahre 1988.

Es ist mit keinen Mehrkosten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu rechnen, da durch die Länderinitiative kein neues Leistungssegment Notfallrettung eingeführt wird, sondern es sich lediglich um eine Klarstellung im SGB V handelt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Satzungsleistungen der GKV streichen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Roy (Drucksache VI - 51) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 ruft die gesetzlichen Krankenkassen auf, ihre angebotenen Satzungsleistungen zu streichen.

Begründung:

Hier handelt es sich um Mehrleistungen bei Zusatzleistungen, wie z. B. Kostenübernahme alternativer Heilmethoden, Bonussysteme für Versicherte, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind. Diese Mehrausgaben haben eher werbenden Charakter und werden von allen Beitragszahlern dieser Kasse aufgebracht. Auch verzerren sie den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. Die Beiträge sind allein zur Sicherung der Regelleistungen zu verwenden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Tabakentwöhnung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Hellmann (Drucksache VI - 123) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Tabaksucht ist eine Krankheit, Tabakentwöhnung ist ärztliche Aufgabe.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert eine Intensivierung der Bemühungen zur Tabakentwöhnung.

Begründung:

Die Effektivität und Effizienz der Tabakentwöhnung sind evident. Die Methoden sind evaluiert, auch der Einsatz von Nikotinersatzprodukten und Medikamenten ist wirksam (S3-Leitlinie der AWMF).

Jetzt gilt es, Tabakentwöhnung in der Krankenversorgung zu etablieren. Dazu gehört die Popularisierung des Curriculums "Tabakentwöhnung" der Bundesärztekammer.

Dazu gehört aber auch die Anpassung des § 34 Abs. 1 Satz 8 SGB V, in dem Medikamente zur "Raucherentwöhnung" u. a. von der Versorgung ausgeschlossen sind.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Gesundheitspolitik

- VI - 69 Ärztliche und medizinische Versorgung auf dem Lande stärken
- VI - 41 Keine Substitution ärztlicher Leistungen
- VI - 25 Delegation ja, Substitution nein!
- VI - 12 Chefarztverträge - bedenkliche finanzielle Anreize vermeiden
- VI - 21 Keine ökonomischen Fehlanreize in der Patientenbehandlung
- VI - 36 Ethik und Ökonomie - keine falschen Anreize setzen
- VI - 13 Priorisierung in der Medizin
- VI - 26 Keine gezielte Abwerbung ausländischer Ärzte zu Lasten der Versorgung in deren Heimatland



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche und medizinische Versorgung auf dem Lande stärken

Vorstandsüberweisung

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

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert, dass die Bundesärztekammer eine Kampagne initiiert zum Thema "Ärztliche und medizinische Versorgung auf dem Lande stärken". Diese Kampagne soll längerfristig die Öffentlichkeit und die Politik positiv zu konkreten Unterstützungen für die ambulante und stationäre Versorgung ermuntern. Dafür soll sich die Bundesärztekammer nach ihrem Bedarf externer Kooperationspartner bedienen unter Nutzung der jeweils zweckdienlichsten Medien. Dabei soll die Bundesärztekammer immer in der Leitung der Kampagne bleiben.

Begründung:

Die alleinige Erwähnung des Mangels von ambulanter und stationärer Versorgung auf dem flachen und bergigen Land reicht nicht aus, um eine Änderung zu bewirken. Daher muss die Bundesärztekammer eine Kampagne längerfristiger Natur durchführen, um in der Politik und der Öffentlichkeit die Meinung und Bereitschaft zu "speziellen" Aktionen positiv zu beeinflussen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Substitution ärztlicher Leistungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Windau (Drucksache VI - 41) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüÙt und unterstützt jede arzentlastende Regelung im Sinne einer qualifizierten Delegation sowie die Förderung interprofessioneller Kooperation auf der Basis vorhandener Kompetenzen.

Bei allen Konzepten muss aber das Patientenrecht auf eine Behandlung nach Facharztstandard gewährleistet bleiben. Die Substitution ärztlicher Leistungen und die Lockerung des Arztvorbehalts für Diagnostik und Therapie werden im Interesse der Patientensicherheit, der Versorgungsqualität und der Rechtssicherheit strikt abgelehnt. Insbesondere wird eine pauschale Leistungsdelegation ohne Berücksichtigung weiterer Kriterien für den Einzelfall strikt abgelehnt, was in der nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vorgesehenen Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge nach § 28 Abs. 1 SGB V zwingend zu regeln ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Delegation ja, Substitution nein!

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Dr. Friedländer, Frau Köhler und Herrn Dr. Baier (Drucksache VI - 25) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber und die Partner der Bundesmantelverträge auf, die Bedingungen für das Zusammenwirken von Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen an den Vorgaben des Facharztstandards zu orientieren.

Eine Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter darf weder pauschal noch allein leistungsbezogen erfolgen. Sie muss vielmehr einzelfallbezogen Kriterien wie die individuelle Indikationsstellung und zu berücksichtigende Einflussfaktoren, die Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters oder das Versorgungsumfeld berücksichtigen. Dabei müssen Auswahl der delegierten Leistungen, Anleitung, Koordination und Kommunikation, Durchführungs- und Erfolgskontrolle sowie deren Dokumentation vollständig in der Verantwortung des Arztes bleiben. Die Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zur Aufgabenübertragung nach § 28 Abs. 1 SGB V ist zwingend in diesem Sinne auszugestalten, sofern erforderlich auch durch gesetzliche Vorgaben. Eine Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliche Berufe ist ausdrücklich zu verhindern.

Begründung:

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine hohe Qualität und Patientensicherheit gekennzeichnet, was insbesondere durch die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnostik und Therapie im Behandlungsprozess begründet ist.

Eine Übertragung ärztlicher Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auf nichtärztliche Gesundheitsberufe im Sinne von Substitution würde das Patientenrecht auf eine Behandlung nach fachärztlichem Standard unterlaufen, zum Verlust der ärztlichen Gesamtsicht auf die zu behandelnden Menschen und zu einem Qualitätsverlust oder auch zu Unwirtschaftlichkeit in der Versorgung führen. Der Gesetzgeber kann nicht glaubwürdig Patientenrechte stärken wollen und gleichzeitig eine Verschlechterung der Versorgung in



Kauf nehmen.

Die stärkere Einbeziehung gut qualifizierter nichtärztlicher Mitarbeiter durch die Delegation ärztlich verantworteter Leistungen kann hingegen gerade vor dem Hintergrund der demografischen und morbiditätsbedingten Veränderungen und der derzeitigen Probleme beim ärztlichen Nachwuchs eine sinnvolle Maßnahme zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung in allen Versorgungsbereichen sein. Zugleich kann der Arzt durch Delegation von Verwaltungstätigkeiten und Bürokratie entlastet werden und sich so wieder stärker seinen Patienten widmen.

Der 115. Deutsche Ärztetag weist in diesem Zusammenhang die Darstellung des Deutschen Pflegerates zurück, seitens der Ärzteschaft sollen "lediglich ein Monopol und Privilegien verteidigt werden, die sich längst überholt haben".



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Chefarztverträge - bedenkliche finanzielle Anreize vermeiden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 12) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit Sorge sieht der 115. Deutsche Ärztetag, dass immer mehr Chefarztverträge variable Einkommensbestandteile vorsehen, die primär an das Erreichen ökonomisch orientierter Ziele (Fallzahlen/Deckungsbeiträge/Personalkosten etc.) gekoppelt sind.

Abgesehen davon, dass damit den Chefärztinnen/Chefärzten als Arbeitnehmern ein Teil des Betriebs- und Wirtschaftsrisikos des Arbeitgebers übertragen wird, sind derartige Regelungen auch aus ärztlich ethischer Sicht nicht akzeptabel.

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausträger deshalb auf, rein ökonomisch orientierte Anreizmechanismen zu vermeiden und die berufsrechtlich gebotene ärztliche Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen nicht zu gefährden.

Bonuszahlungen sollten sich deshalb vor allem an medizinisch-qualitativen Kriterien (z. B. Einführung von Qualitätskennzahlen bzw. Patientensicherheitssystemen/Aufgaben der Aus- und Weiterbildung/Mitarbeiterzufriedenheit etc.) orientieren.

Auch in Zielvereinbarungen für Krankenhausgeschäftsführungen müssen derartige Kriterien konsequenterweise breiten Raum einnehmen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine ökonomischen Fehlanreize in der Patientenbehandlung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler und Frau Dr. Friedländer (Drucksache VI - 21) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Krankenhausträger und Träger ambulanter Gesundheitseinrichtungen auf, keine finanziellen Anreizsysteme zu schaffen, die geeignet sind, ärztliche Leistungen jenseits wirklich therapeutischer Notwendigkeiten zu generieren.

Begründung:

Ärztliche Leistungen und deren Honorierung dürfen sich ausschließlich an ihrer medizinischen Sinnhaftigkeit orientieren. Die Wahl der Behandlungsmethode darf nicht kostenbestimmt sein, sondern der Nutzen für den Patienten allein muss im Vordergrund jeder ärztlichen Behandlung stehen. Es darf keine "Stückzahl-Mentalität" entstehen. Bonuszahlungen, die medizinisch nicht akzeptablen Anreizsystemen folgen, sind im Kern unethisch, führen zu einer Ökonomisierung der Medizin und stehen damit zur ärztlichen Freiberuflichkeit im Widerspruch. Mengenabhängige Vergütungs- und Honorarsysteme dürfen die Entscheidungsunabhängigkeit der Ärzte nicht untergraben. Eine zunehmende Ökonomisierung schadet und demontiert das ärztliche Berufsethos. Das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis wird zerstört und es erwächst eine Kultur des Misstrauens. Der Patient ist kein Kunde und der Arzt kein Dienstleister im herkömmlichen Sinne. Das Vertragsmuster der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), welches für Chefarztverträge variable Vergütungsbestandteile im Sinne erfolgsabhängiger Bonuszahlungen vorsieht, ist daher abzulehnen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ethik und Ökonomie - keine falschen Anreize setzen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Lux (Drucksache VI - 36) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ökonomische Zielvereinbarungen, die falsche Anreize setzen, sind mit der ethischen Verpflichtung des Arztes nicht vereinbar.

Der Arztberuf ist ein freier Beruf. Bei der ärztlichen Entscheidung für eine Diagnostik und Therapie darf nicht die Ökonomie der Krankenkassen und Krankenhäuser an erster Stelle stehen, sondern primär die Bedürfnisse des Patienten und die medizinische Notwendigkeit der Maßnahmen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Priorisierung in der Medizin

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Windhorst, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Pohl, Herrn Dr. Rehorn, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Frau Dr. Gitter, Herrn Henke und Herrn Dr. Botzlar (Drucksache VI - 13) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der Auftrag des 112. Deutschen Ärztetages 2009 in Mainz, die öffentliche Diskussion um eine Priorisierung in der Medizin weiterzuführen, muss umgesetzt werden.

Der 115. Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die Bundesärztekammer eine AG "Priorisierung" eingesetzt hat. Zu jeder Diskussion um "die Krankenversicherung der Zukunft" gehört zwingend auch die öffentliche und transparente Auseinandersetzung mit der Priorisierung im Gesundheitswesen.

Es ist zu prüfen, ob ein eigenes Ressort der Bundesärztekammer eingerichtet werden soll, dessen Aufgabe die Gestaltung einer Rahmenkonzeption für die Priorisierung zur Vorlage in den politischen Gremien sein soll.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine gezielte Abwerbung ausländischer Ärzte zu Lasten der Versorgung in deren Heimatland

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Köhler, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache VI - 26) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 lehnt gezielte Abwerbeprogramme für ausländische Ärzte zur Deckung des Ärztemangels in Deutschland ab, die geeignet sind, die Versorgung in den jeweiligen Heimatländern zu verschlechtern.

Begründung:

Die vermehrt zu beobachtende Anwerbung von ausländischen Ärzten durch kommerziell orientierte Vermittlungsagenturen muss unterbunden werden. Über Leistungsanreize, die in den Herkunftsländern nicht ansatzweise realisierbar sind, werden die Ärzte aus den Ländern abgezogen und reiÙen dort entsprechende Versorgungslücken auf. Die Intention solcher Praktiken dient hauptsächlich der Profiterzielung und nicht dazu, die Versorgung in Deutschland zu verbessern.

Es ist primär die Aufgabe der deutschen Gesundheitspolitik, dem Ärztemangel in Deutschland nachhaltig entgegenzuwirken und den Arztberuf attraktiver zu gestalten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Arzneimittel/Betäubungsmittel

- VI - 42 Änderungen im Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-Novelle)
- VI - 09 Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger verbessern
- VI - 15 Rabattverträge
- VI - 127 Zulassung eines oralen Diacetylmorphins zur Substitution schwerstkranker Opiatabhängiger



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderungen im Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-Novelle)

Vorstandsüberweisung

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

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Bundestag sowie den Bundesrat auf, im Rahmen der Novellierung des Arzneimittelgesetzes (AMG) die Tätigkeit der Ethikkommissionen bezüglich der Bewertung aller an einer klinischen Prüfung teilnehmenden Prüfärzte beizubehalten sowie auf eine ausschließlich elektronische Einreichung der Antragsunterlagen für Studien nach dem AMG zu verzichten.

Begründung:

Die Ethikkommissionen prüfen neben der wissenschaftlichen Qualität die rechtliche Zulässigkeit und die ethische Vertretbarkeit eines Forschungsvorhabens sowie die Eignung der Prüfärzte und die Angemessenheit der Prüfstellen. Sind an einer Prüfstelle mehrere Ärzte als verantwortliche Prüfer tätig, wurden bisher alle Ärzte von der Ethikkommission zustimmend bewertet. Damit konnten nicht ausreichend qualifizierte Prüfer von der Teilnahme an klinischen Prüfungen ausgeschlossen werden. Durch das geplante "Zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften" soll künftig nur noch der verantwortliche Prüfer an einer Prüfstelle von der Ethikkommission bewertet werden. Er soll zwar einen Stellvertreter haben, der die gleichen Rechte und Pflichten hat, wie der einzige Prüfer. Der Stellvertreter soll aber nicht benannt werden, auch soll seine Qualifikation durch die unabhängige Ethikkommission nicht geprüft werden müssen. Diese Einschränkung der Tätigkeit der Ethikkommissionen führt zu einer Gefährdung der Patientensicherheit und der Qualitätssicherung in der medizinischen Forschung.

Mit gleichem Gesetz sollen künftig Anträge nach dem AMG bei der Ethikkommission nur noch elektronisch eingereicht werden. Die derzeit für Anträge nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) genutzte DIMDI-Datenbank ist nicht in der Lage, die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten. Die Erfahrungen zeigen, dass die auf diesem Weg eingereichten Unterlagen nur mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand in den Geschäftsstellen der Ethikkommissionen bearbeitet werden können (Strukturierung/Vervielfältigung). Da Anträge nach dem AMG um ein Vielfaches häufiger



gestellt werden, wäre eine fristgerechte Bearbeitung der Unterlagen nur mit ungleich höherem Aufwand und höheren Kosten für die Antragsteller verbunden und würde die bisher bewährte Beratung durch die Ethikkommissionen gefährden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger verbessern

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 09) fasst der 115. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Die substitutionsgestützte Behandlung hat sich seit 1992 als erfolgreiche Therapie Opiatabhängiger bewährt. Um die medizinische Versorgung Opiatabhängiger mittel- und langfristig sicherzustellen, bedarf es einer deutlichen Verbesserung der Rahmenbedingungen für substituierende Ärzte.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert daher den Gesetzgeber auf, die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben an den Stand der medizinischen Wissenschaft anzupassen:

- So entspricht das in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) festgeschriebene Abstinenzparadigma (§ 5 Abs. 1, Nr. 1 BtMVV) nicht mehr den internationalen Behandlungsstandards, die die Opiatabhängigkeit als chronische Erkrankung einstufen (siehe WHO Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence, Geneva 2009).
- Die Strafandrohungen des § 29 Abs. 1 Nr. 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) für die Überlassung eines Betäubungsmittels (bis zu fünf Jahre Freiheitsstrafe) sind sowohl für die palliativmedizinische Versorgung als auch die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger zu revidieren.
- Die Vergütungsmodalitäten für die substitutionsgestützte Behandlung sind an den mit ihr verbundenen Leistungsaufwand anzupassen. Dies betrifft insbesondere die Vergütung der in der BtMVV vorgeschriebenen Arzt-Patienten-Kontakte, die Behandlung von Begleiterkrankungen und die im Rahmen einer Take-Home-Verordnung erforderliche diagnostische Abklärung, Patientenaufklärung und Dokumentation.
- Um die Versorgung der Betroffenen in ländlichen Gebieten an Wochenenden und Feiertagen sicherzustellen, muss anstelle der rechtlich hierfür vorgesehenen Verordnung des Substituts durch den Arzt und der anschließenden Einlösung des Rezeptes durch den Patienten in der Apotheke auch eine Mitgabe durch den behandelnden Arzt ermöglicht werden. Dazu bedarf es entsprechender Anpassungen des BtMG und der BtMVV.



Begründung:

Trotz kontinuierlich steigender Zahlen substituierter Opiatabhängiger stagniert seit Jahren die Zahl substituierender Ärztinnen und Ärzte. So hat sich zwischen 2003 und 2011 die durchschnittliche Zahl substituierter Patienten pro Arzt von 20,2 auf 28,2 erhöht, wodurch sich in der Folge die Bereitschaft von Ärzten, an der Behandlung dieser schwierigen, in der Regel multimorbiden Patientengruppe teilzunehmen, weiter verringert.

Zur Sicherstellung der Versorgung bedarf es daher einer Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Substitution. So sind die Zielvorgaben der BtMVV hinsichtlich einer abstinenzorientierten Behandlung seit ihrer ersten Fassung von 1998 nicht mehr an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst worden. Die evidenzbasierten Behandlungsleitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stufen die Opiatabhängigkeit als chronische Erkrankung ein, die in den meisten Fällen eine Langzeit- oder eine lebenslange Behandlung erfordert (WHO Guidelines, S. 7). Die PREMOS-Studie, die die Effekte einer langfristigen Substitution Opioidabhängiger untersuchte, hat aufgezeigt, dass sich in abstinenzorientierten Behandlungsansätzen das Risiko von Behandlungsabbrüchen sowie das Mortalitätsrisiko deutlich erhöhen (Wittchen et al.: Abstinenz als ein Behandlungsziel der opiatgestützten Substitutionstherapie: Häufigkeit und Risiken. In: Suchtmedizin 2011; 13(5):253-257).

Die bestehenden Strafandrohungen des BtMG für die Überlassung von Betäubungsmitteln an den Patienten stellen ein Hindernis für die praktische Versorgung betroffener Patienten sowie für die Teilnahmebereitschaft von Ärzten an dieser Versorgungsform dar.

Die Vorgaben der BtMVV werden in den geltenden Vergütungsregelungen bislang nicht ausreichend abgebildet. So verlangt die BtMVV im Regelfall einen wöchentlichen Arzt-Patienten-Kontakt (§ 5 Abs. 2 Nr. 5 BtMVV), während der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) nur eine viermalige Abrechnungsfähigkeit der Gesprächsleistungen pro Quartal vorsieht. Des Weiteren ist mit der Substitutionsbehandlung zwar eine Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes anzustreben (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 BtMVV), der EBM sieht jedoch neben der Substitutionspauschale keine Abrechnungsmöglichkeit für die Behandlung von Begleiterkrankungen vor.

Bislang fehlt es darüber hinaus an einer Abrechnungsmöglichkeit für die Take-home-Verordnung gemäß § 5 Abs. 8 BtMVV, die richtliniengerecht eine eingehende Untersuchung und Aufklärung des Patienten sowie entsprechende Dokumentationen verlangt. Mit der 23. BtMÄndV wurde dem behandelnden Arzt zur Gewährleistung der Kontinuität der Substitutionsbehandlung insbesondere an Wochenenden und Feiertagen zwar die Möglichkeit eingeräumt, dem Patienten "ein Substitutionsmittel in der bis zu zwei Tagen benötigten Menge" zu verschreiben (§ 5 Abs. 8 BtMVV), eine Mitgabe für diesen



Zeitraum ist dem Arzt jedoch weiterhin bei Strafe untersagt. Diese Regelung erschwert gerade in ländlichen Gebieten die Versorgung unnötig und erhöht weder die Patienten- noch die Betäubungsmittelsicherheit. Vielmehr führt sie zu einer Erhöhung der Rückfallgefahr und Kriminalitätsquote.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Rabattverträge

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Stagge und Herrn Dietrich (Drucksache VI - 15) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Die Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaindustrie sind ein intransparentes untaugliches Steuerungsinstrument.

Diesen Irrsinn nun durch weitere Geheimhaltung der Rabattpreise fortführen zu wollen, lehnt der 115. Deutsche Ärztetag 2012 ab.

Völlig widersinnig ist die Situation, dass der Arzt, der von einer Substanz das preisgünstigste Medikament verschreibt, schlechter gestellt ist, als der Arzt, der ein teureres Medikament gleicher Substanz verschreibt, das aber im Rabattvertrag ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zulassung eines oralen Diacetylmorphins zur Substitution schwerstkranker Opiatabhängiger

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache VI - 127) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur Verbesserung der Behandlung schwerstkranker Opiatabhängiger fordern die Delegierten des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg den Gesetzgeber auf, zusätzlich zu bereits zugelassenem intravenös applizierbarem Diacetylmorphin ein oral verwendbares Diacetylmorphin zuzulassen.

Begründung:

Für die schwerstkranken Opiatabhängigen ist Diacethylmorphin zur intravenösen Verwendung zugelassen. Diese Patienten haben aber oft so schlechte venöse Verhältnisse, dass die intravenöse Applikation schwer oder unmöglich ist. In diesen Fällen wäre eine orale Vergabe des gleichen Substituts eine effektive Alternative. Außerdem gibt es Patienten, die Heroin nie gespritzt, sondern geraucht oder gesniffelt haben und die derzeit bei der Substitution mit Diacethylmorphin zur intravenösen Anwendung gezwungen sind. Anwendungsberichte aus den USA, England und der Schweiz zeigen, dass sich diese Behandlungsform in Bezug auf Sicherheit und Verträglichkeit nicht von dem intravenös applizierbarem Diacetylmorphin unterscheidet. Ein weiterer Vorteil der oral verwendbaren Substanz ist die dadurch mögliche nicht szenetypische Applikationsform.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Prävention/Rehabilitation

- VI - 04 Steigender Bedarf erfordert Aufstockung der Finanzmittel für die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung
- VI - 40 Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung
- VI - 32 Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Prävention wird begrüßt
- VI - 33 Finanzierung von delegationsfähigen Präventionsleistungen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Steigender Bedarf erfordert Aufstockung der Finanzmittel für die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 04) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die medizinische Rehabilitation eröffnet wie kaum ein anderer Ansatz die Chance für eine umfassende und interdisziplinäre Behandlung chronisch kranker Menschen und deren weiteren Verbleib im Erwerbsleben. Den enormen volkswirtschaftlichen Nutzen der medizinischen Rehabilitation belegt nicht zuletzt eine kürzlich vorgelegte Prognos-Studie („Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum“), wonach die Gesellschaft für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf Euro gewinnt. Dies geht insbesondere auf gewonnene Berufstätigkeitsjahre, geleistete Beitragszahlungen und reduzierte Arbeitsunfähigkeitstage zurück. Die Rehabilitation trägt somit dazu bei, die Sozialversicherungsträger zu entlasten, indem vermieden wird, dass aus Leistungsträgern der Gesellschaft Leistungsempfänger werden.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine auch zukünftig gesicherte Finanzierung ist eine von der Politik zu fordernde Aufstockung der Finanzmittel für die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Angesichts des dort erheblich gestiegenen und auch weiter steigenden Leistungsbedarfs ist die nach wie vor bestehende Kopplung der Ausgaben an die Entwicklung der Bruttolöhne und -gehälter kontraproduktiv. Die Faktoren, die zu einem erheblichen Anstieg des Bedarfs an Rehabilitationsleistungen geführt haben und noch weiterhin führen werden, sind vor allem die steigende Zahl chronischer Erkrankungen bei einer immer älter werdenden Bevölkerung, die höheren Versichertenzahlen in den rehabilitationsintensiven Alterskohorten, die Zunahme der Anschlussheilbehandlungen sowie die Konsequenzen aus der schrittweisen Einführung der Rente mit 67 Jahren.

Die strikte Kopplung des Reha-Budgets der gesetzlichen Rentenversicherung an die Entwicklung der durchschnittlichen Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 220 Abs. 1 SGB VI) führt zu Versorgungslücken oder Qualitätsverlusten der Rehabilitationsleistungen. Auch in der gesetzlichen Rentenversicherung müssen schematisch gedeckelte Budgets von flexibleren, mehr auf den gestiegenen Leistungsbedarf ausgerichteten Finanzierungsmodellen abgelöst werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache VI - 40) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesregierung auf, zeitnah endlich ein Präventionsgesetz vorzulegen.

Begründung:

Zwar sind die gesetzlichen Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie Förderung der Selbsthilfe bereits in den §§ 20 bis 24b SGB V geregelt. Damit wird der Prävention und der Gesundheitsförderung aber nicht der Stellenwert eingeräumt, den sie haben sollten. So soll mit einem eigenen Präventionsgesetz einerseits das Bewusstsein für die Thematik gefördert werden. Andererseits sollen durch eine entsprechende Regelung die Umfeldbedingungen und das individuelle Handeln auf eine nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet werden. Die aktuellen einschlägigen Bemühungen der Bundesregierung im Rahmen der „nationalen Präventionsstrategie“ sind insoweit nicht ausreichend.

Dabei ist die Ärzteschaft bei allen Präventionsmaßnahmen zu berücksichtigen, da gerade durch die Ärzteschaft sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen gut erreicht werden können.

Ferner sind die ärztlichen Selbstverwaltungsorganisationen einerseits sowie der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) andererseits in die Ausgestaltung der Präventionsangebote miteinzubeziehen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Prävention wird begrüßt

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Lux (Drucksache VI - 32) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag begrüÙt die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die präventive Medizin zu fördern und sich für eine Vergütung der erbrachten ärztlichen Leistung einzusetzen.

Nur durch gezielte Investition in Prävention ist in der Zukunft die Vermeidung und Reduktion der chronischen Erkrankungen zu erzielen und damit eine Finanzierung unseres guten Gesundheitssystems weiterhin möglich.

Die von den Krankenkassen aufgewendeten finanziellen Mittel für Präventionsmaßnahmen sollen nach ärztlicher Beurteilung den Patienten zugutekommen, die diese benötigen, und nicht für WerbemaÙnahmen der Krankenkassen ausgegeben werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Finanzierung von delegationsfähigen Präventionsleistungen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Lux (Drucksache VI - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Abrechenbarkeit delegationsfähiger Präventionsleistungen im neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Die zusätzlichen Geldmittel für diese Leistungen sollten aus dem aufgestockten Budget für Präventionsleistungen gestellt werden, da die gesetzlichen Krankenkassen durch den Gesetzgeber verpflichtet sind, sie dafür auszugeben.

Begründung:

Die ärztlichen Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention sind bereits umfangreich und nehmen weiter zu. Der 115. Deutsche Ärztetag sieht die Delegation von präventiven Hilfe- und Beratungsleistungen an die Medizinischen Fachangestellten (MFA) als erforderliche Maßnahme zur Entlastung und Unterstützung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an.

Die Bundesärztekammer hat Fortbildungscurricula zur Weiterqualifizierung für Medizinische Fachangestellte zur "Prävention im Kindes- und Jugendalter" sowie zur "Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen" herausgegeben. Zahlreiche Medizinische Fachangestellte haben bereits erfolgreich an zertifizierten Kursen teilgenommen. Diese Curricula werden durch dafür qualifizierte Ärzte vermittelt. Diese Präventionsleistungen werden durch die Ärzte überwacht, um die hohe Qualität der erbrachten Leistungen zu garantieren. Die Verantwortung dafür trägt der Arzt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliches Peer Review: Prospektives und effektives Verfahren zur Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 03 neu) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt die Etablierung von freiwilligen Peer Review Verfahren als ureigene ärztliche Methode zur Förderung der Qualitäts- und Sicherheitskultur in der Patientenversorgung.

Das Peer Review Verfahren als unbürokratisches, flexibles und auf den kollegialen Dialog mit Fachkollegen fokussiertes Instrument der Qualitätsförderung findet im deutschen Gesundheitswesen zunehmend Anwendung und Akzeptanz, insbesondere seitens der Ärzteschaft.

Das ist besonders vor dem Hintergrund zu sehen, dass der bürokratische Aufwand für die Einhaltung der Qualitätssicherungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hoch ist, dessen konkreter Nutzen jedoch für die tägliche Arbeit im Krankenhaus oder in der eigenen Praxis eher gering eingestuft wird.

Peer-Review-Verfahren in der Medizin wurden von Ärzten für Ärzte als freiwilliges Verfahren entwickelt. Sie unterscheiden sich von anderen Verfahren vor allem durch folgende Merkmale:

- Peer-Review-Verfahren sind auf Fehlervermeidung, Qualitätsentwicklung und Wissenstransfer ausgerichtet und haben unmittelbare Wirkung.
- Sie beruhen dabei auf einem systematischen, offenen Informationsaustausch zwischen Fachkollegen auf Augenhöhe mit dem Ziel, die eigene ärztliche Tätigkeit zu reflektieren, um Risiken zu identifizieren und vorzubeugen und Beispiele von Best Practice zu teilen. Voraussetzung dafür ist eine vertrauensvolle, lösungsorientierte und sanktionsfreie Atmosphäre sowie die Bereitschaft der Peers, voneinander lernen zu wollen.
- Durch den systematischen und interdisziplinären kollegialen Dialog wird die Integration und Kommunikation der Fachdisziplinen und Berufsgruppen untereinander gefördert, was schließlich zu einer Weiterentwicklung der Organisationskultur in der Gesundheitseinrichtung führen kann.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 plädiert für die verstärkte Etablierung hochwertiger



Peer-Review-Verfahren im deutschen Gesundheitswesen und unterstützt dies mit der Qualifizierung zukünftiger Peers nach dem Curriculum der Bundesärztekammer „Ärztliches Peer Review“ und mit der Anerkennung von Peer Reviews als Fortbildung. Landesärztekammern stehen mit ihrer methodischen Kompetenz als Kooperationspartner zur Entwicklung bzw. Durchführung von Peer-Review-Verfahren zur Verfügung.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sichere Patientenversorgung braucht sichere Arbeitsbedingungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Jonitz, Herrn Dr. Bobbert, Herrn Dr. Albrecht, Herrn Dr. Wyrwich MBA, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Dehnst, Herrn Dr. Thierse und Herrn Dr. Fabian (Drucksache VI - 77) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Um eine hohe Sicherheit der Patientenversorgung im Krankenhaus zu gewährleisten, müssen folgende Faktoren gewährleistet sein:

1. ausreichend qualifiziertes, insbesondere medizinisches und pflegerisches Personal
2. humane, den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Arbeitszeiten
3. ein mitarbeiterorientierter, partizipativer Führungsstil
4. regelmäßige Schulungen zur Patientensicherheit während der Dienstzeiten
5. Zeit, Budget und Kapazitäten zur Durchführung von regelmäßigen Morbiditäts- und Mortalitäts- sowie klinisch-pathologischen Konferenzen, Abteilungs- und Teambesprechungen
6. die Einführung und Umsetzung von validen Verfahren zur Erhöhung der Patientensicherheit wie beispielsweise zur Händehygiene, zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen oder zur Arzneimitteltherapiesicherheit
7. ein funktionierendes Fehlerlern-, Qualitäts- und Risikomanagementsystem
8. die regelmäßige Evaluation der aufgeführten Maßnahmen durch Mitarbeiter- und Patientenbefragungen
9. Schaffung einer Sicherheits- respektive Fehlervermeidungskultur durch Vorbildfunktion der Vorgesetzten und Umsetzung der oben aufgeführten Maßnahmen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Respektvoller Umgang mit Patienten nach einem Zwischenfall

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Jonitz, Herrn Dr. Wyrwich MBA, Herrn Dr. Albrecht, Herrn Dr. Bobbert, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Dehnst, Herrn Dr. Thierse und Herrn Dr. Fabian (Drucksache VI - 79) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Befragungen und Studien zeigen, dass Patienten grundsätzlich großes Verständnis für die spezifischen Belastungen des Klinikpersonals haben. Zu Recht erwarten sie aber auch, dass Fehler und mögliche Folgen derselben offen zugegeben werden und mit den Betroffenen in angemessener, respektvoller und zugewandter Form umgegangen wird.

Nicht selten befinden sich Ärztinnen und Ärzte in einem für sie unlösbaren Spannungsverhältnis zwischen Patientenwünschen einerseits und den Interessen der Krankenhausträger und Haftpflichtversicherer andererseits. Solange eine Entschuldigung bzw. ein Schuldeingeständnis des Arztes von den Versicherern als Obliegenheitsverletzung angesehen wird und zum Verlust des Versicherungsschutzes in der Berufshaftpflicht führen kann, bleiben die Möglichkeiten eines offenen und vertrauensvollen Umganges mit Patienten nach einem Behandlungszwischenfall begrenzt.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert deshalb alle Beteiligten auf, gemeinsam nach konstruktiven und angemessenen Problemlösungsmöglichkeiten zu suchen. Beispiele aus den USA zeigen, dass der Aufbau einer Vertrauenskultur ("Sorry Works") sowohl Patienten als auch den Ärzten zugutekommt und die Position des Krankenhauses nicht schwächt, sondern eher stärkt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Erhöhung der Obduktionsrate als Instrument der Qualitätssicherung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dyk und Frau Dr. Wulff (Drucksache VI - 108) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Eine Erhöhung der Obduktionsrate als Instrument der Qualitätssicherung in Deutschland ist dringend erforderlich. Angesichts einer aktuellen Sektionsrate unter einem Prozent gehen wichtige pathologische Erkenntnisse für die Weiterzubildenden und eine Evaluation der Behandlungsfolgen verloren:

1. Verbesserte theoretische und praktische Ausbildung aller Medizinstudenten im Sektionswesen
2. Fortbildung der Ärzte im Sektionswesen
3. Förderung der Rahmenbedingungen zur signifikanten Erhöhung der Sektionsquote
4. Entwicklung eines Indikationskatalogs für Obduktion im Sinne einer Qualitätssicherungsmaßnahme
5. Teilnahme an klinisch-pathologischen Konferenzen als integrativer Bestandteil der Facharztweiterbildung
6. Klärung der Finanzierung der Sektion durch die Krankenkassen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Vergütung/Kostenerstattung

- VI - 27 Neue GOÄ noch 2013
- VI - 107 Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung
- VI - 73 GOÄ als ärztliche Gebührenordnung
- VI - 34 GOÄ - Laborkapitel
- VI - 66 Verbesserung der Finanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland
- VI - 113 Förderung ambulanter Therapieoptionen in Fächern mit konservativen und operativen Inhalten
- VI - 67 Förderung des ärztlichen Gesprächs
- VI - 52 Gleiche Dienstvergrütung für Sanitätsoffiziere wie für Ärzte an zivilen Kliniken
- VI - 80 neu Tarifoheit als Strukturprinzip in der ambulanten und stationären Versorgung



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Neue GOÄ noch 2013

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Dr. Friedländer, Frau Köhler und Herrn Dr. Baier (Drucksache VI - 27) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesregierung auf, ihre Zurückhaltung hinsichtlich der Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzulegen und Kraft ihrer Autorität Einfluss auf die private Krankenversicherung (PKV) zu nehmen, damit die Verhandlungen zu einer Reform der GOÄ nicht weiter verzögert werden. Unabdingbar sind der Abschluss der Verhandlungen und die daraus folgende Verabschiedung einer neuen GOÄ noch im Jahr 2013 und deren Inkrafttreten spätestens zum 01.01.2014.

Begründung:

Der Bundesminister für Gesundheit hat deutlich gemacht, dass die Bundesregierung in dieser Wahlperiode eine GOÄ nur dann auf den Weg bringen wird, wenn ein gemeinsamer Vorschlag von Ärzteschaft und privater Krankenversicherung (PKV) vorliegt. Die Ärzteschaft hat ihre Vorschläge auf den Tisch gelegt, der Verhandlungspartner PKV verzögert die Verhandlungen. Darüber hinaus haben auch die anderen Kostenträger, insbesondere die der Beihilfe, offensichtlich ein begrenztes Interesse daran, die GOÄ zu reformieren.

Weitere Verzögerungen, die dazu führen würden, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der modernen Medizin des Jahres 2012 im Kern weiterhin auf der Grundlage eines rund 30 Jahre alten Gebührenverzeichnisses abgerechnet werden müssen, sind unzumutbar. Die Ärzte - aber auch die Patienten - erwarten zu Recht klare, eindeutige Abrechnungsregeln und einen verlässlichen Maßstab für eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen. Benötigt wird eine transparente Abbildung der modernen Medizin.

Dies wird nur auf der Grundlage einer neuen amtlichen Gebührentaxe gelingen, die den Beteiligten Rechtssicherheit gibt, Qualität und Innovationen fördert sowie das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis schützt und gewährleistet. Jede weitere Verzögerung oder gar Verschiebung der GOÄ in die nächste Legislaturperiode verschärft die Konflikte, vergrößert die Rechtsunsicherheit und belastet Patienten und Ärzte gleichermaßen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Heister, Frau Dr. Groß M.A., Frau Bartels, Frau Haus, Herrn Dr. Köhne, Herrn Stagge, Herrn Prof. Dr. Bertram und Herrn Grauduszus (Drucksache VI - 107) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird ersucht, die geplante Neufassung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf Rückkopplungseffekte für die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu untersuchen, die Landesärztekammern kurzfristig darüber zu informieren und beim 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover darüber zu berichten.

Begründung:

Die Hereinnahme anderer Berufsgruppen in die GOÄ könnte bedeuten, dass Veränderungen der MWBO nur noch in Abstimmung mit diesen möglich sein werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: GOÄ als ärztliche Gebührenordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dietrich, Frau Bartels, Frau Dr. Blessing, Herrn Dr. Brunngraber, Herrn Stagge, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Wambach, Herrn Dr. Emminger, Herrn Prof. Dr. Bertram und Herrn Dr. Schnellbacher (Drucksache VI - 73) wird nach 2. Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 lehnt die Einbeziehung anderer Berufsgruppen in die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Die GOÄ soll eine rein ärztliche Gebührenordnung bleiben.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: GOÄ - Laborkapitel

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Rütz und Herrn Dietrich (Drucksache VI - 34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, bei der Neugestaltung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) darauf hinzuwirken, das Kapitel M, Laboratoriumsdiagnostik, als ärztliche Leistung aus der GOÄ auszugliedern und für Laborleistungen ausschließlich einen Kostenersatz vorzusehen.

Begründung:

Die tatsächliche Erbringung der Masse der Laborleistungen erfolgt bis zur technischen Validation in der Regel durch qualifiziertes Personal und ist nicht mehr durch ärztliches Tun charakterisiert.

Große laborärztliche Praxen sind mittlerweile in der Regel gewerbesteuerpflichtig, weil der Bundesfinanzhof wegen der Vielzahl von Befundungen keine eigenständige ärztliche Leistungserbringung mehr zu erkennen vermag.

Nichtlaborärztliche Leistungserbringer von qualifizierten Laboruntersuchungen sind in Abständen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen ausgesetzt, ohne eine substantielle Unterstützung von ärztlichen Selbstverwaltungsgremien zu erhalten.

Der Bundesgerichtshof wendet in jüngster Rechtsprechung Rechtsgrundsätze aus dem SGB V auf die private Arzt-Patienten-Beziehung an, wodurch sogar die medizinisch korrekte Leistungserbringung als Schaden für den Patienten eingestuft und strafrechtlich geahndet werden kann.

Da die Bundesärztekammer weder auf die medizintechnische Entwicklung noch für die aus dieser Entwicklung resultierenden tatsächlichen und rechtlichen Folgen eine adäquate Antwort bereit hat, um eine technische Leistung, die tatsächlich überwiegend nicht von Ärzten durchgeführt wird, als ärztliche Leistung zu erhalten, sollte aus Gründen der Glaubwürdigkeit auf diese Funktion einer ärztlichen Tätigkeit verzichtet werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verbesserung der Finanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dietrich, Frau Bartels und Frau Dr. Blessing (Drucksache VI - 66) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung muss gesichert und verbessert werden. Wir fordern ein Ende der Sparmaßnahmen zu Lasten von Patienten und Ärzten.

Wir fordern:

- Ein berechenbares und transparentes Honorar für die Arztpraxen von Haus- und Fachärzten
- Einführung eines festen Punktwertes auf Basis des 2004 betriebswirtschaftlich kalkulierten Mindestpunktwerts von 5,11 Cent zuzüglich Inflationsausgleich
- Abschaffung der Budgets und Honorierung auf Basis einer weitgehenden Einzelleistungsvergütung

Der Deckel auf der ambulanten Medizin muss verschwinden, wenn die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf dem heutigen Qualitätsstand gehalten werden soll. Die jahrelangen Sparmaßnahmen in Praxis und Klinik gefährden zunehmend eine gute Versorgung unserer Patienten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Förderung ambulanter Therapieoptionen in Fächern mit konservativen und operativen Inhalten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn PD Dr. Heep, Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dietrich, Frau Bartels und Herrn Dr. Pszcolla (Drucksache VI - 113) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert, die Finanzierung von konservativen Behandlungsmöglichkeiten in Fächern mit sowohl operativen als auch konservativen Therapieverfahren dergestalt zu verbessern, dass auch intensive konservative Behandlungen in Praxis und im Krankenhaus unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten erbracht werden können.

Begründung:

In den Medien wird in letzter Zeit immer häufiger angeprangert, dass die Häufigkeit operativer Eingriffe in medizinisch nicht erklärbarem Umfang ansteigt. Meist werden die finanziellen Anreize im Vergütungssystem sowohl der Krankenhausvergütungen als auch der ambulanten Medizin angeprangert. Wesentliche Ursachen dieser Entwicklung werden dabei nicht erwähnt: die Unterfinanzierung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten. In den Praxen erlauben Budgetdeckelungen, die Regelleistungsvolumina-Systematik oder Individualbudgets nicht, eine intensive konservative Behandlung mit höherfrequenten und multiplen Konsultationen wirtschaftlich zu erbringen. Regresse bedrohen die Möglichkeiten von per Verordnung delegierten Behandlungen. Im stationären Sektor sind konservative Therapien in Fächern mit operativem und konservativem Inhalt in den Diagnosis Related Groups (DRG) so schlecht abgebildet, dass es für Krankenhäuser unwirtschaftlich ist, konservative Abteilungen in Fächern mit operativem Behandlungsangebot einzurichten. In den meisten Bundesländern sind beispielsweise konservative Betten im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie im Krankenhausbedarfsplan nur unzureichend vorgesehen. Dieser Entwicklung sollte gegengesteuert werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Förderung des ärztlichen Gespräches

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Linder (Drucksache VI - 67) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das ärztliche Gespräch/die sprechende Medizin soll sowohl im GKV- als auch im PKV-System angemessen vergütet werden.

Der Gesetzgeber und die ärztlichen Körperschaften werden aufgefordert, die hierfür erforderlichen Regelungen zu schaffen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gleiche Dienstvergütung für Sanitätsoffiziere wie für Ärzte an zivilen Kliniken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reuther, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 52) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert das Bundesministerium des Innern (BMI) auf, die Vergütung der Sanitätsoffiziere in Bundeswehrkrankenhäusern für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft entsprechend der von Ärzten in zivilen Krankenhäusern zu gestalten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Tarifoheit als Strukturprinzip in der ambulanten und stationären Versorgung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Beier (Drucksache VI - 80 neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die deutsche Ärzteschaft setzt sich für gleichförmige und umfassende Mitwirkungsrechte der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten wie im stationären Bereich ein.

Dabei sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu setzen, dass eine "Tarifoheit" für Vertragsverhandlungen die medizinische Versorgung betreffend mit allen Rechten im stationären und ambulanten Bereich gegenüber Arbeitgeber bzw. Krankenkassen besteht.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Gesundheitsberufe

- VI - 56 Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen in der Arbeits- und Betriebsmedizin
- VI - 58 Kriterienkatalog zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen Dritter für Medizinische Fachangestellte



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen in der Arbeits- und Betriebsmedizin

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache VI - 56) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache VI - 56a) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesärztekammer auf, in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM) und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) ein Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte (MFA) und Arzthelfer/innen zu erarbeiten, welches auf die Vertiefung und Erweiterung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Bereich der Arbeits- und Betriebsmedizin über die in der Ausbildung vorgesehenen Ziele und Inhalte hinaus abzielt.

Begründung:

Die zunehmend knapperen fachärztlichen Personalressourcen betreffen gerade auch die Arbeitsmedizin. Eine Entlastung der ärztlichen Profession durch andere Professionen (= Substitution), wie z. B. Sicherheitsingenieure, Arbeitswissenschaftler, Psychologen oder Pädagogen, wird entschieden abgelehnt.

Vielmehr ist zur weiteren Sicherstellung der Aufgabenerfüllung in der betriebsärztlichen Betreuung eine stärkere Einbeziehung des nichtärztlichen Assistenzpersonals geboten. Nur die Delegation von abgestimmten Aufgaben an qualifiziertes Assistenzpersonal sichert auch zukünftig die gute Qualität der betriebsärztlichen Versorgung.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kriterienkatalog zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen Dritter für Medizinische Fachangestellte

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VI - 58) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesärztekammer auf, einen bundeseinheitlichen Kriterienkatalog für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen Dritter für Medizinische Fachangestellte (MFA) zu erstellen und sich dabei inhaltlich an den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung zu orientieren. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Beteiligung/des Sponsorings von/durch Unternehmen.

Begründung:

Die Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten hat in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Im Auftrag der Landesärztekammern wurden zwischenzeitlich seitens der Bundesärztekammer zahlreiche Mustercurricula entwickelt, wie z. B. die Fortbildung zum/zur Fachwirt/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung.

Neben den Landesärztekammern werden vermehrt auch von Dritten Fortbildungsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte angeboten, welche die Anerkennung derselben bei den Landesärztekammern beantragen können. Die Bewertung dieser Anträge erfolgt in den einzelnen Bundesländern sehr heterogen, da bundeseinheitliche Kriterien für die Anerkennung – wie sie bei der ärztlichen Fortbildung vorhanden sind – fehlen. Lediglich im Rahmen des Fortbildungscurriculums "Dialyse" wurden im Jahr 2002 Umsetzungsempfehlungen von der Bundesärztekammer beschlossen.

Derartige Empfehlungen gewährleisten eine möglichst einheitliche und hohe Qualität der Fortbildungsmaßnahmen und ermöglichen eine Qualifikation auf bundeseinheitlich vergleichbarem Niveau.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Telematik/Telemedizin/eHealth

- VI - 07 Ärzte in sozialen Medien - Empfehlungen der Bundesärztekammer für Ärzte und Medizinstudenten zur Nutzung sozialer Medien
- VI - 29 Persönlichkeitsrechte der Ärztinnen und Ärzte auch in Internet-Bewertungsportalen schützen!
- VI - 65 Zweitmeinung im Internet
- VI - 114 Systemoffene Schnittstelle für Praxis- und Krankenhaussoftware zur Qualitätssicherung
- VI - 60 Regelungen zur Rechtssicherheit bei elektronischer Dokumentation
- VI - 83 Keine Aushöhlung des Datenschutzes - Keine Schreibrechte von Krankenkassen für die Organspendeerklärungen auf der elektronischen Gesundheitskarte
- VI - 82 Moderne Kommunikation im Gesundheitswesen entwickeln - das politische Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" aufgeben
- VI - 20 Bürokratieabbau
- VI - 89 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei Telematikprojekten im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung
- VI - 90 Einbeziehung der Hausärzte in telemedizinische Projekte
- VI - 91 Elektronischen Heilberufsausweis als deutschlandweit einheitlichen Standard etablieren



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärzte in sozialen Medien - Empfehlungen der Bundesärztekammer für Ärzte und Medizinstudenten zur Nutzung sozialer Medien

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 07) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt die Empfehlungen der Bundesärztekammer "Ärzte in sozialen Medien".

In einem weiteren Schritt bittet der 115. Deutsche Ärztetag 2012 die Bundesärztekammer, auf diesen Empfehlungen aufbauend eine praktische Anleitung für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit sozialen Medien zu verfassen.

Anlage: Empfehlungen der Bundesärztekammer für Ärzte und Medizinstudenten zur Nutzung sozialer Medien



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Persönlichkeitsrechte der Ärztinnen und Ärzte auch in Internet-Bewertungsportalen schützen!

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache VI - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Deutschen Bundestag nachdrücklich auf, die Registrierung von Betreibern ärztlicher Bewertungsportale im Internet im Inland zwingend vorzuschreiben. Dabei ist ein Verantwortlicher im Sinne des Presse- und Telemediengesetzes transparent zu machen.

Es müssen gesetzliche Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass betroffene Ärztinnen und Ärzte kurzfristig und kostenlos sachlich falsche Behauptungen oder diffamierende Meinungsäußerungen in Bewertungsportalen effektiv und für immer entfernen lassen können.

Des Weiteren fordert der 115. Deutsche Ärztetag von den gesetzlichen Krankenkassen, in den von ihnen betriebenen ärztlichen Bewertungsportalen Ansprüche von Ärztinnen und Ärzten auf Richtigstellung und Gegendarstellung unvoreingenommen nach Recht und Gesetz zu prüfen und kurzfristig umzusetzen.

Die Krankenkassen müssen für ihre Bewertungsportale sicherstellen, dass sachlich falsche und diffamierende Äußerungen effektiv mit Wirkung für die Zukunft aus dem Online-Angebot gelöscht werden.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sehen sich immer öfter wegen der von ihnen getroffenen Behandlungsentscheidungen sachlich falscher, fachlich irreführender und bisweilen sogar diffamierender Kritik in Internet-Bewertungsportalen ausgesetzt.

Die deutsche Ärzteschaft sieht diese Entwicklung mit großer Sorge.

Es ist gesellschaftlich nicht hinnehmbar, dass sowohl von Privatpersonen als auch von Körperschaften des öffentlichen Rechts betriebene Bewertungsportale sich effektivem



rechtlichem Einfluss entziehen. In der Anonymität des Internets verleihen sie damit auch dem Bös- und Mutwilligen die Möglichkeit, Unwahrheiten und Beleidigungen über einen Arzt, eine Praxis oder ein Krankenhaus zu verbreiten. Solche Angriffe verletzen nicht nur individuelle Persönlichkeitsrechte, sondern schaden dem Ansehen der gesamten deutschen Ärzteschaft.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zweitmeinung im Internet

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. sc. Sauer mann (Drucksache VI - 65) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 beobachtet mit Sorge die Entwicklung, dass originär ärztliche Leistungen wie Beratung, Diagnosestellung, aber auch Zweitmeinungen, beispielsweise zur Notwendigkeit von Operationen, zunehmend ausschließlich über das Internet erfolgen.

Die Berufsordnungen der Landesärztekammern sehen vor, dass individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchgeführt werden darf. Es gehört somit zu den Pflichten des Arztes, sich über den Patienten ein eigenes Bild zu machen. Auch die Notwendigkeit einer Operation lässt sich nicht ausschließlich per Ferndiagnose beurteilen. Haftungsrechtliche Konsequenzen müssen ausreichend gewürdigt werden.

Der 115. Deutsche Ärztetag ist der Ansicht, dass nur der persönliche Kontakt dem besonders schützenswerten Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt gerecht wird.

Keinen Fall unzulässiger Fernbehandlung stellt jedoch die Telemedizin dar, sofern sie berufsrechtskonform durchgeführt wird und gewährleistet ist, dass der Arzt den Patienten unmittelbar behandelt und ein weiterer mitbehandelnder Arzt über telemedizinische Verfahren an der Behandlung beteiligt ist. Die Telemedizin stellt damit in Zukunft eine große Chance dar, ärztliches Handeln zu erleichtern und interdisziplinäres Zusammenwirken für eine bessere und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu fördern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Systemoffene Schnittstelle für Praxis- und Krankenhaussoftware zur Qualitätssicherung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Bernhardt und Herrn Dr. Dewitz (Drucksache VI - 114) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In ambulanten und stationären Einrichtungen genutzte Software muss durch systemoffene Schnittstellen (Software Interfaces) gewährleisten, dass der praxis- und krankenhausinternen Qualitätssicherung und dem Risikomanagement dienende EDV-Applikationen eingesetzt werden können. Die hierfür erforderlichen verpflichtenden Regelungen sind zu schaffen.

Begründung:

Mit diesem Antrag soll die über die programmimmanenten Möglichkeiten hinausgehende sinnvolle Nutzung der Patientendaten im Krankenhaus und in der Arztpraxis ermöglicht bzw. erleichtert werden. Dieser Antrag soll nicht die Vernetzung oder Übermittlung von Patientendaten an Dritte ermöglichen.

In den Datenbanken der Praxis- und Krankenhaussoftware sind in großem Umfang Gesundheitsdaten der Patienten gespeichert, deren zielgerichtete Auswertung eine große Hilfe bei der Patientenversorgung leisten könnte. Dies könnte einen erheblichen Beitrag zur Patientensicherheit und zum Risikomanagement darstellen. In Zukunft wird es, z. B. mit Blick auf die steigende Zahl betagter oder multimorbider Patienten noch wichtiger werden, die vorhandenen Daten systematisch zur Steigerung der Patientensicherheit zu nutzen. Mit den heutigen Möglichkeiten (Gerätedatentransfer-Schnittstellen) ist dies nur sehr eingeschränkt möglich.

Erforderlich ist es dabei, die in der Praxis oder dem Krankenhaus vorhandenen Daten auch mit anderen Programmen als den Programmen, in denen diese erfasst wurden, auszuwerten oder zu bearbeiten.

Es muss Drittanbietern möglich werden, Applikationen zu der Krankenhaus- und Praxissoftware zu entwickeln, die auf die Datenstämme der in der Praxissoftware und/oder der Krankenhaussoftware vorhandenen Informationen zugreifen. Durch diese Maßnahmen soll es ermöglicht werden, Daten auch wieder in das System zurückzuschreiben.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Regelungen zur Rechtssicherheit bei elektronischer Dokumentation

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Windau und Frau Taube (Drucksache VI - 60) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) die "Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis" vom 9. Mai 2008 zu überarbeiten, um den Landesärztekammern deutschlandweit einheitliche und aktuelle Empfehlungen im Sinne von § 10 Abs. 5 (Muster-)Berufsordnung (MBO) für alle Ärzte zur Verfügung stellen zu können. Kooperative Versorgungsformen und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit sollten besondere Berücksichtigung finden. Die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) und Krankenhausinformationssystemen (KIS) müssen zeitnah involviert werden, damit die jeweils geltenden Anforderungen, insbesondere eine rechtssichere Archivierung, von den Ärzten technisch auch umgesetzt werden können.

Begründung:

§ 10 Abs. 5 MBO lautet derzeit wie folgt: "Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Ärztinnen und Ärzte haben hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten."

Satz 2 ist durch sektorenübergreifend einheitliche verbindliche Regelungen zu untersetzen, die für den Arzt Rechtssicherheit gewährleisten und die weitere Einführung von elektronischer Dokumentation und Kommunikation unterstützen.

Vor diesem Hintergrund sind die bislang bestehenden Empfehlungen um den stationären Bereich zu erweitern und die DKG in die Überarbeitung der Richtlinien einzubeziehen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Aushöhlung des Datenschutzes - Keine Schreibrechte von Krankenkassen für die Organspendeerkklärungen auf der elektronischen Gesundheitskarte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dietrich, Herrn Dr. Jonitz, Frau Dr. Blessing, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Brunngraber, Herrn Stagge, Herrn Dr. Wesiack, Frau Bartels, Herrn Dr. Sellschopp, Herrn Dr. Stephan, Herrn Grauduszus, Herrn Brock, Herrn Dr. FreÙle, Herrn Dr. Mohr, Herrn Dr. Schulte, Frau Dr. Vitzthum, Herrn Dr. Förster, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Dr. Kajdi, Frau Haus, Frau Dr. Aden, Herrn Dr. Bartmann, Frau Dr. Friedländer, Herrn Dr. Reinhardt und Herrn Dr. Burmeister (Drucksache VI - 83) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstützt alle Bestrebungen zur Verbesserung der Möglichkeiten der Organ- und Gewebetransplantation.

Im Rahmen einer Gesetzesänderung zum Transplantationsgesetz (TPG) im Deutschen Bundestag am 25.05.2012 sollen, bisher unbeachtet von der Öffentlichkeit, die gesetzlichen Krankenkassen ein neues "Schreibrecht" auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) erhalten. Damit werden die Kostenträger und ihre 140.000 Mitarbeiter rechtlich wie technisch in die Lage versetzt, Einträge zu nichtadministrativen Themen auf der Versichertenkarte vorzunehmen.

Die geplante Regelung im neuen Transplantationsgesetz kommt aber einem datenschutzrechtlichen Dammbbruch gleich.

Da völlig unklar bleibt, welche Konsequenzen diese Speicherung inklusive von "Schreibrechten" der Krankenkassen auf dem Kartenchip für ihre Versicherten bei künftigen Gesetzesänderungen nach sich ziehen kann, fordert der 115. Deutsche Ärztetag in Nürnberg von der Politik eine Ablehnung dieser geplanten Gesetzesänderung im Rahmen des Transplantationsgesetzes.

Begründung:

Es wird bei dem geplanten Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" für viele Jahre keinerlei reale Möglichkeiten für den betroffenen Bürger geben, eine echte informationelle Selbstbestimmung und informierte Verwaltung seiner eigenen Daten auf der eGK



vorzunehmen. Die Speicherung von Organspendeerkklärungen nur in der Hand des Bürgers auf einem kleinen Papiaerausweis ohne Kontrolle und Einflussnahme von Kostenträgern ist eine sinnvolle Lösung.

Die Förderung von Organspenden ist nur durch ärztlich begleitete Aufklärung, gerechtfertigtes Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger und eine zu erzielende Verbesserung der Abläufe in den Kliniken zu erreichen. Die Vertrauensbildung in der Bevölkerung könnte dagegen durch Onlineeingriffe und -kontrolle dieser sensiblen persönlichen Entscheidung durch Kostenträger nachhaltig beschädigt werden. Auch der Bundesdatenschützer kritisiert das geplante Vorgehen in diesem Kontext entsprechend.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Moderne Kommunikation im Gesundheitswesen entwickeln - das politische Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" aufgeben

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Brunngraber, Herrn Dr. Jonitz, Herrn Dietrich, Frau Bartels, Frau Dr. Blessing, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Wesiack, Herrn Dr. Sellschopp, Herrn Stagge, Herrn Dr. Stephan, Herrn Dr. FreÙle, Herrn Dr. Schulte, Frau Dr. Thiel, Herrn Dr. Mohr, Frau Dr. Vitzthum, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Metke, Herrn Dr. Roder, Frau Haus, Frau Dr. Friedländer, Herrn Dr. Förster, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Dr. Kajdi, Herrn Grauduszus und Herrn Dr. Burmeister (Drucksache VI - 82) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das politische Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" (eGK) ist gescheitert. Der gigantomanische Anspruch, durch eine flächendeckende Elektronifizierung der Patientenversorgung unter der Führung der Krankenkassen sowohl transparente Patienten als auch transparente Ärzte herzustellen, widerspricht elementaren ärztlichen Grundwerten.

Die Vertraulichkeit der Patientenbeziehung ist genauso durch dieses politische Projekt bedroht wie die ärztliche Therapiefreiheit. Der derzeitige Nutzen liegt bei einigen Wenigen, bei Kontrollinteressen von Kassen und Politik und der nach neuen Märkten suchenden Industrie. Der Schaden sowie der Aufwand bleiben bei Versicherten, bei Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis und bei medizinischem Personal. Aus diesem Grund fordert der 115. Deutsche Ärztetag 2012 einen Stopp des Projektes und die Förderung längst existierender kostengünstiger dezentraler Kommunikationswege und Speichermedien in der Medizin.

Begründung:

Die eGK-Tests sind in allen Aspekten gescheitert. Mehrfache Versuche des "Neustarts" ziehen sich seit sechs Jahren hin, haben bisher schon Milliarden Euro verschlungen und verdienen keine weiteren Wiederholungen.

Die Verwandlung von Arztpraxen und Klinikambulanzen in Online-Außenstellen der Kassen für das verpflichtende Versicherten-Stammdatenmanagement (VSDM) in Arztpraxen und Kliniken wird von der Ärzteschaft bundesweit abgelehnt.



Das ganze eGK-Projekt behindert seit Jahren eine fortschrittliche Weiterentwicklung der Kommunikation im Gesundheitswesen. Die veraltete "Kartentechnologie" stammt aus den Sechzigerjahren des vorigen Jahrhunderts und hat sich in den Tests als wahres Hindernis für Praktikabilität erwiesen.

Gelder in Kliniken und Praxen sollten investiert werden in moderne Datenhaltung und deren Schutz vor Ort. Des Weiteren benötigt man für die elektronische ärztliche Kommunikation verschlüsselte Mails, VPN-Leitungen und sichere dezentrale Speichermedien in der Hand des Patienten. All dies ist ebenso für einen geringen finanziellen Mitteleinsatz vorhanden wie die elektronische Signatur.

Grundsätzlich abzulehnen ist jede Form des Sammelns medizinischer Daten einer großen Anzahl von Menschen in zentralen Serverstrukturen. Dieses dient wie das ganze Projekt insgesamt nur der Kontrollfähigkeit aller medizinischen Prozesse im Sinne einer möglichst renditebringenden "Krankenbehandlung" im Interesse von Gesundheitskonzernen. Niemand kann solche Daten auf Dauer schützen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Bürokratieabbau

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Grauduszus, Herrn Dietrich und Frau Bartels (Drucksache VI - 20) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das sogenannte Versichertenstammdaten-Management ist keine ärztliche Tätigkeit, sondern gehört zu den genuinen Verwaltungsaufgaben der Kostenträger. In einer Zeit von Ärztemangel und Mangel von Fachpersonal in der Gesundheitsversorgung müssen Arztpraxen von Verwaltungsaufgaben entlastet werden. Auch eine sogenannte freiwillige Umsetzung des Versichertenstammdaten-Managements wird abgelehnt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei Telematikprojekten im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. sc. Sauermann (Drucksache VI - 89) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf, bei Telematikprojekten, im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, sektorenübergreifend zusammenzuarbeiten und einheitliche bzw. kompatible Standards zu verwenden.

Begründung:

Ziel der Einführung von Telematik im Gesundheitswesen muss in erster Linie eine Verbesserung der Patientenversorgung sein. Diese ist in Zeiten des gestiegenen Ärztebedarfs, insbesondere in ländlichen Bereichen, und einer immer älter werdenden Bevölkerung zunehmend sektorenübergreifend zu gestalten. Dazu bedarf es der Anwendung einheitlicher bzw. kompatibler Standards.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einbeziehung der Hausärzte in telemedizinische Projekte

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Bodendieck und Frau Taube (Drucksache VI - 90) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Um die wohnortnahe hausärztliche Patientenversorgung effizienter zu gestalten, fordert der 115. Deutsche Ärztetag 2012 die unbedingte Einbindung der Hausärzte als Partner in telemedizinische Projekte spezialisierter medizinischer Zentren in die für die hausärztliche Versorgung relevanten Prozessabläufe.

Begründung:

Telemedizinische Verfahren stellen eine Ergänzung, jedoch keinen Ersatz klinischer Diagnostik- und Therapiemethoden dar. Deshalb ist die Einbindung der im direkten Patientenkontakt tätigen Ärzte, in der Regel der Hausärzte, in die für die hausärztliche Versorgung relevanten Prozessabläufe zwingend erforderlich, um für den Patienten das bestmögliche Behandlungsergebnis zu erreichen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Elektronischen Heilberufsausweis als deutschlandweit einheitlichen Standard etablieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Taube (Drucksache VI - 91) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert, den elektronischen Heilberufsausweis, welcher mittlerweile durch 15 Landesärztekammern nach einheitlichen Regularien herausgegeben wird, zukünftig als deutschlandweiten Standard eines digitalen Arztausweises zu etablieren und weiterzuentwickeln.

Begründung:

Der elektronische Heilberufsausweis ist mit seinen Funktionen das ideale Medium zur Organisation der innerärztlichen Kommunikation. Ein landesweiter Einsatz würde die sektorenübergreifende und die überregionale ärztliche Zusammenarbeit auf kommunikativer Ebene entscheidend verbessern, Kommunikationsprozesse beschleunigen und Verwaltungsabläufe in den Praxen verschlanken.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Ärztliche Psychotherapie/Psychosomatik

- VI - 05 Förderung der ärztlichen Psychotherapie auf Landesebene
- VI - 06 Keine Direktausbildung psychologischer Psychotherapeuten
- VI - 44 Psychosomatische Kompetenz



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Förderung der ärztlichen Psychotherapie auf Landesebene

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 05) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Belange der ärztlichen Psychotherapeuten müssen bundesweit unterstützt und gefördert werden. Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüÙt ausdrücklich entsprechende Initiativen der Landesärztekammern. Insbesondere müssen in den bestehenden gemeinsamen Beiräten der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten die spezifischen Anliegen dieser Arztgruppe konsequent vertreten werden.

Die verantwortlichen Politiker auf Bundes- und Landesebene werden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Psychotherapie sowohl durch psychologische Psychotherapeuten als auch durch ärztliche Psychotherapeuten ausgeübt wird. Nur die ärztlichen Psychotherapeuten können aber auf Grund ihrer mehrjährigen Ausbildung und ärztlichen Weiterbildung sowohl die seelischen als auch die körperlichen Aspekte von Krankheiten in Diagnostik und Therapie im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung umfassend berücksichtigen. Sie können als Ärzte ärztliche Verordnungen und evtl. notwendige weitere medizinische Maßnahmen in der Interaktion mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen veranlassen. Psychologische Psychotherapeuten können daher ärztliche Psychotherapeuten nicht ersetzen, dies muss bei allen Beratungen zur psychotherapeutischen Versorgung auch auf Landesebene mehr als bisher beachtet werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Direktausbildung psychologischer Psychotherapeuten

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 06) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, bei der geplanten Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) auf die Direktausbildung zu verzichten. Stattdessen sollte die bewährte postgraduale Ausbildungsstruktur erhalten bleiben.

Begründung:

Das BMG erwägt derzeit die Einführung einer Direktausbildung zum PP und KJP. Diese soll die bewährte postgraduale Struktur der Ausbildung ersetzen. Ein ausreichender Kompetenzerwerb der PP und KJP in der Diagnostik und Behandlung von Schwerkranken im Rahmen einer Direktausbildung ohne Einbezug stationärer Behandlungssettings erscheint jedoch nicht möglich. Sinnvoller wäre es, den klinischen Teil der Ausbildung zu verbessern und eine Bezahlung der Auszubildenden durchzusetzen. Der Erhalt der so gestalteten postgradualen Struktur der Ausbildung ist für die Sicherung der hohen Versorgungsqualität unerlässlich.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Psychosomatische Kompetenz

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Rütz, Frau Dr. Groß M.A. und Frau Bartels (Drucksache VI - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer zu einer breit angelegten, medienwirksamen Kampagne auf, um auf die in der Ärzteschaft vorhandene Kompetenz bei psychosomatischen Erkrankungen hinzuweisen.

Gleichzeitig ruft der 115. Deutsche Ärztetag alle Ärztekammern dazu auf, niederschwellige Fortbildungsangebote für die Vertiefung psychosomatischer Kompetenz zu schaffen.

Begründung:

In der Öffentlichkeit verliert der Arztberuf zunehmend seine Bedeutung, wenn es um die Beurteilung psychischer Problematiken geht. Vielmehr scheinen ausschließlich Psychotherapeuten oder Notfallseelsorger kompetente Ansprechpartner in seelischen Krisensituationen zu sein. Der Arzt kommt in diesen Zusammenhängen als potenzieller Ansprechpartner kaum noch vor. Dabei ist die Psychotherapie eine ärztliche Behandlung, die mit großer Kompetenz von dazu weitergebildeten Ärzten durchgeführt wird. Das muss wieder in das Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit gerückt werden, weil diese Kompetenz der Ärzteschaft sonst auf Dauer abgesprochen wird.

Ein damit in engem Zusammenhang stehendes Problem ist das Bedürfnis der Patienten nach mehr ärztlicher Zuwendung durch das Gespräch. Hier ist sicher ein Defizit in der Breite festzustellen, dem aus den oben genannten Gründen entgegengearbeitet werden muss. Die heutigen Rahmenbedingungen sind aber nicht geeignet, die psychosomatische Kompetenz zu fördern. Auch wenn eine adäquate Honorierung derzeit nicht absehbar ist, ist es aber ein Fehler, diesen Teil der ärztlichen Therapie "kampflös" anderen Professionen zu überlassen.

In allen Weiterbildungsgebieten ist psychosomatische Kompetenz gefordert. Daher werden die Ärztekammern aufgefordert, für alle Gebiete niederschwellige Fortbildungsangebote zu schaffen, um die ärztliche Gesprächsführung auch bei der Ärzteschaft zu halten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit

- VI - 47 Strukturwandel des ärztlichen Berufsbildes: eine Aufgabe für die Kammern
- VI - 30 Bürokratieabbau - mehr Zeit für Patienten
- VI - 28 Korrekte und vollständige Erfassung und Dokumentation geleisteter ärztlicher Arbeitszeit
- VI - 31 Durch bessere Arbeitsbedingungen und bessere Bezahlung die Attraktivität für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) steigern!
- VI - 64 Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses in der Arbeitsmedizin
- VI - 96 Stress am Arbeitsplatz macht krank
- VI - 101 Anreize für Familiengründung setzen
- VI - 104a Änderungsantrag zum Antrag VI - 104
- VI - 104 Eckpunktepapier zur Familienfreundlichkeit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
- VI - 103 Disruptive Behaviour ahnden
- VI - 109 Anforderung ärztlicher Dokumente durch nichtärztliche Institutionen
- VI - 112 Richtlinien zur Anerkennung von Zeugnissen und Kompetenzen von Ärzten aus Nicht-EU-Ländern
- VI - 125 Sprachkenntnisse verbessern



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Strukturwandel des ärztlichen Berufsbildes: eine Aufgabe für die Kammern

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Wulff, Herrn Dr. Ramm, Herrn Schäfer, Frau Bischoff, Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Köhne und Herrn Dr. Wesiack (Drucksache VI - 47) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Im Rahmen der veränderten Anforderungen und Wünsche junger Ärztinnen und Ärzte an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein Strukturwandel in der Organisationskultur ärztlicher Tätigkeit erforderlich: Dies betrifft nicht nur die Weiterbildung und die anstehende Bewertung ihrer Qualitätsindikatoren, sondern in entscheidender Weise einen Wandel im Verständnis des Berufsbildes und der Personalentwicklung von Ärztinnen und Ärzten. Hierbei sind auch die Kammern gefragt, ihre Mitglieder repräsentativ zu vertreten. Vor allem sie sind in der Lage, den verschiedenen Akteuren (Politik, Krankenhausträger usw.) Beratung zu Richtpunkten anzubieten, die aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte (entwickelt z. B. in Qualitätszirkeln, Weiterbildungsumfragen, Fortbildungsveranstaltungen) eine Weichenstellung zur größeren Berufs- und Karrierezufriedenheit bewirken. Damit Ärztinnen und Ärzte leisten können, was alle von ihnen wollen.

Begründung:

Impulse aus der Ärzteschaft im Sinne der vielzitierten Life-Domain-Balance existieren bereits: Unterschwellig wirksame Stereotypen und verkrustete Strukturen in Institutionen, Personalabteilungen und auch in der ärztlichen Leitungsebene können nur durch die Benennung konkreter Maßnahmen verändert werden, z. B. Entzerrung der unterschiedlichen Erwartungen an Ziel- und Leistungsvereinbarungen, planbare Arbeitszeiten, länger laufende Arbeitsverträge, Mentoringprogramme, Karrierebüros, Abbau von Bürokratieroutine, verbindliche Verpflichtung leitender Ärzte zu mitarbeiterorientiertem Arbeiten. Die Kammern sind aufgerufen, diese Forderungen weiterzuentwickeln und öffentlich zu vertreten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Bürokratieabbau - mehr Zeit für Patienten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Köhler, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache VI - 30) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber auf, endlich überflüssige Bürokratie konsequent abzubauen. Vor allem ausufernde Dokumentationspflichten für Ärzte in Klinik und Praxis müssen systematisch reduziert werden.

Begründung:

Viele Studien der letzten Jahre, zuletzt die A.T.-Kearney-Studie, belegen eine überbordende Bürokratie im ärztlichen Alltag. Danach verbringen Klinikärzte mehr als ein Drittel der Arbeitszeit mit bürokratischen Dokumentationen, die von der gesetzlichen Krankenkasse vorgeschrieben werden. In der Praxistätigkeit ist der bürokratische Aufwand noch höher.

Dieser bürokratische Aufwand und die damit einhergehende zeitliche Belastung gehen zu Lasten der Patientenversorgung und verschlingen Milliardenbeträge. Allein die Verwaltungszeit aller Kassenärzte kostet laut A.T.-Kearney-Studie in Arbeitszeit gerechnet fast 7,1 Milliarden Euro.

Überbordende Bürokratie vermindert darüber hinaus die Attraktivität des Arztberufes und schreckt ärztlichen Nachwuchs vor der kurativen Tätigkeit ab.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Korrekte und vollständige Erfassung und Dokumentation geleisteter ärztlicher Arbeitszeit

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache VI - 28) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert alle abhängig beschäftigten Ärztinnen und Ärzte - insbesondere in stationären Einrichtungen - sowie deren direkte Dienstvorgesetzten und Arbeitgeber zu korrekter und vollständiger Erfassung und Dokumentation der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit auf, um den rechtlich verbindlichen Erfordernissen des Arbeitsrechtes, des deutschen und europäischen Arbeitszeitrechtes, des Arbeitsschutzgesetzes sowie den verbindlichen tarifvertraglichen Vereinbarungen (z. B. §§ 7 und 10 des Tarifvertrages für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken [TV-Ärzte/TdL] vom 30. Oktober 2006) zu entsprechen und den Anforderungen an die Patientensicherheit und den Gesundheitsschutz der abhängig beschäftigten Ärztinnen und Ärzten gerecht zu werden!

Begründung:

Die unbewusste oder gar bewusste Verschleierung tatsächlich geleisteter ärztlicher Arbeitszeit oder die etwaige Anstiftung oder sonstige Veranlassung hierzu durch Vorgesetzte oder Arbeitgeber stellt nicht nur einen gravierenden - gegebenenfalls sogar strafbewehrten! - Rechtsverstoß dar, sondern führt zur Gefährdung der Patientensicherheit und zu einer gesundheitlichen Gefährdung der abhängig beschäftigten Ärztinnen und Ärzte! Keine Ärztin und kein Arzt darf im übermüdeten Zustand seine Patienten behandeln! Darüber hinaus führen die unkorrekte Erfassung und Dokumentation geleisteter ärztlicher Arbeitszeit zu einer Maskierung des tatsächlich vorhandenen Bedarfs medizinischer Versorgung der Bevölkerung - insbesondere im stationären Sektor. Knappe Personalbudgets dürfen nicht dazu führen, dass in Wirklichkeit geleistete ärztliche Arbeitsstunden nicht erfasst, nicht bezahlt und nicht durch gesetzlich vorgeschriebene und in Hinblick auf die Patientensicherheit sowie von Seiten des vorbeugenden Gesundheitsschutzes der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte erforderliche Frei- und Ruhezeiten kompensiert werden!

Die jeweils zuständigen gesetzlichen Unfallversicherungsträger und



Berufsgenossenschaften sowie die staatlichen Aufsichtsbehörden sind aufgefordert, diesbezüglich eine ernstzunehmende Kontrolldichte darzustellen und erkannte Arbeitszeitverstöße zur Gewährleistung der Patientensicherheit und im Interesse des vorbeugenden Gesundheitsschutzes der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte wirksam zu ahnden!

Die nur unvollständige Erfassung und Dokumentation tatsächlich geleisteter ärztlicher Arbeitszeit ist nicht etwa die "heilbringende" Lösung des Problems eines zunehmenden Ärztemangels - insbesondere in den Kliniken -, sondern wegen der damit einhergehenden inakzeptablen Arbeitsbedingungen eine seiner Ursachen!



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Durch bessere Arbeitsbedingungen und bessere Bezahlung die Attraktivität für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) steigern!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Lücke, Frau Köhler, Frau Dr. Friedländer und Herrn Dr. Baier (Drucksache VI - 31) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Träger des ÖGD im Land auf, organisatorische Abläufe, finanzielle Voraussetzungen und Arbeitsbedingungen im ÖGD zu schaffen, die für hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte wieder interessant sind.

Der ÖGD hat in der Betreuung der Schwachen in der Gesellschaft, der psychisch Kranken, der Behinderten oder auch dementen Patienten eine herausfordernde Daueraufgabe, der er auf Dauer nur dann noch gerecht werden kann, wenn Ärztinnen und Ärzten wieder berufliche und finanzielle Perspektiven eröffnet werden.

Begründung:

Schon heute können Facharztstellen für einige Fachgebiete nicht besetzt werden. Mindestens 150 erforderliche Planstellen sind bundesweit unbesetzt. Der ÖGD kann ureigenste Aufgaben wie etwa Einschulungs- oder Schulentlassungsuntersuchungen nur noch lückenhaft bewältigen - ganz zu schweigen von der Umsetzung präventiver oder sozialpolitischer Zielsetzungen.

Die Ursache dieser Entwicklung liegt nicht nur im allgemeinen Ärztemangel, sondern vor allem auch in der zunehmenden Auseinanderentwicklung der Gehaltssituation der Ärzte an Kliniken und beim ÖGD. Deutlich weniger verdient ein vergleichbar qualifizierter Kollege im öffentlichen Gesundheitsdienst. Erschwerend kommt hinzu, dass den Ärztinnen und Ärzten beim ÖGD perspektivische Entwicklungsmöglichkeiten oft verbaut sind, da ein Aufstieg in Führungspositionen der Verwaltung fast unmöglich ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses in der Arbeitsmedizin

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Kobes (Drucksache VI - 64) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstützt nachdrücklich die Initiative der Bundesregierung, insbesondere des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), das Thema Nachwuchsgewinnung in der Arbeitsmedizin im Rahmen einer diesjährigen Konferenz zu erörtern. In diesem Zusammenhang werden alle Akteure aufgefordert, Möglichkeiten und Maßnahmen zu eruieren, welche die Arbeitsmedizin für den ärztlichen Nachwuchs, aber auch für das nichtärztliche Assistenzpersonal attraktiver machen.

Begründung:

Auch in der Arbeitsmedizin ist eine zunehmende Verknappung der fachärztlichen Personalressourcen zu beobachten. Eine Analyse der Altersgruppen zeigt, dass Betriebsärzte gegenwärtig oft über das 65. Lebensjahr hinaus tätig sind und in den nächsten Jahren deutlich mehr Ärzte aus dem Arbeitsleben ausscheiden werden als derzeit Nachwuchs zur Verfügung steht.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Stress am Arbeitsplatz macht krank

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Pickerodt, Herrn Dr. Albrecht, Frau Kulike und Herrn Dr. Wyrwich MBA (Drucksache VI - 96) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Chronischer psychischer Stress am Arbeitsplatz macht krank. Die Arbeitsbedingungen müssen sich ändern.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, die Erkenntnisse über die gesundheitlichen Folgen krank machender Arbeitsbedingungen im Sinne ärztlicher Prävention verstärkt in die öffentliche Diskussion einzubringen, um Strukturänderungen zu erreichen.

Begründung:

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den beruflichen Stress zu "einer der größten Gefahren des 21. Jahrhunderts" erklärt. Die Vereinten Nationen haben das Recht auf "Arbeit und angemessene und befriedigende Arbeitsbedingungen" als ein Menschenrecht deklariert (Artikel 23 der "Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte" von 1948).

In der EU gibt es seit 2004 die "Sozialpartnervereinbarung psychosozialer Stress am Arbeitsplatz". Die meisten EU-Staaten - nicht jedoch Deutschland - haben gesetzliche Regelungen zum Schutz vor gesundheitsgefährdendem psychischem Stress am Arbeitsplatz eingeführt und mit den Risiken von Lärm, Licht, Vibration, Toxinen etc. gleichgestellt.

Nach Mitteilung des Arbeitsministeriums sind die Fehltage wegen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen seit 2001 von 33,6 Millionen auf 53,5 Millionen jährlich gestiegen. Der Anteil an allen krankheitsbedingten Fehltagen hat sich von 6,6 auf 13,1 Prozent verdoppelt.

Der Zusammenhang zwischen krank machender Arbeitssituation und psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen wird oft nicht erkannt oder geleugnet.

Zu krank machenden Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzstrukturen gehören u. a.: Arbeitsverdichtung, Zeit-, Konkurrenz- und Leistungsdruck, hohe Anforderungen bei



geringem Einfluss auf den Arbeitsprozess, mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte, fehlende Gratifikation, Überforderung durch permanente Veränderungen ("Flexibilität"), kontinuierliche Überwachung und Kontrolle, unzureichende Entlohnung, prekäre Arbeitssituation bei Leiharbeit, Minijobs und "Aufstockern", befristete Arbeitsverträge, Angst vor Arbeitsplatzverlust, ungewisse Lebensplanung bei fehlender Existenzsicherung, Doppelbelastung durch Beruf, Familie und Pflege, Entgrenzung der Arbeit wegen ständiger Erreichbarkeit über Handy und E-Mail, Nacht- und Schichtarbeit, ungenügende Erholungsmöglichkeiten mit zu wenig Zeit für Familie und soziale Kontakte, Mobbing, Zwang zur Selbständigkeit ohne existenzsicherndes Einkommen und Selbstausbeutung.

Nicht nur Arbeitslosigkeit macht krank. Chronische Überforderung und chronischer Stress am Arbeitsplatz können zu psychischen oder psychosomatischen Krankheiten führen wie Depressionen, Angststörungen, Suchtkrankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Hypertonie und Herzinfarkt), Rückenschmerzen, Tinnitus sowie bisher nur als krankheitsauslösender Faktor und nicht als eigene Krankheit definierter Burnout.

Die Arbeitsmedizin muss sich neben ihren angestammten Aufgaben zunehmend den psychischen Problemen am Arbeitsplatz zuwenden. Arbeitsmediziner und Betriebsärzte haben als Dienstleister gegenüber der Arbeitgeberseite meist nur geringen Einfluss auf entscheidende Veränderung von krank machenden Arbeitsstrukturen. Erst ein notwendiges gesellschaftliches Umdenken mit sozialpolitischen Folgen, politischen Korrekturen und entsprechenden Gesetzen wird wieder humane und gesundheitsverträgliche Arbeitsbedingungen schaffen.

Die ärztliche und psychotherapeutische Hilfe für die betroffenen Patienten und entsprechende Präventionsmaßnahmen bleiben selbstverständlich die Aufgabe in der täglichen Praxis. Die Ärzteschaft hat aber auch eine präventive gesellschaftliche Verpflichtung. Die im Umgang mit den Patienten gewonnenen Erkenntnisse über krank machende Arbeitsbedingungen und die entsprechenden Forschungsergebnisse müssen in der Öffentlichkeit verständlich dargestellt werden. Die Ärzteschaft sollte den Dialog mit den Verantwortlichen in Politik, Wirtschaft, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerschaft, Gewerkschaften, Sozialverbänden und Medien suchen. Die Arbeitswelt muss sich wieder den Menschen anpassen, statt vorrangig Renditeerwartungen zu erfüllen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Anreize für Familiengründung setzen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Schütz und Frau Wagner (Drucksache VI - 101) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, tragfähige Anreize dafür zu setzen, dass sich gut ausgebildete Fachkräfte – wie auch Ärztinnen und Ärzte – wieder mehr für die Gründung von Familien und die Geburt von Kindern in unserem Land entscheiden.

Dazu können Modelle aus anderen Ländern als Vorlage dienen. Namentlich in Skandinavien konnte die Geburtenrate erfolgreich gesteigert werden. Entscheidend dafür sind ein möglichst geringer Verdienstausschlag infolge von Schwangerschaft und Kinderbetreuung, attraktive Angebote für die Betreuung auch von Kleinkindern sowie Angebote, die jederzeit einen raschen und flexiblen Wiedereinstieg in den Beruf ermöglichen.

Begründung:

Der demografische Wandel ist ein Kernpunkt der drängendsten Probleme unserer Gesellschaft, nicht zuletzt auch im Gesundheitswesen. Eine deutliche Steigerung der Geburtenrate ist zur Überwindung der demografischen Probleme zwingend erforderlich. Dafür müssen aber die Familiengründung und Kindererziehung attraktiver werden oder zumindest mit weniger Nachteilen behaftet sein als bisher. Das bisherige Elterngeld und die zögerliche Bereitstellung von Krippenplätzen mit gut ausgebildeten Erziehern und Erzieherinnen haben bislang keinen erkennbar positiven Effekt gezeigt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderungsantrag zum Antrag VI - 104

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 104a) zum Entschließungsantrag von Frau Kulike, Frau Dr. Ende und Herrn Dr. Pickerodt (Drucksache VI - 104) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Antrag auf Änderung des ersten Absatzes in den folgenden Text:

"Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt das Engagement der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) in ihrem Positionspapier "Eckpunktepapier zur Familienfreundlichkeit", beschlossen am 01.05.2011 in Halle, und beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen, inwieweit sich die Bundesärztekammer diese Position zu eigen machen kann."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Eckpunktepapier zur Familienfreundlichkeit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Kulike, Frau Dr. Ende und Herrn Dr. Pickerodt (Drucksache VI - 104) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstützt das grundsätzliche Anliegen im nachfolgend zitierten Positionspapier der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) "Eckpunktepapier zur Familienfreundlichkeit", beschlossen am 01.05.2011 in Halle:

"Zusammenfassung:

Die bvmd betrachtet die Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf als einen der zentralen Ansätze zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Position:

Um eine zufriedenstellende Lebensqualität und Familienplanung für berufstätige Ärztinnen und Ärzte zu ermöglichen, sind uns als zukünftige Ärztinnen und Ärzte folgende Punkte wichtig:

- Flächendeckend gute Kinderbetreuung
- Geregelte, familienfreundliche Arbeitszeiten, die es Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, Arbeits- und Familienleben zu vereinbaren
- Sicherstellung der Vertretung für Praxen auch für kürzere Zeiträume, und in strukturschwachen Gebieten stärkere Einbindung von Teilzeitmodellen und anderen innovativen Arbeitsmodellen
- Aufhebung der Residenzpflicht: Gerade für Familien sind Bildungs- und Freizeiteinrichtungen ein bedeutender Standortfaktor, der aber in ländlichen/strukturschwachen Regionen nicht immer zu leisten ist. Daher möchten wir die Wichtigkeit der Aufhebung der Residenzpflicht hervorheben.

Die in den Eckpunkten zum Versorgungsgesetz bereits aufgeführten Ansätze, wie die Verlängerung der Vertretung durch Vertragsärzte oder Entlastungsassistenten, befürworten wir. Allerdings sollte dies an die modernen Familienkonzepte (z. B. Kinderbetreuung durch den Vater, Adoptionen) angepasst werden und



geschlechterunspezifisch gelten. Zudem sollte zwischen der Möglichkeit der Vertretung und den Entlastungsassistenten frei gewählt werden dürfen."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Disruptive Behaviour ahnden

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Schütz, Frau Wagner und Herrn Dr. Horndasch (Drucksache VI - 103) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten zu prüfen, ob in der (Muster-)Berufsordnung (MBO) das Prinzip des "Disruptive Behaviour" verankert werden kann, wonach - entsprechend der Luftfahrt - das Verhalten von Vorgesetzten und Kollegen als unerwünscht nicht toleriert wird und standesrechtlich geahndet werden kann.

Begründung:

Noch immer ist der Alltag in vielen klinischen Abteilungen von steilen Hierarchien und wenig kollegialer Personalführung geprägt, obwohl die Erfahrungen in der Luftfahrt eindeutig gezeigt haben, dass dies für eine deutlich höhere Fehlerrate verantwortlich ist.

Darüber hinaus schreckt derartiges Verhalten junge Kolleginnen und Kollegen von einer Tätigkeit in der Krankenversorgung dauerhaft ab, was in Zeiten des schnell zunehmenden Ärztemangels und angesichts der hohen Studienkosten nicht hinnehmbar ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Anforderung ärztlicher Dokumente durch nichtärztliche Institutionen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Bartels, Herrn Dr. Schnellbächer, Frau Dr. Blessing, Herrn Grauduszus, Herrn Dietrich und Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache VI - 109) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert, dass private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen und Behörden kein Recht auf Einsichtnahme in ärztliche Berichte haben dürfen, die zum Zweck der Kommunikation zwischen Ärzten erstellt wurden. Solche Berichte dürfen - mit Zustimmung des Patienten und des Erstellers des betreffenden Dokuments - ausschließlich anderen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen zugänglich gemacht werden. Bei Anforderungen durch oben genannte Institutionen ist daher der betreffende Beratungsarzt oder die ärztliche Stelle namentlich zu benennen, an die ein solches Dokument versandt werden soll. Die Anforderungen an die ärztliche Schweigepflicht sind zu beachten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Richtlinien zur Anerkennung von Zeugnissen und Kompetenzen von Ärzten aus Nicht-EU-Ländern

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Vitzthum (Drucksache VI - 112) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 möge beschließen, dass die mit dem sogenannten Anerkennungsgesetz neu in der Bundesärzteordnung geschaffene Möglichkeit für die Prüfung von Drittstaatenausbildungsnachweisen, insbesondere bezüglich

- vorhandener Sprachkenntnisse,
- der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes,
- der vorhandenen Kenntnisse und
- der Echtheit von Urkunden,

in allen Bundesländern konsequent und einheitlich in der Praxis umgesetzt wird.

Begründung:

Wir benötigen bei bestehendem Ärztemangel Kollegen aus Nicht-EU-Ländern, und wir heißen sie willkommen. Aber wir wünschen und fordern eine Vergleichbarkeit mit unserem Ausbildungsniveau.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sprachkenntnisse verbessern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Gericke, Herrn Prof. Dr. Smektala, Herrn Dr. Fabian, Herrn Dr. Hülskamp, Frau Dr. Machnik, Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Köhne, Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Botzlar, Frau Wagner und Herrn Dr. Tempel (Drucksache VI - 125) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zur Erteilung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes nach § 10 der Bundesärzteordnung (BÄO) und zur Erteilung einer Approbation nach den §§ 3 oder 14b der BÄO ist u. a. die Vorlage einer Bescheinigung eines anerkannten Sprachinstitutes über Sprachkenntnisse auf B2-Niveau (entsprechend europäischem Referenzrahmen) erforderlich.

Diese Sprachkenntnisse sind für den klinischen Alltag nicht hinreichend. Die Erfordernisse an die Qualität ärztlicher Arbeit sind derart, dass Kolleginnen und Kollegen, die lediglich Basiskenntnisse der deutschen Sprache aufweisen, erkennbar überfordert sind. Es kommt zu gefährlichen Missverständnissen zu Lasten von Patienten, es kommt zu erheblichen zusätzlichen Belastungen in den Kliniken.

Das Sprachniveau muss daher mindestens dem Level C1 entsprechen.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 sieht zusehende Probleme für die erfolgreiche Integration der betroffenen Kolleginnen und Kollegen und erhebliche Belastungen im kollegialen Miteinander sowie eine Gefährdung der Patientensicherheit.

Der 115. Deutsche Ärztetag fordert eine bessere Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen, die aus dem Ausland zu uns kommen.

Begründung:

Der "Gemeinsame Europäische Referenzrahmen für Sprachen: Lernen, lehren, beurteilen" definiert sechs Kompetenzstufen. Kompetenzstufe B bedeutet: "selbstständige Sprachverwendung"; Kompetenzstufe C: "kompetente Sprachverwendung".



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Medizinprodukte

- VI - 85 Fehlerhafte Brustimplantate
- VI - 86 Kostenübernahme bei Explantation fehlerhafter Implantate
- VI - 87 Produktesicherheit - Medizinproduktregister
- VI - 88 Produktsicherheit - Zulassungskriterien



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Fehlerhafte Brustimplantate

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Spanholtz, Herrn Zimmer, Frau Haus, Herrn Dr. Hülkamp, Herrn Dr. Rehorn und Herrn PD Dr. Heep (Drucksache VI - 85) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert eine gesetzliche Klarstellung, dass bei Schäden durch CE-zertifizierte und trotzdem schadhafte Implantate alleine der Hersteller verantwortlich zu machen ist, da sich behandelnde Ärzte auf das CE-Zertifikat verlassen können müssen.

Begründung:

Allein profitgetriebenes kriminelles Handeln führte zu einer europaweiten Zulassung von Brustimplantaten, welche sich als schadhaft herausstellten. In der Presse wurden Patientinnen zu Recht animiert, diese Implantate entfernen bzw. wechseln zu lassen, und die Krankenkassen aufgefordert, diese Leistung zu übernehmen. Es entstand in der Presse dennoch wiederholt der Eindruck, dass implantierende Ärzte eine Teilschuld an den dramatischen Gesundheitsschäden trügen. Der Ärztetag muss deutlich machen, dass lediglich diejenigen zu beschuldigen und juristisch verantwortlich zu machen sind, die wissentlich an der Herstellung, Zertifizierung und dem Vertrieb der minderwertigen Implantate beteiligt waren.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kostenübernahme bei Explantation fehlerhafter Implantate

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Spanholtz, Herrn Zimmer, Frau Haus, Herrn Dr. Hülkamp und Herrn Dr. Dreyer (Drucksache VI - 86) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 vertritt die Auffassung, dass Krankenversicherungen die Kosten für die Entfernung fehlerhafter Brustimplantate der Firma PIP/Rofil übernehmen müssen.

Fehlerhafte Brustimplantate der Firma PIP/Rofil wurden aufgrund zahlreicher Indikationen verwendet (Rekonstruktion, z. B. nach Karzinomen, Korrekturoperation, z. B. bei tubulärer Brust, Brustfehlanlagen etc.). Alle Patientinnen nun an medizinisch indizierten Operationen finanziell zu beteiligen, ist daher widerrechtlich. Es sollte eine rasche und unbürokratische Hilfe geleistet werden, um weiteren Schaden von den betroffenen Patientinnen abzuhalten. Legt man minimale Behandlungskosten von ca. 1.500,00 Euro zu Grunde, entstünden bei 5.300 betroffenen Patientinnen (Quelle BfArM 05.04.2012) Gesamtkosten von 8 Millionen Euro (entspricht 0,005 Prozent der jährlichen Kosten im Gesundheitssystem von 170 Milliarden Euro).

Eine Leistungsbeschränkung nach SGB V § 52 Abs. 2 als Folge ästhetischer Operationen/Tattoos/Piercings gilt hier nicht, wenn die Komplikationen auf fahrlässig herbeigeführte Fehlerhaftigkeit der Implantate zurückzuführen ist. Hieraus ergeben sich Schadensersatzansprüche gegen den Hersteller. Der Patient jedoch darf nicht der Leidtragende sein.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Produktesicherheit - Medizinprodukteregister

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Spanholtz, Herrn Zimmer und Frau Haus (Drucksache VI - 87) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert ein verpflichtendes Gesamtregister für im Körper verbleibende Implantate (Risikoklasse III).

Begründung:

Alleine die ca. 500.000 weltweit eingesetzten schadhafte PIP-Implantate demonstrieren, welche Bedeutung die zentrale Erfassung von in situ verbleibenden Implantaten hat. Es gibt in diesen Fällen keine Möglichkeit, zeitnah festzustellen, welche Patientinnen die Implantate wann erhalten haben.

Ein Register kann aus Gründen der Schweigepflicht und Patientensicherheit nur die implantierenden Ärzte erfassen, die im Falle von Schadhafteit des Implantats die Patientinnen und Patienten kontaktieren bzw. benennen können müssen. Das Register soll vor allem Patientinnen und Patienten, aber auch Ärztinnen und Ärzte vor kriminellen Herstellern schützen, die mutwillig schadhafte hergestellte Implantate in Umlauf bringen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Produktsicherheit - Zulassungskriterien

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Spanholtz, Herrn Zimmer, Frau Haus, Herrn Dr. Hülkamp, Herrn PD Dr. Heep und Herrn Dr. Dreyer (Drucksache VI - 88) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber auf, zeitnah strengere Zulassungskriterien für Medizinprodukte der Klasse III zu definieren und mittels Herstellungs- und Stichprobenkontrolle die Produktsicherheit zu steigern.

Begründung:

Die Zulassung von Medizinprodukten der höchsten Risikoklasse III ist lediglich an eine Konformitätserklärung des Herstellers und das Gutachten eines selbst ausgewählten Zertifizierers gebunden. Dieser Missstand führte zu Zulassung und Vertrieb schadhafter Brustimplantate mit dramatischen Schäden der Gesundheit der betroffenen Patientinnen.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, zeitnah einen entsprechenden Entwurf mit folgenden Komponenten zu erarbeiten:

- Klinische Studien mit hohem Evidenzlevel müssen als Zulassungsvoraussetzungen definiert werden.
- Etablierung einer strikten initialen Zulassungskontrolle mit professioneller Prüfung der Produktionsbedingungen, verwendeten Materialien und Kompetenzen der Hersteller.
- Verpflichtende Zertifizierung durch vom Hersteller unabhängige (und nicht durch ihn beauftragte) staatlich zertifizierte Prüfunternehmen.
- Durchführung unangemeldeter, mindestens jährlicher Kontrollen der Herstellungsstätten und kontinuierliche Qualitätssicherung durch Stichprobenprüfung.

Diese – auch vom Gesundheitsausschuss des Europäischen Parlaments (EP) - geforderte Reformierung der Zulassungsregelung muss in Deutschland zeitnah umgesetzt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Menschenrechte

- VI - 54 Abschaffung des Flughafenasyilverfahrens
- VI - 63 Prävention von Genitalverstümmelung - Aktualisierung der "Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung" der Bundesärztekammer vom 25.11.2005
- VI - 95 Probleme bei der medizinischen Behandlung und Kostenerstattung von Unionsbürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern
- VI - 110 Fortbildung "Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen"
- VI - 111 Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge in Deutschland
- VI - 122 Medizinische Hilfe für besonders schutzbedürftige Asylbewerber, Umsetzung der Mindestnorm EU-Aufnahmerichtlinien (2003)



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Abschaffung des Flughafenasylverfahrens

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Albrecht, Herrn Dr. Alder, Frau Kulike, Herrn Dr. Pickerodt und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache VI - 54) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 appelliert an Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat, das Flughafenasylverfahren nach § 18 a Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) ersatzlos abzuschaffen und alle Asylsuchenden in Deutschland in das normale Asylverfahren zu übernehmen. Bis zu einer entsprechenden Gesetzesänderung sollten die besonders schutzbedürftigen Personen bei der Einreise identifiziert werden, um für medizinische Versorgung und entsprechende Aufnahmebedingungen zu sorgen.

Begründung:

Asylsuchende, die aus sogenannten sicheren Herkunftsländern kommen oder keine gültigen Papiere haben, werden beim Flughafenasylverfahren bei der Einreise auf dem Flughafengelände in Gewahrsam genommen, um über ihren Asylantrag innerhalb von 48 Stunden zu entscheiden. Bei einer Ablehnung des Antrags bleiben nur drei Tage Zeit für einen schriftlichen Widerspruch, um einer Abschiebung zu entgehen. Eine ausreichende und unabhängige Rechtsberatung ist bei einem solchen Eilverfahren nicht möglich.

Erschwerend kommt hinzu, dass in Deutschland die Richtlinien des Europäischen Rates mit Regelungen zum Umgang mit besonders schutzbedürftigen Personen - 2003/09/EG und 2004/83/EG - immer noch nicht umgesetzt sind. Diese Richtlinien verlangen, dass unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, bei ihrer Einreise identifiziert werden, um für medizinische Versorgung und entsprechende Aufnahmebedingungen zu sorgen. Auch die UN-Kinderrechtskonvention und die Genfer Flüchtlingskonvention verlangen einen besonderen Schutz dieser Gruppen.

Besonders Flüchtlinge mit posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) dürfen dem Druck des Flughafen-Schnellverfahrens nicht unterworfen werden. Die oft schwierige Diagnostik einer PTBS erfordert die frühzeitige Beteiligung erfahrener unabhängiger Ärzte oder Psychologen, um solche Personen sofort in das normale Asylverfahren übernehmen



zu können, ohne sie zunächst in Haft zu nehmen.

Das Flughafenasylverfahren, das nur auf fünf deutschen Flughäfen praktiziert wird, wurde 1993 eingeführt, als jährlich noch über 400.000 Asylanträge gestellt wurden. 2010 wurden dagegen nur noch ca. 41.000 Anträge registriert.

Am größten deutschen Flughafen in Frankfurt/Main wurden im Jahr 2010 von 1.027 einreisenden Asylsuchenden 587 dem Flughafenasylverfahren zugeführt und inhaftiert. Nur 48 Personen wurde schließlich die Einreise verweigert, 539 Flüchtlinge aber wurden wieder entlassen und konnten das normale Asylverfahren durchlaufen.

Auf dem neuen Großflughafen Berlin-Schönefeld (BER) wird jetzt eine Gewahrsamseinrichtung für jährlich 300 Personen errichtet, obwohl dort seit 1999 nur 48 Asylanträge gestellt wurden. Das alles lässt das Flughafenverfahren als ineffizient, unverhältnismäßig und unnötig erscheinen.

Das Recht, in anderen Ländern vor Verfolgung Asyl zu suchen, ist ein Menschenrecht (Artikel 14 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der UNO von 1948). Wer dieses Recht wahrnimmt, sollte ein sorgfältiges und faires Asylverfahren erwarten können und darf bei seiner Ankunft am Flughafen nicht als erstes in Haft genommen werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Prävention von Genitalverstümmelung - Aktualisierung der "Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung" der Bundesärztekammer vom 25.11.2005

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Dr. Albring, Herrn Dr. König, Frau Kulike und Herrn Dr. Scholze (Drucksache VI - 63) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, eine Aktualisierung der "Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genital Mutilation)" der Bundesärztekammer vom 25.11.2005 zu veranlassen.

Genitalverstümmelung/FGM ist eine schwere Menschenrechtsverletzung mit erheblichen lebenslangen Folgen für die Gesundheit der Betroffenen. Der begründete Verdacht auf eine drohende Genitalverstümmelung bei einem Mädchen stellt daher einen gewichtigen Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung dar. Für diesen Fall regelt das seit 01.01.2012 geltende Bundeskinderschutzgesetz in § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) im Detail die Weitergabe von relevanten Informationen durch Berufsheimnisträger an das Jugendamt. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, in den Empfehlungen die Tradition der Genitalverstümmelung eindeutig unter dem Aspekt der Kindeswohlgefährdung zu behandeln und insbesondere unter Punkt 9 Vorgehensweisen zu beschreiben, die die vorhandenen Möglichkeiten zur Verhinderung einer Verstümmelung einbeziehen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Probleme bei der medizinischen Behandlung und Kostenerstattung von Unionsbürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern

Entschließung

Auf Antrag von Frau Kulike und Herrn Dr. Pickerodt (Drucksache VI - 95) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, die sich häufenden Probleme bei der medizinischen Behandlung und Kostenerstattung von EU-Bürgern aus den neuen Beitrittsländern bei den Verantwortlichen in Regierung und Parlament von Bund und Ländern zur Sprache zu bringen, um eine Klärung und praktikable Lösungen zu erreichen.

Begründung:

Unionsbürger können nach dem Freizügigkeitsgesetz jederzeit nach Deutschland einreisen. Sie haben in den ersten drei Monaten ein voraussetzungsloses Aufenthaltsrecht. Danach ist dieses Recht an eine selbstständige oder abhängige Erwerbstätigkeit gebunden, die auch eine gesetzliche oder private Krankenversicherung erfordert. Nichterwerbstätige wie Rentner, Studenten und sonstige Nichterwerbstätige sowie deren Familienangehörige haben nur dann ein Einreise- und Aufenthaltsrecht, wenn sie über ausreichenden Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel verfügen.

Die Europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card - EHIC) gilt nur für die unmittelbar erforderliche medizinische Behandlung bei Unfall oder akuten Erkrankungen. Planbare medizinische Behandlungen bedürfen vorher der Zustimmung der Krankenkasse des Heimatlandes.

Für Leistungen zur Grundsicherung für erwerbsfähige Arbeitssuchende nach SGB II sind die Jobcenter zuständig, für nicht Erwerbsfähige ohne ausreichendes Einkommen nach SGB XII die Sozialämter. Allerdings sind diese Ansprüche an Bedingungen geknüpft und können nicht immer erfüllt werden. Solchen erkrankten Personen fehlt oft das Geld für notwendige medizinische Behandlungen.

Während in der Theorie alles geregelt erscheint, gibt es im medizinischen Alltag erhebliche Probleme. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte werden zunehmend von



Patienten aus den neuen EU-Beitrittsländern in Anspruch genommen, die über keinen oder keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz verfügen. Gründe sind u. a. fehlende Kenntnisse der Rechtsvorschriften, keine Krankenversicherung im Heimatland, keine regelmäßige Arbeit, Schwarzarbeit, keine Ausweispapiere, fehlende Kostenübernahme der Krankenkasse des Heimatlandes bei planbaren medizinischen Erkrankungen, fehlende finanzielle Mittel für eine Krankenversicherung bei gering verdienenden Selbstständigen, Obdachlosigkeit oder Alkoholismus.

Werden akute Erkrankungen stationär behandelt, scheitert die Kostenübernahme durch das Sozialamt gemäß Nothelferparagraf § 25 SGB XII oft an unvollständigen oder nicht nachprüfbaren Angaben bei der Bedürftigkeitsprüfung oder an fehlendem Identitätsnachweis. Die Krankenhäuser müssen dann die oft erheblichen Kosten selbst tragen. Auch niedergelassene Ärzte, Rettungsstellen der Krankenhäuser oder Hilfsorganisationen können nicht immer den Nachweis einer Krankenversicherung im Heimatland erbringen bzw. die Bedürftigkeit wie gefordert nachweisen.

Es gibt gleichfalls große Probleme bei Krankenbehandlung und Kostenregelung bei Bürgern aus Serbien, Bosnien-Herzegowina, Kroatien und Montenegro, die nicht zur EU gehören, aber visumfrei in die EU einreisen können. Ähnliches gilt für Sinti und Roma, die sich wechselnd lange in Deutschland aufhalten.

In Politik und Öffentlichkeit fehlt weitgehend das Problembewusstsein für die Mängel bei der Gesundheitsversorgung und Kostenerstattung der aufgeführten Personengruppen. Es fehlen einheitliche Vorgaben und Gesetzesauslegungen bei den Beratungsstellen, Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, Hilfsorganisationen, Sozialämtern und Jobcentern. Es fehlen für einreisende EU-Bürger verständliche Informationen in der Muttersprache über ihre Rechte und Pflichten in Bezug auf die Krankenversicherung. Es fehlen für ausländische (wie auch für deutsche) Selbstständige mit geringem Einkommen bezahlbare Krankenversicherungstarife mit Familienversicherung. Es fehlen die Angleichung und Harmonisierung der Gesundheits- und Sozialsysteme der Länder der Europäischen Union. Es fehlt ein Gesundheits- und Sozialfond der EU für Ärzte, Krankenhäuser und Hilfsorganisationen, wenn sie bei notwendiger medizinischer Hilfe ihre Kosten trotz der bestehenden gesetzlichen Regelungen nicht erstattet bekommen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Fortbildung "Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen"

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Scholze, Frau Dr. Pfaffinger, Frau Kulike und Herrn Dr. Wambach (Drucksache VI - 110) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, die Präsidenten der Landesärztekammern aufzufordern, vermehrt Fortbildungen im Sinne des Bundesärztekammer-Curriculums anzubieten und ärztliche Kolleginnen und Kollegen, insbesondere Psychotherapeuten, zur Teilnahme zu motivieren.

Begründung:

Aufgrund der Empfehlungen des UN-Ausschusses gegen Folter und andere grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung und Strafe vom November 2011 an die Bundesregierung ist zu erwarten, dass durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und durch Gerichte und Ausländerbehörden vermehrt Gutachten an speziell fortgebildete ärztliche und psychologische Experten in Auftrag gegeben werden (nähere Informationen dazu unter www.institut-fuer-menschenrechte.de).

Die Bundesregierung wird vom UN-Antifolter-Ausschuss aufgefordert, bei Asylbewerbern im Rahmen des Asylverfahrens eine medizinisch-psychologische Begutachtung durch unabhängige und qualifizierte medizinische Fachkräfte zu veranlassen.

Dies ist der Fall,

- wenn bei der Asylanhörung Hinweise auf Folter oder Traumatisierung zu Tage getreten sind,
- zur Überprüfung auf psychische Erkrankungen oder Traumatisierungen aller Asylbewerber, einschließlich der Dublin-Fälle, sobald diese zur Abschiebungshaft in den Gewahrsamseinrichtungen der Länder eintreffen, und
- vor einer vorgesehenen Abschiebung, hier insbesondere Untersuchung auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Die bisherige Untersuchung auf Reisefähigkeit kranker und in Behandlung stehender ausreisepflichtiger Asylbewerber vor ihrer Abschiebung wird nach Angaben der Bundesregierung gegenüber dem UN-Antifolter-Ausschuss ersetzt durch eine von den



Ausländerbehörden veranlasste medizinische Untersuchung. Diese ärztliche und psychologische Untersuchung ist darauf gerichtet, Gesundheitsrisiken oder andere Risiken festzustellen, die Einfluss haben könnten auf die Abschiebung. Diese Untersuchung hat dabei den besonderen Fokus auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu richten. Solange eine PTBS nicht ausgeschlossen ist, darf eine Abschiebung auf dem Luftweg nicht erfolgen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge in Deutschland

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Scholze, Frau Dr. Pfaffinger, Frau Kulike und Herrn Dr. Wambach (Drucksache VI - 111) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesregierung auf, ihren internationalen menschenrechtlichen und vertraglichen Verpflichtungen nachzukommen, um besonders schutzbedürftigen Personen, wie traumatisierten Flüchtlingen, begleiteten und unbegleiteten Minderjährigen und ehemaligen Kindersoldaten, eine frühzeitige psychosoziale, psychotherapeutische und rehabilitative Versorgung, einschließlich eines sicheren Schutzes, zu garantieren. Die dafür notwendigen Rahmenbedingungen sind zu schaffen.

Begründung:

Der Umgang mit besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen in Deutschland entspricht weder internationalen menschenrechtlichen Standards noch den Verpflichtungen, die die Bundesregierung in Bezug auf EU-Richtlinien [1-3] eingegangen ist.

In seinen abschließenden Bemerkungen zum 5. Staatenbericht Deutschlands hat der UN-Ausschuss gegen Folter und andere grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung und Strafe im November 2011 wesentliche Empfehlungen ausgesprochen, die den Schutz von und den Umgang mit traumatisierten Asylbewerbern und besonders schutzbedürftigen Personen und den Umgang im Rahmen von Asylverfahren, Abschiebungshaft und Abschiebung zum Inhalt haben (s. www.institut-fuer-menschenrechte.de).

- Heute erhalten gerade diejenigen, die besonders schutzbedürftig sind, in der Regel keinen Schutz. Das Asylverfahren muss so umstrukturiert werden, dass es schutzbedürftigen und traumatisierten Flüchtlingen gerecht wird.
- Bei keinem Flüchtlingskollektiv ist die Gefahr der Überschreitung der Grenze zu unmenschlicher und erniedrigender Behandlung und schwerer gesundheitlicher Schädigung durch Asylverfahren, Duldungsstatus, Abschiebung und erneute physische Gewalt größer als bei der Gruppe derjenigen Asylsuchenden, die durch Gewalterfahrungen vor der Flucht psychisch traumatisiert sind. Besonders



schutzbedürftige Flüchtlinge müssen deshalb frühzeitig identifiziert werden. Ein entsprechendes Verfahren in den Aufnahmeeinrichtungen ist zu etablieren.

- Die meisten der traumatisierten Flüchtlinge können erst nach einiger Zeit in einem vertrauensvollen und geschützten Umfeld ihr erlittenes Leid erzählen. Deshalb sollte auf jeder Stufe des Asylverfahrens (einschließlich der Dublin-Fälle) immer dann eine medizinisch-psychologische Untersuchung durch entsprechende speziell geschulte unabhängige Gesundheitsexperten veranlasst werden, wenn Hinweise auf Folter oder Traumatisierung zu Tage getreten sind.
- Auch im Rahmen der Abschiebungshaft und Abschiebung sind entsprechende medizinische Pflichtuntersuchungen durch unabhängige und fortgebildete ärztliche/psychologische Fachkräfte vorzunehmen. Diese Untersuchung hat dabei den besonderen Fokus auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu richten. Solange eine PTBS nicht ausgeschlossen ist, darf eine Abschiebung auf dem Luftweg nicht erfolgen [4].
- Minderjährige unbegleitete Jugendliche haben immer eine psychische und emotionale Entwicklung wegen der zwangsweisen Trennung von den vertrauten Bezugspersonen nachzuholen und sind oftmals durch Gewalterfahrungen traumatisiert. Asylsuchende minderjährige Jugendliche sollten deshalb auch als solche entsprechend der Kinderrechtskonvention behandelt werden.
- Alle Mitarbeiter von Behörden, alle Vollzugsbeamten und alle medizinischen oder sonstigen Mitarbeiter, die im Verlauf des Asylverfahrens mit traumatisierten Flüchtlingen zu tun haben könnten, müssen regelmäßig und intensiv geschult werden, damit sie psychische und körperliche Folgen von Folter und Symptome von Traumatisierung erkennen oder mindestens vermuten können.

[1] 2003/9/EG des Rates vom 27.01.2003 zur Festlegung der Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in Mitgliedsstaaten in der EU-Neufassung vom 01.06.2011

[2] Qualifikationsrichtlinie 2004/83/EG des Rates vom 29.04.2004 über Mindestnormen für die Anerkennung und den Status von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Flüchtlinge oder als Einzelpersonen

[3] Richtlinie 2008/115/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 über gemeinsame Normen und Verfahren in den Mitgliedsstaaten zur Rückführung illegal aufhältiger Drittstaatsangehöriger.

[4] Reply by the German Federal Government to the list of issues (CAT/C/DEU/Q/5) to be considered during the examination of the fifth periodic report of Germany (CAT/C/DEU/5) 29. August 2011).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Hilfe für besonders schutzbedürftige Asylbewerber, Umsetzung der Mindestnorm EU-Aufnahmerichtlinien (2003)

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Rothe-Kirchberger (Drucksache VI - 122) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die angemessene Umsetzung der Artikel 15., 17. und 20. der EU-Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2003/9/EG) zur Festlegung von Mindestnormen für die medizinische und sonstige Hilfe als Regelfall für besonders schutzbedürftige Asylbewerber.

Der § 6 Abs. 1 AsylbLG soll dazu wie folgt ergänzt werden:

"§ 6 Sonstige Leistungen

...

Unbegleiteten Minderjährigen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern, älteren Menschen, Behinderten, und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, soll die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt werden.

..."

Begründung:

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG in der Fassung mit Stand 19.08.2007) wurde bisher nur um den Absatz (2) geändert für Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Nur diesen soll bisher die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt werden. Dieser Passus erfüllt nicht die durch die Aufnahmerichtlinie geforderte Umsetzung in nationales Recht. Die Beschränkung auf Personen, welche eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs.1 AufenthG haben, bedeutet de facto, dass niemand anspruchsberechtigt sein wird, da dieser Personenkreis empirisch nicht in Erscheinung tritt. Es sind dies nämlich nur diejenigen, die aufgrund der Massenzustromrichtlinie, also nach übereinstimmender Wertung aller EU-Staaten, dass ein „Massenzustrom“ droht oder



stattfindet, aufgenommen wurden. Eine solche Wertung wird es wohl in der Praxis nie geben. Da allen anderen Personen, denen nach Art. 15, 17 und 20 der Aufnahmerichtlinie verbürgten Leistungen zu gewähren sind, von § 6 Abs. 2 AsylbLG nicht erfasst werden, steht die richtlinienkonforme Umsetzung dringend an.

EU-Aufnahmerichtlinie:

Artikel 15

Medizinische Versorgung

1. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Asylbewerber die erforderlich medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten umfasst.
2. Die Mitgliedstaaten gewähren Asylbewerbern mit besonderen Bedürfnissen die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe.

Artikel 17

Allgemeiner Grundsatz

1. Die Mitgliedstaaten berücksichtigen in den nationalen Rechtsvorschriften zur Durchführung des Kapitels II betreffend die materiellen Aufnahmebedingungen sowie die medizinische Versorgung die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.
2. Absatz 1 gilt ausschließlich für Personen, die nach einer Einzelprüfung ihrer Situation als besonders hilfebedürftig anerkannt werden.

Artikel 20

Opfer von Folter und Gewalt

Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erfahren, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich sind.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Palliativmedizin

- VI - 10 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland
- VI - 71 Psychotherapie und Palliativmedizin



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 10) fasst der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der Chartaprozess, der 2008 angestoÙen und unter der Federföhrung der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes erarbeitet und konsentiert wurde, ist abgeschlossen. Die Charta thematisiert die Rechte, Bedürfnisse und Wünsche von Schwerstkranken und Sterbenden und will Orientierung geben für eine Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung.

Nun steht die Umsetzung der in der Charta formulierten Ziele im Mittelpunkt:

- die Verbesserung der juristischen, medizinischen und ethischen Rahmenbedingungen,
- der Ausbau der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich Palliativmedizin,
- die Förderung von Forschungsvorhaben sowie
- die Initiierung einer nationalen Strategie zur Betreuung Schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland.

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 ruft alle Interessierten auf, sich an diesem Prozess zu beteiligen und die Ziele der Charta durch ihre Unterschrift zu unterstützen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Psychotherapie und Palliativmedizin

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Ramm, Frau Bartels, Herrn Dr. Heister, Frau Haus und Frau Dr. Clever (Drucksache VI - 71) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Eine Einbindung von ärztlichen Psychotherapiemaßnahmen in die Palliativmedizin ist erforderlich.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Gendiagnostikgesetz

VI - 78 Gendiagnostikgesetz



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gendiagnostikgesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Thierse (Drucksache VI - 78) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Gesetzgeber auf, die rein diagnostischen Untersuchungen aus dem Anwendungsbereich des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) auszunehmen und die Regelungen des Gesetzes auf die prädiktiven genetischen Untersuchungen zu beschränken.

Begründung:

Die laborchemischen Untersuchungen bei anderen rheumatischen Erkrankungen sind problemlos möglich.

Aber gerade bei der rheumatischen Erkrankung mit dem immer noch längsten diagnostischen Intervall wird die Erhebung eines wichtigen diagnostischen Parameters durch die Regelungen des GenDG erheblich erschwert.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Weitere Themen

- VI - 49 Medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- VI - 132 Medizinische Versorgung und Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen
- VI - 45 Nachhaltige Umsetzung der Hygieneverordnungen in den Bundesländern
- VI - 81 Fluglärm
- VI - 84 Für ehrliche Diskussionen statt polemischer Budgetierung operativer Eingriffe
- VI - 124 Ratgeber zu IGeL - Vorversion, 2. Auflage
- VI - 105a Änderungsantrag zu VI - 105
- VI - 105 Positionspapier "Qualitätskontrolle für IGeL" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)
- VI - 106 Steuerliche Berücksichtigung von Dienstfahrten
- VI - 129 Änderung der (Muster-)Berufsordnung § 6, Meldungen von Nebenwirkungen an die Realität anpassen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Krombholz (Drucksache VI - 49) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) die Pflicht der Krankenkassen in den § 87a Abs. 2 SGB V aufzunehmen, Zuschläge zur Förderung der koordinierten kooperativen ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V zu vereinbaren.

Des Weiteren wird der Gesetzgeber aufgefordert, den § 119b Abs. 2 so zu ändern, dass die Bundesebene die Mindestanforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen festlegt und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) regionale Spielräume für die Ausgestaltung der Versorgung erhalten.

Begründung:

Der Gesetzentwurf zum PNG sieht vor, dass die Pflegeeinrichtungen ab Januar 2013 die Landesverbände der Pflegekassen darüber informieren, wie sie ärztlich, fachärztlich und zahnärztlich versorgt sind. Sie sollen insbesondere auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung ihrer Einrichtung in Ärztenetze hinweisen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge anzustreben. Bundeseinheitliche Rahmenbedingungen, die bis zum 30.09.2013 festgelegt werden, sollen sicherstellen, dass alle Bewohner der Pflegeeinrichtungen gleich betreut werden und keine Abhängigkeit von einer Krankenversicherung besteht. Zu den aktuellen Versorgungszielen des PNG gehören die multiprofessionelle Zusammenarbeit in Form von Fallbesprechungen und Visiten, die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte, die ärztliche Versorgung auch nach 22 Uhr und an Sonn- und Feiertagen sowie Regelungen zur Rufbereitschaft.

Den Vertragsärzten und -psychotherapeuten entsteht durch die geplante Änderung des § 119b SGB V und die Umsetzung der Versorgungsziele ein Mehraufwand, der von allen Krankenkassen verpflichtend extrabudgetär vergütet werden muss und dem



Einsparungen von mehr als 600 Mio. Euro pro Jahr bei Notarzteinsätzen, Krankenhausaufenthalten und -transporten gegenüberstehen. Nur so ist die Versorgung unabhängig von der Krankenkasse für alle sicherzustellen. Das zeigen auch die Erfahrungen aus den seit Jahren erfolgreich laufenden Projekten wie bspw. die geriatrischen Praxisverbände und AOK-Pflegenetze.

Der Mehraufwand entsteht bspw. für die zusätzlichen Besuche im Rahmen der gegenseitigen Vertretung sowie für präventive Besuche. Die SÄVIP-Studie hat in 2005 ermittelt, dass mehr als 65 ärztliche Besuche pro Patient und Jahr möglich sind. Die zusätzlichen Besuche würden pro Patient mehrere hundert Euro Kosten verursachen. Zudem nimmt die Abstimmung der Dienstzeiten und -pläne sowie der Austausch zwischen den Ärzten Zeit in Anspruch, die gegenwärtig nicht vergütet wird. Auch die Rufbereitschaftszeiten, die nicht innerhalb des organisierten Bereitschaftsdiensts erbracht werden, werden gegenwärtig nicht vergütet.

Es sind Spielräume für die Ausgestaltung der Versorgung vor Ort entsprechend der regionalen Besonderheiten zu gewähren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen kennen die Versorgungssituation vor Ort, können regional Einfluss nehmen und, sofern notwendig, individuelle Lösungen schaffen. Bestehende regionale Projekte, die bereits seit Jahren erfolgreich umgesetzt werden, müssen bei der Umsetzung des PNG einbezogen und die Erfahrungen genutzt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Versorgung und Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Kulike, Herrn Dr. Pickerodt und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache VI - 132) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstützt das Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG) die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen zu verbessern, die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen transparenter zu machen und dafür zu sorgen, dass mehr Vereinbarungen zwischen Heimen und Ärzten bzw. Zahnärzten geschlossen werden.

Begründung:

Auszug zu § 114, Buchstabe a, des Entwurfs zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz, auch Pressemitteilung des BMG vom 28. März 2012:

Ob und welche Regelungen ein Pflegeheim hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung getroffen hat, kann für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ein wichtiges Auswahlkriterium bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung sein.

Deshalb wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Verpflichtung normiert, den Landesverbänden der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung mitzuteilen, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung geregelt sind.

Dabei sind wesentliche Aspekte aus den Regelungsbereichen der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung hervorzuheben und insbesondere darüber Auskunft zu geben, ob Kooperationsverträge mit Ärzten, Fachärzten und Zahnärzten bestehen, ob die Einrichtung in Ärztenetze zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner eingebunden ist, mit welcher Häufigkeit ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Visiten stattfinden, wie häufig berufsübergreifende Fallbesprechungen durchgeführt werden, wie die ärztliche Rufbereitschaft und Versorgung, insbesondere nach 22 Uhr, an



Wochenenden und Feiertagen, sichergestellt ist. Hinsichtlich der Arzneimittelversorgung ist insbesondere darauf einzugehen, ob Vereinbarungen mit Apotheken bestehen.

Durch die Beachtung dieser Kriterien wird im Interesse der Pflegebedürftigen die Vergleichbarkeit der Angaben ermöglicht.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Nachhaltige Umsetzung der Hygieneverordnungen in den Bundesländern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dipl.-Med. Albrecht (Drucksache VI - 45) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die Bundesregierung auf, nachdrücklich auf die Bundesländer einzuwirken, dass diese bei der Umsetzung der länderspezifischen Hygieneverordnungen die erforderlichen Begleitmaßnahmen ergreifen, wie z. B. die erforderliche Einrichtung von "Hygieneinstituten" einschließlich der Schaffung von entsprechenden Weiterbildungsstellen für Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin, und die dafür nötigen finanziellen Mittel bereit stellen.

Begründung:

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 3. August 2011 wurde den Bundesländern die Umsetzung in entsprechende Verordnungen auf Landesebene bis zum 31. März 2012 aufgegeben. Wesentlicher Inhalt der gesetzlichen Maßnahme ist die Verpflichtung der betroffenen Einrichtungen – in erster Linie Krankenhäuser – zur Bestellung von Krankenhaushygienikern, in Abhängigkeit von der Bettenzahl. So geht der Gesetzgeber selbst von einer deutschlandweit zu bestellenden Zahl von 942 Krankenhaushygienikern aus. Angesichts der relativ geringen Zahl von Lehrstühlen für Hygiene und Umweltmedizin sowie weiterbildungsbefugter Ärzte erscheint dieses Vorhaben sehr ambitioniert und bedarf daher dringend nachhaltiger Maßnahmen seitens der Bundesländer. Die strukturierte curriculäre Fortbildung zum Krankenhaushygieniker kann nur eine zeitlich begrenzte Lösung sein. Es bedarf dringend der gleichzeitigen, verstärkten Initiierung der regulären Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin nach den jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Fluglärm

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lenhard und Herrn Dr. Peters (Drucksache VI - 81) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Bundesrat, die Bundesregierung und die Landesregierungen sowie die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) auf, die Bevölkerung in Deutschland nachhaltig und umfassend [1] vor den Folgen des Flugverkehrs durch Flugzeugabgase und Lärmemissionen zu schützen [2].

Das bestehende Fluglärmgesetz und die untergeordneten Regelwerke sind kurzfristig so zu überarbeiten, dass aktuelle wissenschaftliche Evidenz berücksichtigt wird. Dazu sind Ärzte und Lärmforscher in die Überarbeitung der Gesetze und Regelungen aktiv einzubeziehen [3].

Für den Prozess der Überarbeitung der Gesetze muss gelten, dass dieser vergleichbar den Prinzipien einer Leitlinienerstellung in der Medizin stattfindet: evidenzbasiert, Interessenkonflikte der Beteiligten aufdeckend und darlegend, transparent und partizipativ.

Sämtliche Regelungen für den Flugbetrieb müssen so angelegt werden, dass sie eindeutig vorrangig den Schutz der Bevölkerung adressieren und erst nachrangig die Wirtschaftlichkeit der Fluggesellschaften und Flughäfen.

Ein gesundheitsgefährdender Flugbetrieb kann aus Sicht des Ärztetages nie wirtschaftlich sein.

Begründung:

Die bestehenden Regelwerke sind nicht in der Lage, die Bevölkerung wirksam zu schützen. Es gibt einen offensichtlichen Widerspruch im Schutzniveau zwischen den Landesimmissionsschutzgesetzen [4], dem Bundesimmissionsschutzgesetz [5] und dem Fluglärmgesetz [6] dergestalt, dass das Fluglärmgesetz die schlechteste Schutzwirkung vor Lärm entfaltet. Dies wird noch verstärkt, wenn die quellspezifische Wirkung des Fluglärms betrachtet wird. Die Grenzwerte im Fluglärmgesetz sind deutlich zu hoch und stehen in einem offensichtlichen Widerspruch zur vorhandenen Evidenz aus nationalen wie internationalen Studien. Erschwerend kommt hinzu, dass die



Lärmberechnungsverfahren der Problematik der Einzelschallereignisse nicht wirklich gerecht werden. Dies ist unhaltbar, da damit Risiken verharmlost und Kausalitäten sowie Verantwortlichkeiten verdeckt werden.

Im Ergebnis entstehen durch die unzureichende Gesetzgebung zum Schutz der Bevölkerung vor Fluglärm u. a. folgende Probleme bzw. Problemfelder:

- Die Bevölkerung wird vermeidbaren Risiken durch Lärm und Emissionen ausgesetzt, die alle Bereiche des Lebens betreffen, so den Aufenthalt im Freien, das Lernen in Schulen, Wohnräume, Erholungsgebiete sowie viele soziale Interaktionen u.a.m.
- Es werden vermeidbare Gesundheitsstörungen und Krankheiten ausgelöst.
- Durch die falsche Definition von Grenzwerten werden kausale Auslöser negiert und damit letztlich die Verantwortlichkeiten für die Schädigungen verdeckt.

Das heißt:

- Die schädigenden Wirkungen des Flugverkehrs werden auch über Behandlungskosten in das GKV-System kollektiviert.
- Die Schädiger (Airlines und Flughäfen) können ihre Gewinne ungestraft abführen (vermeidbare Gesundheitskosten Frankfurt/Main: ca. 400 Mio. Euro nur für die Behandlung von Herz-Kreislauf-Patienten; Flasbarth in: DER SPIEGEL 11/2012), während die Flugwirtschaft in Europa jährlich 30 Milliarden Euro Subventionen erhält.
- Zusätzlich wird die durch Fluglärm und Flugemissionen geschädigte Bevölkerung erheblichen privaten wirtschaftlichen Risiken ausgesetzt, da Wohneigentum entwertet wird. Zusätzlich zu gesundheitsschädigenden Wirkungen werden so weitere sozial wirkende Probleme veranlagt, die Krankheitswert und -bedeutung erlangen können.

Es ist nicht hinnehmbar, wirtschaftliche Interessen wider besseres Wissens flächendeckend zu Lasten der Gesundheit und der Lebensqualität der Bevölkerung durchzusetzen. Gerade weil es aus vielen Studien klare Hinweise und Belege für schädigende Wirkungen der Flugemissionen gibt, muss hier dringend ein Paradigmenwechsel stattfinden.

Aus Sicht der Ärzteschaft hat Prävention immer Vorrang vor der Therapie eindeutig vermeidbarer Krankheiten. Ärzte sollten dann behandeln, wenn es sein muss. Ärzte haben die Pflicht, auf Missstände hinzuweisen, um die Bevölkerung vor unnötigen Gesundheitsgefahren zu warnen.



[1] Umfassend meint sowohl den Tagflugbetrieb als auch besonders den Schutz der Nachtruhe in der Zeit mindestens von 22.00 bis 06.00 Uhr.

[2] Die Forderung zum Schutz vor Lärm gilt auch für andere Lärmarten. Aufgrund der hohen regionalen Punktbelastung werden besonders die Fluglärmemissionen thematisiert.

[3] Der bundesweite "Arbeitskreis Ärzte gegen Fluglärm" kann die Arbeiten koordinieren.

[4] siehe entsprechende Gesetze der Bundesländer

[5] Bundesimmissionsschutzgesetz: <http://www.gesetze-im-internet.de/bimschg/>

[6] Fluglärmgesetz: http://www.gesetze-im-internet.de/flul_rmg/



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Für ehrliche Diskussionen statt polemischer Budgetierung operativer Eingriffe

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Werner (Drucksache VI - 84) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der medizinische Fortschritt ermöglicht auch in der operativen Orthopädie gerade für ältere und alte Patientinnen und Patienten immer mehr Therapiechancen. Diese Entwicklung schlägt sich natürlich auch in der Statistik nieder. Insbesondere die Zahl der Knie- und Hüftoperationen ist auch deshalb gewachsen.

Doch die aktuelle Diskussion in der Öffentlichkeit um die gestiegenen operativen Leistungen in der Orthopädie zeigt erneut, dass die Politik nicht gewillt ist, den tatsächlichen Ursachen hierfür auf den Grund zu gehen und echte Lösungen aufzuzeigen. Stattdessen bringt die Politik eine polemische Budgetierung operativer Leistungen ins Spiel. Diese bedarfsgerechte Ressourcenzuordnung fordert die deutsche Ärzteschaft seit Langem. Vorreiter hierfür war der frühere Bundesärztekammer-Präsident Professor Dr. Jörg-D. Hoppe während des 112. Deutschen Ärztetages 2009 in Mainz. Hoppe stellte das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik in Frage und forderte dazu auf, mit einer Rangfolge medizinischer Leistungszuwendungen der Mittelknappheit Herr zu werden. Dieser Diskussion hat sich die Politik bis heute jedoch verweigert.

Fakt ist: Ärztinnen und Ärzte brauchen mehr Handlungsspielräume und auch eine adäquate und kostendeckende Honorierung konservativer Leistungen. Auch sollten behandelnde Ärztinnen und Ärzte in ihrer Therapiefreiheit weniger durch Budgets und Regresse bedroht werden.

All dies kann helfen, Schwächen im System zu lindern.

Tatsache ist jedoch, dass Ärztinnen und Ärzten Folgendes zu schaffen macht:

- die immer stärker werdende Verwaltungsarbeit im Gesundheitswesen
- die zunehmende Ökonomisierung und Industrialisierung
- die Budgetierung und extreme Unterbezahlung konservativer Behandlungsformen (wie z. B. in der Praxis direkt abgegebene physikalische Therapie)

Diese physikalische Therapie unter Aufsicht und Verantwortung des Arztes, z. B. apparativ oder durch bei ihm angestellte Physiotherapeuten, kann - obwohl kostengünstig und optimal verzahnt - so nicht mehr abgegeben werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ratgeber zu IGeL - Vorversion, 2. Auflage

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Prof. Dr. Schwantes und Herrn Dipl.-Med. Schwark (Drucksache VI - 124) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, bei der nächsten Überarbeitung des IGeL-Ratgebers folgenden Änderungsvorschlag zu berücksichtigen:

Verkürzung des 3. Absatzes auf Seite 7:

"Die Entscheidung für oder gegen eine IGeL treffen allein die Patientinnen und Patienten. Deshalb sollten sie sich aus verschiedenen unabhängigen Quellen informieren und prüfen, ob die Leistungen für sie von Nutzen sind. Im Anhang dieses Ratgebers sind verlässliche Quellen aufgelistet, die weiterführende Informationen zu IGeL bieten."

Begründung:

In den vorhergehenden Absätzen werden die verschiedenen Arten von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) detailliert beschrieben, und der korrigierte Absatz suggeriert in der bisherigen Form, dass IGeL besonders dann zu prüfen seien, wenn sie von Ärztinnen und Ärzten vorgeschlagen werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderungsantrag zu VI - 105

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 105a) zum Entschließungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 105) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Antrag auf Änderung des ersten Absatzes in den folgenden Text:

"Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 begrüßt das Engagement der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) in ihrem Positionspapier "Qualitätskontrollen für IGeL", beschlossen am 28.04.2012 in Lübeck, und beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen, inwieweit sich die Bundesärztekammer diese Position zu eigen machen kann."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Positionspapier "Qualitätskontrolle für IGeL" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Kulike (Drucksache VI - 105) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 unterstützt das grundsätzliche Anliegen im nachfolgend zitierten Positionspapier der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) "Qualitätskontrollen für IGeL", beschlossen am 28.04.2012 in Lübeck:

"Zusammenfassung: Seit 1998 haben Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) zunehmend Eingang in die ärztliche Versorgung gefunden.

Der 109. Ärztetag wies zwar bereits 2006 darauf hin, dass jedes IGeL-Angebot "der hohen ärztlichen Verantwortung gegenüber Patienten gerecht werden" muss, doch gefährden zunehmend unseriöse IGeL-Angebote das unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Um rein verkaufsorientierten Praktiken in der ärztlichen Versorgung zu begegnen, die im Patienten in erster Linie Kunden sehen und ärztliche Leistungen wie Produkte bewerben, fordert die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) strikte Qualitätskontrollen seitens der Ärztekammern.

Einleitung: Durch den begrenzten Leistungsumfang der GKV und mit dem zunehmenden Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung wächst der Wunsch nach bestmöglicher medizinischer Versorgung, auch so weit, dass diese teils sowohl über den Leistungsumfang der GKV als auch über den Stand der evidenzbasierten Medizin hinausgehen. Ärzten obliegt hier die Aufgabe, die Sinnhaftigkeit einer Diagnostik und die Erwartungen hinsichtlich des Erfolgs einer Therapie sachlich dem Patienten zu erörtern. Nach Auffassung der bvmd soll Ärzten nicht grundsätzlich die Erbringung von ausdrücklich nachgefragten Leistungen verwehrt werden. Allerdings muss in einem zunehmend ökonomisch geprägten Gesundheitssystem der Patient vor unverhältnismäßig riskanter Leistung geschützt werden. Dies zu tun, ist nicht zuletzt die Aufgabe des behandelnden Arztes.

Haupttext: Nach Meinung der bvmd verabschiedete der 109. Ärztetag in Magdeburg 2006 mit den Hinweisen für das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen die zehn wesentlichsten Punkte für einen verantwortungsbewussten ärztlichen Umgang mit IGeL. Studien, Berichterstattung und alltägliche Erfahrungen zeigen jedoch, dass trotz dieser Hinweise der Umgang mit IGeL zunehmend ökonomischen Motiven folgt. Dabei rücken



vor allem Hinweise zum medizinischen Forschungsstand, Konsequenzen und Risiken falsch positiver sowie falsch negativer diagnostischer Ergebnisse zu stark in den Hintergrund.

Deshalb begrüßt die bvmkd einerseits die Initiative des Medizinischen Dienstes des GKV Spitzenverbandes mit dem IGEL-Monitor Patienten anhand der statistischen Datenlage seriös und verständlich aufzuklären und nicht zuletzt ausdrücklich vor Risiken zu warnen. Andererseits sollte nun die Ärzteschaft, konkret die Bundesärztekammer, die volle Verantwortung für den IGEL-Monitor übernehmen und diesen ausgestalten. Strikte Regelungen sind notwendig, doch sollte von einer gesetzlich vorgeschriebenen Bedenkzeit ebenso abgesehen werden, wie von einer aufgezwungenen zeitlichen Trennung von Kassenleistungen und IGeL. Diese Forderungen widersprechen praktischen Gesichtspunkten. Vor allem notwendig ist eine verpflichtende und sorgfältige Aufklärung des Patienten vor Erbringung von IGeL. Neben inhaltlicher Aufklärung (Paragraf 8 MBO) gehört auch ausdrücklich die Erklärung, warum die Kosten einer Leistung im Einzelfall nicht von der Krankenkasse getragen werden, sondern privat gezahlt werden müssen.

Die bvmkd fordert deshalb:

Die zehn Punkte umfassenden "Hinweise für die Erbringung individueller Gesundheitsleistungen" vom 109. Ärztetag sollen in die Berufsordnung aufgenommen und somit für alle Ärzte verpflichtend werden. Darüber hinaus sollten diese wie folgt ergänzt werden:

Zu 2) Zulässige Leistungen

Jeder behandelnde Arzt soll bei seiner zuständigen Ärztekammer die von ihm angebotenen Individuellen Gesundheitsleistungen angeben, um hierdurch den Ärztekammern langfristig aussagekräftige Erhebungen und wirksame Qualitätskontrollen zu ermöglichen.

Zu 6) Angemessene Informations- und Bedenkzeit

Der Arzt muss den Patienten ausdrücklich auf die Möglichkeit hinweisen, dass er die Leistung zu einem späteren Zeitpunkt durchführen lassen, sich eine Zweitmeinung einholen und leistungsrechtliche Fragen mit der Krankenkasse klären kann.

Schärfere Sanktionen bei Verstoß

Im Falle von Verstößen gegen das Berufsrecht durch Angebot und Anwendung von diagnostischen oder therapeutischen Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit des Patienten (Paragraf 11 MBO) sollen die zuständigen Ärztekammern und KVen entsprechende Verfahren gegen Ärzte einleiten, die in letzter Konsequenz den Entzug der Approbation und Zulassung zur Folge haben."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Steuerliche Berücksichtigung von Dienstreisen

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Schütz und Frau Wagner (Drucksache VI - 106) fasst der 115. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert die zuständigen politischen Gremien auf, Fahrten im Rufdienst wieder als steuerlich absetzbare Fahrtkosten anzuerkennen und die Gesetzeslage entsprechend umzugestalten. Alternativ soll die Anfahrt als gesondert zu vergütende Leistung verankert werden.

Begründung:

Eine Fahrt von der Wohnstatt zur Arbeitsstätte im Rufdienst ist rein dienstlich verursacht und zum Wohle der Patienten zwingend erforderlich.

Handwerker, die außerhalb der regulären Arbeitszeit anfahren, erhalten hierfür zwar keine steuerliche Berücksichtigung, verlangen aber ersatzweise exorbitant hohe Anfahrtkosten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderung der (Muster-)Berufsordnung § 6, Meldungen von Nebenwirkungen an die Realität anpassen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 129) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer möge prüfen, ob § 6 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) an die aktuellen arzneimittelrechtlichen Begrifflichkeiten angepasst werden sollte.

Begründung:

Die aktuelle MBO lautet:

"§ 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen
Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und bei Medizinprodukten auftretende Vorkommnisse der zuständigen Behörde mitzuteilen."

Die aktuelle MBO verpflichtet den Arzt zurzeit, alles zu melden, was ihm auffällt. Wirklicher Bedarf für die Arzneimitteloberbehörden besteht im Rahmen der Pharmakovigilanz, also von Beobachtungen über die Zeit, um gerade schwerere und ungewöhnliche Nebenwirkungen eines Arzneimittels zu erfassen.



**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011
(01.07.2010 – 30.06.2011)**

VII - 01 Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011)



**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)**

Titel: Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011
(01.07.2010 - 30.06.2011)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 01) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Deloitte & Touche GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011) wird gebilligt.



**TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für
das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)**

VIII - 01 Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2010/2011



TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)

Titel: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Ensink MBA (Drucksache VIII - 01) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 - 30.06.2011) Entlastung erteilt.



**TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013
(01.07.2012 – 30.06.2013)**

IX - 01 Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013
(01.07.2012 - 30.06.2013)



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 – 30.06.2013)

Titel: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 01) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013) in Höhe von 17.948.000,00 Euro wird genehmigt.



**TOP X Wahl des Tagungsortes für den 117. Deutschen
 Ärztetag 2014**

X - 01 Wahl des Tagungsortes für den 117. Deutschen Ärztetag 2014



TOP X Wahl des Tagungsortes für den 117. Deutschen Ärztetag 2014

Titel: Wahl des Tagungsortes für den 117. Deutschen Ärztetag 2014

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache X - 01) beschließt der 115. Deutsche Ärztetag:

Als Tagungsort für den 117. Deutschen Ärztetag 2014 vom 27.05. bis 30.05.2014 wird Düsseldorf vorgeschlagen.



Inhaltsverzeichnis numerisch

TOP I	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	11
I – 01 neu	Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)	16
I – 02	Einbezug der Ärztekammern in die Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V dringend erforderlich	25
I – 03	Zukünftige Umsetzung und Ausgestaltung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG	28
I – 04	Nutzung der Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	33
I – 05	Patientenrechtegesetz	39
I – 06	IGeL-Eindämmungsgesetz	48
I – 07	Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid	54
I – 08	Gegen Korruption im Gesundheitswesen	57
I – 09	Normung in der Medizin	63
I – 10	Gendiagnostikgesetz (GenDG)	66
I – 11	Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG)	69
I – 12	Resolution zur Änderung der Approbationsordnung	18
I – 13	Gegen die Deprofessionalisierung des Arztberufes	59
I – 14	Korruptionsstrafrecht für Ärzte ist rechtspolitischer Irrweg!	60
I – 15	Patientenrechtegesetz: keine amerikanischen Verhältnisse!	43
I – 16	Sinnvolle Alternativen zur Praxisgebühr entwickeln!	36
I – 17	Zügige und faire Umsetzung der neuen Approbationsordnung	19
I – 18	Keine gesetzliche "Eindämmung" von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)	50
I – 19	IGeL-Beurteilung - Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung	52
I – 20	Wahlterial im Praktischen Jahr	15
I – 21	Neufassung § 1 Abs. 2.3 Approbationsordnung	20
I – 24	Abschaffung der Praxisgebühr/Notfallpraxisgebühr	35
I – 25	Bürokratieaufwand im Zuge des Gesetzentwurfes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG)	30
I – 26	Nürnberger Erklärung	12
I – 27	Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung	21
I – 28	Praxisgebühr	37
I – 29	Patientenrechtegesetz	45
I – 30	Ausbildungsplätze für das Medizinstudium	22
I – 31	Aufklärung zur Gewebespende	72

I – 32	Stärkung der Allgemeinmedizin an Universitäten	23
TOP II	Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft	73
II – 01	Duales Krankenversicherungssystem	78
II – 05	PKV-System erhalten und zukunftsfähig weiter entwickeln!	80
II – 06	Wettbewerb der Versicherungssysteme	81
II – 07	GKV der Zukunft	79
II – 08	Die private Krankenversicherung nutzt allen	75
II – 09	Anforderungen an eine Krankenversicherung der Zukunft	86
II – 10	Finanzierung, Gesundheitswesen	84
II – 11	Solidarische Finanzierung	83
II – 12	Bundesärztekammer soll 2013 ein tragfähiges Konzept zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens vorlegen	87
TOP III	Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen	88
III – 01	Kooperation und Vernetzung in der ärztlichen Versorgung stärken und dadurch die Patientenversorgung verbessern	90
III – 02	Betriebswirtin im Gesundheitswesen – Arztentlastung durch fortgebildete Medizinische Fachangestellte	108
III – 03	Pflichtangebot sektorenübergreifender Vernetzung für GKV	96
III – 03a	Änderungsantrag zu III – 03 zur sektorenübergreifenden Vernetzung	95
III – 04	Hausärztliche medizinische Versorgungszentren	98
III – 05	Belegärztliche Vergütung	106
III – 06	Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch Nutzung sektorenübergreifender Zusammenarbeit	103
III – 07	Organisation kooperativer Versorgungsformen kritisch bewerten	94
III – 08	Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen – Rahmenbedingungen	100
III – 09	Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen – hausärztliche Versorgungszentren	99
TOP IV	Weiterbildung	110
IV – 01	Ambulante hausärztliche Versorgung durch Internisten	145
IV – 02	Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung - Nicht nur Module diskutieren	122
IV – 03	Ergänzung des § 7 Abs. 1 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2003 in der Fassung vom 25. Juni 2010	137
IV – 04	Evaluation der Weiterbildungsergebnisse und Konsequenzen	112
IV – 05	Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten	119
IV – 06	Weiterbildung in Teilzeit	141
IV – 07	Modul-Diskussion in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	128
IV – 10	Evaluation der Weiterbildung institutionalisieren	114
IV – 11	Weiterbildung berufsrechtlich stärker verankern!	163

IV – 12	Weiterbildung präzisieren und flexibel strukturieren	132
IV – 14	(Muster-)Weiterbildungsordnung – Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung	149
IV – 15	Angemessene Anreize statt weiterer Zwang in der Weiterbildung	150
IV – 16	Sonografie als fester Bestandteil in der (Muster-)Weiterbildungsordnung Anästhesie	151
IV – 17	Weiterbildung in Teilzeit	139
IV – 18	Weiterbildungsordnung als Instrument zur Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit	135
IV – 19	Kooperation und Weiterbildung	164
IV – 20	Weiterbildung - Sicherstellung der Finanzierung	165
IV – 21	Ambulant zu vermittelnde Weiterbildungsinhalte	147
IV – 21a	Änderungsantrag zu IV – 21	146
IV – 22	Nacherwerb der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie	152
IV – 23	Nebenberuflicher Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen und/oder Weiterbildungsmodulen	127
IV – 23a	Änderungsantrag zu IV – 23	126
IV – 24	Neudefinition des Modul-Themas	125
IV – 25	Kompetenzbasierte Weiterbildung	130
IV – 26	Förderung der ärztlichen Weiterbildung – Zuschläge	166
IV – 27	Förderung der ärztlichen Weiterbildung – kürzere Abschnitte	142
IV – 28	Verzicht auf die Anzeige- und Genehmigungspflicht der Teilzeitweiterbildung	143
IV – 29	Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern	153
IV – 30	Grundstruktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten	121
IV – 31	Erstellung eines Kriterienkatalogs für die Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	123
IV – 32	Teilnahme der Weiterbildungsbefugten an der Evaluation der Weiterbildung	144
IV – 33	Erhebung der Evaluation der Weiterbildung direkt von den Weiterbildungsassistenten	115
IV – 34	Umgang mit in der Evaluation der Weiterbildung dokumentierten Rechtsverletzungen	116
IV – 37	Definition der Lernziele für die Facharztprüfung	167
IV – 38	Klinische Akut- und Notfallmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankern	156
IV – 39	Bürokratie und Weiterbildung	118
IV – 40	Nichteignung als Weiterbilder/in – Konsequenz für Assistentinnen/Assistenten	138
IV – 41	Bescheinigung der fachärztlichen Kompetenz anstatt von Richtzahlen	157
IV – 42	Modifizierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	131
IV – 43	Simulation, E-Learning	158

IV – 44	Weiterbildung – Leistungskataloge	159
IV – 45	Vereinfachung der Beantragung der Weiterbildungsermächtigung	160
IV – 46	Justiziable Zwischenabschnitte in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	134
IV – 47	Ambulante Weiterbildungsabschnitte	148
IV – 48	Weiterbildung	161
TOP V	Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer	168
V – 03	Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer	169
TOP VI	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	170
VI – 01	Prävention in der Arbeitswelt – Möglichkeiten und Chancen in der betriebsärztlichen Versorgung	191
VI – 02	Konzeptionelle Weiterentwicklung des Deutschen Ärztetages	179
VI – 03 neu	Ärztliches Peer Review: Prospektives und effektives Verfahren zur Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung	269
VI – 04	Steigender Bedarf erfordert Aufstockung der Finanzmittel für die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung	264
VI – 05	Förderung der ärztlichen Psychotherapie auf Landesebene	303
VI – 06	Keine Direktausbildung psychologischer Psychotherapeuten	304
VI – 07	Ärzte in sozialen Medien – Empfehlungen der Bundesärztekammer für Ärzte und Medizinstudenten zur Nutzung sozialer Medien	288
VI – 08	Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung	172
VI – 09	Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger verbessern	258
VI – 10	Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	341
VI – 11	Vollständiger Orientierungswert	227
VI – 12	Chefarztverträge - bedenkliche finanzielle Anreize vermeiden	250
VI – 13	Priorisierung in der Medizin	253
VI – 14	Verkürzung der Mindestdauer einer Famulatur	201
VI – 15	Rabattverträge	261
VI – 17	Fusionen kontrollieren, Trägerpluralität bewahren	237
VI – 18	Keine Verdichtung der ärztlichen Grundausbildung	200
VI – 19	Krankenhausfinanzierung dringend bundeseinheitlich anpassen	226
VI – 20	Bürokratieabbau	298
VI – 21	Keine ökonomischen Fehlanreize in der Patientenbehandlung	251
VI – 22	Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte an Kliniken verbessern!	233
VI – 23	Künftige Versorgung sichern – ärztlichen Nachwuchs intensiv fördern!	198
VI – 24	Blue Card – Lohndumping an Krankenhäusern verhindern!	235

VI – 25	Delegation ja, Substitution nein!	248
VI – 26	Keine gezielte Abwerbung ausländischer Ärzte zu Lasten der Versorgung in deren Heimatland	254
VI – 27	Neue GOÄ noch 2013	275
VI – 28	Korrekte und vollständige Erfassung und Dokumentation geleisteter ärztlicher Arbeitszeit	309
VI – 29	Persönlichkeitsrechte der Ärztinnen und Ärzte auch in Internet-Bewertungsportalen schützen!	289
VI – 30	Bürokratieabbau – mehr Zeit für Patienten	308
VI – 31	Durch bessere Arbeitsbedingungen und bessere Bezahlung die Attraktivität für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) steigern!	311
VI – 32	Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Prävention wird begrüßt	266
VI – 33	Finanzierung von delegationsfähigen Präventionsleistungen	267
VI – 34	GOÄ – Laborkapitel	278
VI – 35	Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes als Grundlage der Prävention	193
VI – 36	Ethik und Ökonomie - keine falschen Anreize setzen	252
VI – 37	Morbiditätskomponente bei Arznei- und Heilmittelbudgets einführen	240
VI – 39	Sicherung und Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit durch Prävention	194
VI – 40	Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung	265
VI – 41	Keine Substitution ärztlicher Leistungen	247
VI – 42	Änderungen im Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMG-Novelle)	256
VI – 43	Verankerung des Rettungsdienstes im SGB V	241
VI – 44	Psychosomatische Kompetenz	305
VI – 45	Nachhaltige Umsetzung der Hygieneverordnungen in den Bundesländern	350
VI – 46	Zeitpunkt Deutscher Ärztetag	182
VI – 47	Strukturwandel des ärztlichen Berufsbildes: eine Aufgabe für die Kammern	307
VI – 49	Medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen	346
VI – 50	Harmonisierung zwischen den berufsrechtlichen und den vertragsärztlichen Vorgaben zu Qualifikationsanforderungen für Ärzte	221
VI – 51	Satzungsleistungen der GKV streichen	243
VI – 52	Gleiche Dienstvergütung für Sanitätsoffiziere wie für Ärzte an zivilen Kliniken	282
VI – 53	Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) – Famulaturen auch wieder im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) ermöglichen	202
VI – 54	Abschaffung des Flughafenasyilverfahrens	329
VI – 55	Die arbeitsmedizinische Ausbildung für Studenten der Humanmedizin an den Universitäten muss gestärkt werden	203
VI – 56	Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen in der Arbeits- und Betriebsmedizin	285

VI – 57	Stationäre Versorgung - Sicherung einer soliden Basisfinanzierung im DRG-System zur Vermeidung der "Flucht in die Menge"	224
VI – 58	Kriterienkatalog zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen Dritter für Medizinische Fachangestellte	286
VI – 60	Regelungen zur Rechtssicherheit bei elektronischer Dokumentation	293
VI – 62	Kommunikations- und Führungskompetenz professionell im Medizinstudium vermitteln	204
VI – 63	Prävention von Genitalverstümmelung – Aktualisierung der "Empfehlung zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung" der Bundesärztekammer vom 25.11.2005	331
VI – 64	Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses in der Arbeitsmedizin	312
VI – 65	Zweitmeinung im Internet	291
VI – 66	Verbesserung der Finanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland	279
VI – 67	Förderung des ärztlichen Gespräches	281
VI – 68	Berufsbezeichnung	217
VI – 69	Ärztliche und medizinische Versorgung auf dem Lande stärken	246
VI – 70	Gendermedizinische Aspekte im Medizinstudium und der ärztlichen Fort- und Weiterbildung	218
VI – 71	Psychotherapie und Palliativmedizin	342
VI – 72	Zwischenbericht der AG "Zukunft der Ärztekammern" – Prüfung einer Antragskommission für den Deutschen Ärztetag	180
VI – 73	GOÄ als ärztliche Gebührenordnung	277
VI – 74	Unzureichende Finanzierung der Krankenhäuser beenden	225
VI – 75	Praxisnahe Ausbildung der Studenten	205
VI – 76	Anforderungen an den ärztlichen Arbeitsplatz im Krankenhaus	228
VI – 77	Sichere Patientenversorgung braucht sichere Arbeitsbedingungen	271
VI – 78	Gendiagnostikgesetz	344
VI – 79	Respektvoller Umgang mit Patienten nach einem Zwischenfall	272
VI – 80 neu	Tarifhoheit als Strukturprinzip in der ambulanten und stationären Versorgung	283
VI – 81	Fluglärm	351
VI – 82	Moderne Kommunikation im Gesundheitswesen entwickeln – das politische Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" aufgeben	296
VI – 83	Keine Aushöhlung des Datenschutzes – Keine Schreibrechte von Krankenkassen für die Organspendeerklärungen auf der elektronischen Gesundheitskarte	294
VI – 84	Für ehrliche Diskussionen statt polemischer Budgetierung operativer Eingriffe	354
VI – 85	Fehlerhafte Brustimplantate	324
VI – 86	Kostenübernahme bei Explantation fehlerhafter Implantate	325
VI – 87	Produktesicherheit – Medizinprodukteregister	326

VI – 88	Produktsicherheit – Zulassungskriterien	327
VI – 89	Sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei Telematikprojekten im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung	299
VI – 90	Einbeziehung der Hausärzte in telemedizinische Projekte	300
VI – 91	Elektronischen Heilberufsausweis als deutschlandweit einheitlichen Standard etablieren	301
VI – 92	Ausreichende Stromversorgung an den Arbeitsplätzen der Delegierten	183
VI – 93	Kostenloser WLAN-Anschluss für die Delegierten	184
VI – 94	Geriatrische und gerontopsychiatrische Modulfortbildung	219
VI – 95	Probleme bei der medizinischen Behandlung und Kostenerstattung von Unionsbürgern aus den neuen EU-Beitrittsländern	332
VI – 96	Stress am Arbeitsplatz macht krank	313
VI – 97	Datenschutz bei betrieblicher Gesundheitsförderung	195
VI – 99	Übernahme der Reise- und Übernachtungskosten der zum Deutschen Ärztetag eingeladenen studentischen Vertreter	187
VI – 100	Positionspapier "Interprofessionalität in der Medizinischen Ausbildung" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)	209
VI - 100a	Änderungsantrag zu VI – 100	208
VI – 101	Anreize für Familiengründung setzen	315
VI – 102	Positionspapier zur Erstellung des nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)	212
VI - 102a	Änderungsantrag zu VI – 102	211
VI – 103	Disruptive Behaviour ahnden	319
VI – 104	Eckpunktepapier zur Familienfreundlichkeit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)	317
VI - 104a	Änderungsantrag zum Antrag VI – 104	316
VI – 105	Positionspapier "Qualitätskontrolle für IGeL" der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd)	357
VI - 105a	Änderungsantrag zu VI – 105	356
VI – 106	Steuerliche Berücksichtigung von Dienstreisen	359
VI – 107	Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung	276
VI – 108	Erhöhung der Obduktionsrate als Instrument der Qualitätssicherung	273
VI – 109	Anforderung ärztlicher Dokumente durch nichtärztliche Institutionen	320
VI – 110	Fortbildung "Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen"	334
VI – 111	Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge in Deutschland	336
VI – 112	Richtlinien zur Anerkennung von Zeugnissen und Kompetenzen von Ärzten aus Nicht-EU-Ländern	321
VI – 113	Förderung ambulanter Therapieoptionen in Fächern mit konservativen und operativen Inhalten	280

VI – 114	Systemoffene Schnittstelle für Praxis- und Krankenhaussoftware zur Qualitätssicherung	292
VI – 115	Umsetzung der Änderung Approbationsordnung	215
VI – 116	Psychische Belastungen der Mitarbeiter in Institutionen des Gesundheitswesens	196
VI – 118	WLAN – Verfügbarkeit auf Deutschen Ärztetagen	185
VI – 119	Ergänzung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage in § 15 Abs. 2d: Schluss der Rednerliste	188
VI – 120	Auswahlverfahren an den Hochschulen	206
VI – 121	Änderung der Geschäftsordnung	186
VI – 122	Medizinische Hilfe für besonders schutzbedürftige Asylbewerber, Umsetzung der Mindestnorm EU-Aufnahmerichtlinien (2003)	338
VI – 123	Tabakentwöhnung	244
VI – 124	Ratgeber zu IGeL – Vorversion, 2. Auflage	355
VI – 125	Sprachkenntnisse verbessern	322
VI – 126	Adäquate Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter an den Liquiditätserlösen	236
VI – 127	Zulassung eines oralen Diacetylmorphins zur Substitution schwerstkranker Opiatabhängiger	262
VI – 128	Ergebnisse der Anträge	189
VI – 129	Änderung der (Muster-)Berufsordnung § 6, Meldungen von Nebenwirkungen an die Realität anpassen	360
VI – 131	Betriebsärztinnen und Betriebsärzte adäquat bezahlen	238
VI – 132	Medizinische Versorgung und Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen	348
TOP VII	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)	361
VII – 01	Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)	362
TOP VIII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011 (01.07.2010 – 30.06.2011)	363
VIII – 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2010/2011	364
TOP IX	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 – 30.06.2013)	365
IX – 01	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 – 30.06.2013)	366
TOP X	Wahl des Tagungsortes für den 117. Deutschen Ärztetag 2014	367
X – 01	Wahl des Tagungsortes für den 117. Deutschen Ärztetag 2014	368



ÄRZTE IN SOZIALEN MEDIEN

Autor: Dezernat Telematik
Stand: 19.04.2012

Empfehlungen der Bundesärztekammer für Ärzte und Medizinstudenten zur Nutzung sozialer Medien

Hintergrund

Die Nutzung sozialer Medien¹ ist für viele Millionen Menschen weltweit selbstverständlich geworden – so auch für Ärzte², Medizinstudenten und Patienten.

Interaktive, gemeinschaftliche Internet-Plattformen wie soziale Netzwerke, Wikis, Chaträume und Blogs machen passive Internetnutzer zu aktiven Teilnehmern. Sie bieten Möglichkeiten für Zusammenkünfte, zum Teilen und Verbreiten persönlicher Informationen einschließlich gesundheitsbezogener Informationen, zum Treffen und für Verbindungen mit Freunden, Verwandten, Kollegen usw. So verwenden beispielsweise Patienten diese neuen Möglichkeiten um Erfahrungen miteinander zu teilen oder auch um medizinischen Rat einzuholen. Von ärztlicher Seite lassen sich soziale Medien auch für gesundheitliche Aufklärung und andere Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit sowie für die ärztliche Ausbildung, Weiter- und Fortbildung und für die Forschung nutzen. Soziale Medien werden auch bei der direkten oder indirekten berufsbezogenen Werbung eingesetzt.

Die positiven Aspekte sozialer Medien wie bspw. die Förderung eines gesunden Lebensstils durch Aufklärung und Information, die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Patienten sowie die Minderung der Isolation von Patienten müssen anerkannt werden.

Bestimmte Aspekte sozialer Medien erfordern aus ärztlicher Sicht jedoch besondere Aufmerksamkeit:

- Patientenportale, Blogs und sonstige Beiträge auf sozialen Medien sind kein Ersatz für eine direkte persönliche Beratung durch einen Arzt.
- Sensible Inhalte, Fotos und sonstige persönliche Beiträge, die in soziale Foren eingestellt wurden, sind häufig öffentlich zugänglich und können oftmals nicht aus dem Internet dauerhaft entfernt werden. Mit der Eingabe der Daten verlieren die Nutzer die Kontrolle über die letztendliche Verbreitung von persönlichen Informationen, die sie ins Internet einstellen.
- Online-„Freundschaften“ mit Patienten können auch das Arzt-Patienten-Verhältnis verändern und zu unnötiger und möglicherweise problematischer Selbstoffenbarung von Arzt und Patient führen. Insbesondere bei sozialen Medien, die nicht auf eine professionelle Kommunikation ausgerichtet sind, kann ein sonst professionelles Arzt-Patienten-Verhältnis auf eine private Ebene verschoben werden.

¹ Als soziale Medien werden unterschiedliche Internet-Plattformen und Anwendungen bezeichnet, die es ermöglichen, als Anwender Inhalte selbst zu erstellen und elektronisch zu teilen

² Um die Lesbarkeit des Textes zu erleichtern, wurden durchgängig grammatikalisch männliche Formen verwendet. Diese Schreibweise dient der Vereinfachung und beinhaltet keine Diskriminierung anderer Geschlechtsformen

ÄRZTE IN SOZIALEN MEDIEN

- Die Privatsphäre jedes Beteiligten in sozialen Medien ist entscheidend von den technischen Möglichkeiten zu deren Schutze abhängig. Diese variieren sehr zwischen unterschiedlichen Medien und sind zudem abhängig von den individuellen Einstellungen des jeweiligen Nutzers. Der Schutz der Privatsphäre kann daher sowohl durch die fehlende technische Voraussetzung als auch die unangemessene Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten beeinträchtigt werden. Zudem sind die Einstellungen zum Schutz der Privatsphäre veränderlich: Betreiber sozialer Medien können einseitig Einstellungen zum Schutz der Privatsphäre ändern, ohne dass der Nutzer hieran aktiv beteiligt wird. Internetseiten sozialer Medien können Daten auch Dritten in einem völlig anderen Kontext zugänglich machen, z. B. zum Zweck einer individualisierten Werbung.
- Interessierte wie gegenwärtige/künftige Arbeitgeber, Versicherungsgesellschaften und kommerzielle Nutzer können diese Webseiten aus unterschiedlichen Gründen beobachten, um mehr über die Bedürfnisse und Erwartungen ihrer Kunden zu erfahren, ein Profil von Jobkandidaten zu erstellen, eine Risikobewertung zu erstellen oder ein Produkt oder eine Dienstleistung zu verbessern.

Zielsetzung der Empfehlungen

- Die Empfehlungen sollen Ärzte und Medizinstudenten bei der Nutzung sozialer Medien dabei unterstützen, die hohen beruflichen und ethischen Standards der Ärzteschaft einzuhalten und so das Vertrauen und Ansehen, das der Ärzteschaft entgegen gebracht wird, zu erhalten.
- Sie sollen außerdem einen Rahmen erstellen, der bei der Nutzung sozialer Medien die spezifischen Interessen von Ärzten, Medizinstudenten und auch Patienten schützt.

Die Empfehlungen lehnen sich an die Erklärung des Weltärztebundes zu sozialen Medien in Montevideo, Uruguay aus dem Oktober 2011 an.

Empfehlungen

1. Bei der Nutzung sozialer Medien müssen Ärzte in Übereinstimmung mit der Musterberufsordnung angemessene Grenzen der Arzt-Patienten-Beziehung einhalten, ebenso, wie dies in jedem anderen Kontext geschehen würde.
2. Ärzte müssen bei der Nutzung sozialer Medien den in der Musterberufsordnung verankerten Behandlungsgrundsatz beachten, nach dem eine individuelle ärztliche Behandlung und insbesondere auch Beratung nicht ausschließlich über Kommunikationsmedien durchgeführt werden darf. Es muss gewährleistet sein, dass ein Arzt den Patienten unmittelbar behandelt.
3. Ärzte sollen vor der Nutzung sozialer Medien Kenntnisse über den Schutz der Privatsphäre auf Internetseiten dieser sozialen Netzwerke erlangen, diese sorgfältig prüfen und insbesondere deren Einschränkungen berücksichtigen.
4. Ärzte sollen die eigene Internetpräsenz in sozialen Medien routinemäßigen Überprüfungen unterziehen, um sicherzustellen, dass personenbezogene und berufsbezogene Informationen auf ihren eigenen Webseiten und, soweit möglich, Inhalte, die andere über sie einstellen, korrekt und angemessen sind.
5. Ärzte sollen das Zielpublikum und die Zielsetzung (privat oder beruflich orientiert) der jeweiligen sozialen Medien berücksichtigen und überprüfen, ob es technisch machbar ist, den Zugang zum Inhalt auf vorab definierten Individuen oder Gruppen zu beschränken.
6. Ärzte sollen beim Veröffentlichenden privater Informationen zurückhaltend sein. Die professionellen Grenzen, die zwischen dem Arzt und dem Patienten bestehen, können hierdurch verschoben werden. Ärzte sollten die potenziell mit sozialen Medien verbundenen Risiken kennen, berücksichtigen und sorgfältig die Empfänger und die

ÄRZTE IN SOZIALEN MEDIEN

Einstellungen für den Schutz der Privatsphäre wählen. Für die Kommunikation mit Patienten und die Wahrung eines professionellen Arzt-Patienten-Verhältnisses wird daher empfohlen, ein (vom evtl. vorhandenen privaten Profil) getrenntes, professionelles Profil einzusetzen, in dem entsprechende Informationen veröffentlicht werden können.

7. Ärzte sollen bei der Besprechung beruflicher Themen in sozialen Medien sachliche und präzise Informationen weitergeben, Interessenskonflikte nennen und einen nüchternen Ton wählen.
8. Ärzte dürfen keine Informationen zu einem Patienten in sozialen Medien veröffentlichen, die dessen Recht auf Schutz der Persönlichkeit verletzen. Auch die Initiative „Einladung“ eines Patienten im eigenen Netzwerk bzw. Profil kann problematisch sein, da sie ein Behandlungsverhältnis offenbaren kann. Ein Vertrauensbruch unterminiert das öffentliche Vertrauen in den ärztlichen Berufsstand und beeinträchtigt eine effiziente Behandlung von Patienten.
9. Ärzte und Medizinstudenten müssen sich vergegenwärtigen, dass ihre Beiträge in sozialen Medien im Internet auch zur öffentlichen Wahrnehmung des Berufsstandes beitragen können.
10. Ärzte müssen sich bei der Verwendung sozialer Medien an die Regeln der beruflichen Kommunikation halten. Ärzten ist die sachliche berufsbezogene Information erlaubt – berufswidrige Werbung ist auch über soziale Medien untersagt.
11. Ärzte sollen ihre Bedenken gegenüber dem Kollegen äußern, wenn beobachtet wird, dass dieser sich in sozialen Medien eindeutig unangemessen verhält.