

*BESCHLUSSPROTOKOLL
DES
110. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
VOM 15. – 18. MAI 2007
IN MÜNSTER*

Inhaltsverzeichnis

Zu Punkt I der Tagesordnung:

GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND ÄRZTLICHE BERUFSPOLITIK	1
1. Erste Bewertung nach Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes.....	1
2. Gesundheitspolitische Strategien der Ärzteschaft.....	5
3. Regelung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht.....	6
4. Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten	8
5. Reform des Gesundheitswesens.....	8

Zu Punkt II der Tagesordnung:

ETHISCHE ASPEKTE DER ORGAN- UND GEWEBETRANSPLANTATION	9
1. Ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation	9
2. Optimierung der Organspende – Ein Ja zur freiwilligen Widerspruchslösung	12
3. Keine Kommerzialisierung von Transplantationen	13
4. Organspende und Patientenverfügung.....	13
5. Sicherheit für Lebendspender	14
6. Optimierung der Organspende	14
7. Optimierung der Organspende – Prüfauftrag	15
8. Transplantationsausführungsgesetze auf Länderebene	15

Zu Punkt III der Tagesordnung:

KINDERGESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND	15
1. Kindergesundheit stärken.....	15
2. Frühe Intervention und Hilfe zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – Verbindlichkeit von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und Einrichtung eines Meldewesens	17
3. Impfen bei Kindern und Jugendlichen	19
4. Gesundheit in Schulen fördern.....	19
5. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Gemeinsamer Bundesausschuss	20
6. Förderung der Ausbildung und Fortbildung (ggf. Weiterbildung) zum Thema "Häusliche Gewalt"	20
7. Aufnahme Fortbildungsmodul "Häusliche Gewalt" in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	21
8. Meldepflicht für Impfungen	21
9. Sicherstellung einer flächendeckenden stationären und ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen.....	22
10. Verpflichtende Vorsorgen und begleitende Maßnahmen	23
11. Monopolisierung in der Pharmaindustrie – Folgen für die Impfstoffbereitstellung	24
12. Kinderkrippen – frühe vorschulische Betreuungs- und Bildungsangebote	24
13. Alkoholkonsum bei Jugendlichen	24
14. Jährliche Debatte der Situation von Kindern und Jugendlichen im Deutschen Bundestag	25
15. Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	25
16. Kindergesundheit bei Migranten.....	26
17. Prävention – Adipositas.....	27
18. Prävention bei Schwangeren.....	27
19. Nachweis verbindlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen	28
20. Zeitnahe Einführung weiterer Früherkennungsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen.....	28
21. Gewalt gegen Kinder	29

22. Früherkennung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen	29
23. Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher	29
24. Nachwuchsförderung im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie	30
25. Fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus	30
26. Kinder- und Jugenduntersuchungen	31
27. Förderung von Kindern mit Lese-Rechtschreibschwäche und Dyskalkulie	31
28. Intensivere Kooperation der Behandlungsebenen von Erwachsenen und Kindern in Prävention, Diagnostik und Therapie bei psychosozialen Störungen in Familien.....	32
29. Arzneimittel bei Kindern.....	33
30. Kindergesundheit in Deutschland.....	33
31. Konkrete Maßnahmen zu mehr Bewegung im Kindes- und Jugendalter	33
32. Kindergesundheit in Deutschland – Prävention Kinder- und Jugendgesundheit	34
33. Kindergesundheit in Deutschland – Prävention Kinder- und Jugendgesundheit	34
34. Einbringen ärztlicher Kompetenz in die Kinderbetreuung	34
35. Arzneimittelstudien bei Kindern und Jugendlichen.....	35

Zu Punkt IV der Tagesordnung:

(MUSTER-)WEITERBILDUNGSORDNUNG

35

1. EU-Kompatibilität des Gebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin.....	35
2. Änderungsantrag zu IV-01.....	35
3. Hausärztliche Versorgung	35
4. Wiedereinführung des Allgemeininternisten.....	36
5. EU-Kompatibilität des Gebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin – Änderungen, die sich aus dem Antrag IV-01 ergeben.....	36
6. Neuausrichtung des Förderprogramms zur Weiterbildung des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin.....	36
7. Förderung der Allgemeinmedizin.....	37
8. Weiterbildungsverbände zur Sicherung der Hausärztlichen Weiterbildung.....	38
9. Förderung der hausärztlichen Versorgung.....	38
10. Innere und Allgemein Medizin als gesundheitspolitische Gemeinschaftsaufgabe.....	39
11. Befristung von Arbeitsverträgen in der Weiterbildung Innere und Allgemeinmedizin	39
12. Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005	40

Zu Punkt V der Tagesordnung:

TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

40

Forschung	40
1. Berichterstattung über die Förderinitiative Versorgungsforschung.....	40
2. Expertisen-Auftrag	40
3. Versorgungsforschung	41
4. Elektronische Dokumentation als Basis für Versorgungsforschung	42
5. Forschung und Universitäten in Deutschland – Rolle der Ärzte als Tagesordnungspunkt auf dem 111. Deutschen Ärztetag	42
6. Medizinische Forschung.....	43
Telematik	43
1. Die Einführung des elektronischen Arztausweises wird begrüßt.....	43
2. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)	44
3. Das Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" (eGK) braucht einen kompletten Neustart	44

4.	Elektronische Gesundheitskarte – Wissenschaftliche Begründung für die Einführung der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS)	45
5.	Tagesordnungspunkt auf dem kommenden Deutschen Ärztetag: Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Arzt-Patient-Verhältnis.....	46
6.	Elektronische Gesundheitskarte – Datensicherheit.....	46
	Krankenhaus.....	46
1.	Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab dem Jahr 2009.....	46
2.	Kliniken sind keine Warenhäuser	48
3.	Ordnungsgemäße ärztliche Strukturen in Kliniken beibehalten.....	49
4.	Auswirkung der Diagnosis Related Groups (DRG)	49
5.	Finanzierung ärztlicher Fort- und Weiterbildung.....	50
	Prävention.....	50
1.	Prävention stärken	50
2.	Für einen wirksamen Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens.....	53
	Private Krankenversicherung (PKV)	54
1.	Versicherungsvertragsrecht: PKV-Regelungen gefährden die freie Patient- Arzt-Beziehung	54
	GOÄ.....	55
1.	Ärzteschaft fordert GOÄ-Reform auf der Grundlage des Bundesärztekammer Konzepts	55
2.	GOÄ-Novellierung	56
	Vergütung	57
1.	Ärztemangel – Tarifverträge für Ärzte	57
2.	Gleiche Vergütungsgrundsätze für Ärztinnen und Ärzte verschiedener Tätigkeitsbereiche	58
3.	Anhebung der Gehälter von als Ärzten tätigen Beamten an den Unikliniken auf das Niveau der im Tarifvertrag-Ärzte an den Universitätskliniken angestellten Ärztinnen und Ärzte.....	58
4.	Besserstellung der Medizinischen Fachangestellten (Arzthelferin).....	59
5.	Angemessene Vergütung von Arzthelferinnen/ Medizinischen Fachangestellten	59
	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	60
1.	Rabatte und Boni	60
2.	Abschaffung der Bonus-Malus-Regelung.....	60
3.	Priorisierung im Gesundheitswesen in Deutschland	61
4.	Kassenanfragen zum Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit.....	62
5.	Aushöhlung der Gesetzlichen Krankenversicherung führt zur Zwei- Klassen-Medizin	62
6.	Gegen den Missbrauch von Krankenkassenbeiträgen.....	63
	Persönliche Leistungserbringung.....	63
1.	Keine Anästhesieführung durch Medizinische Assistenten für Anästhesie	63
2.	Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen	64
3.	Entwicklung von Leitlinien/Richtlinien/Standards zur Begrenzung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal	64
4.	Verbesserung der Darstellung und Vertretung der ärztlichen Kompetenzen	65

Qualitätssicherung	65
1. Sektorübergreifende Qualitätssicherung fördern.....	65
Ausbildung	66
1. Umsetzung der Beschlüsse des 108. Deutschen Ärztetages zur Praktisches-Jahr-Ausbildungsbeihilfe.....	66
2. Lernziele für das Krankenpflegepraktikum	67
3. Förderung der Allgemeinmedizin an medizinischen Fakultäten	67
4. Höhere Flexibilität im Praktischen Jahr	67
5. Ausbildungsbeihilfe für die Tätigkeit im Praktischen Jahr	68
6. Bologna-Prozess	68
7. Studium während der Wartesemester für ein Medizinstudium	69
8. Medizinisches Staatsexamen – Ärztliche Prüfung.....	69
Weiterbildung	69
1. Evaluation der Weiterbildung.....	69
2. Evaluation der Weiterbildung durch Landesärztekammern	70
3. Übergangsfristen Schwerpunkt-Weiterbildung	70
4. Entbürokratisierung der ärztlichen Weiterbildung.....	70
5. Ermöglichung von Weiterbildung auch in weniger als 50 %-Stellen.....	71
6. Weiterbildungsbedingungen und -realität als Thema für einen der nächsten Deutschen Ärztetage	71
7. Verbindlichkeit der Mindestzeit der Weiterbildung.....	72
8. Überprüfung der Psychotherapie-Richtlinien in der (Muster-)Weiterbildung	72
9. Balintgruppenarbeit in der (Muster-)Weiterbildungsordnung.....	73
10. Migrationsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte in Europa.....	73
Fachberufe im Gesundheitswesen.....	74
1. Medizinische Fachangestellte stärker in die medizinische Versorgung einbeziehen	74
2. Medizinische Assistenzberufe	75
3. Modellprojekt Gemeindeschwester	75
4. Qualifikation "Gesundheitsberatung" für Medizinische Fachangestellte	76
5. Beteiligung der Freien Berufe am Nationalen Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in Deutschland (2007 – 2010)	76
Flexible Arbeitszeit und Kinderbetreuung	77
1. Schaffung von mehr Teilzeitstellen an Kliniken und flexible Arbeitszeiten	77
2. Teilzeit – Arbeitgeber – Elternzeit.....	77
3. Teilzeit – Leitende Ärzte – Elternzeiten	77
4. Ausbeutung und Lohndumping auf Teilzeitstellen.....	78
5. Ausbau bedarfsgerechter Kinderbetreuungseinrichtungen für Kinder von medizinischem Personal, insbesondere Ärztinnen und Ärzten	78
6. Dringender Ausbau bedarfsgerechter und qualitätsorientierter Kinderbetreuungseinrichtungen.....	78
Asylbewerber	79
1. Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung aufenthalts- und asylrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union in der Fassung vom 8. Februar 2007	79
2. Keine Beteiligung von Ärzten bei Altersfeststellung im Asylverfahren	80
Verschiedene Aspekte der ärztlichen Berufsausübung	80
1. Ächtung des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" von 1933	80
2. Gesundheitsschutz des Ersthelfers.....	81
3. Kein Lauschangriff auf Ärzte	81
4. Lauschangriff	82

5.	Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger.....	82
6.	Verlässlichkeit der Information	83
7.	Vertrieb von Blitzlampen oder Lasergeräten zur Selbstanwendung an Privatpersonen	84
8.	Keine Geschlechtsbestimmung vor Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche post conceptionem ohne medizinische Indikation	84
9.	Empfehlungen des Vorstands der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung	85
10.	Professionelles Marketing der Aktivitäten der Ärzteschaft	85
11.	Doping bei Sportwettkämpfen	86
12.	Systematisches Doping	86
13.	Industrialisierung des Arztberufs	86
14.	Keine Industrialisierung ärztlicher Tätigkeiten	86
15.	Bürokratie-Abbau	87
16.	Einrichtung eines WLAN auf Ärztetagen	87
17.	Internet-Verfügbarkeit während des Deutschen Ärztetags	88
18.	Unabhängige Patientenberatung (UPD).....	88
19.	Keine Verschärfung von Gesundheitspatenten	89
20.	Pharmaindustrie - Mein Essen zahl ich selbst (MEZIS)	90
21.	Für den Erhalt der ambulanten ärztlich-psychosomatisch- psychotherapeutischen Medizin	90
22.	Zur Substitutionsbehandlung: Novellierung der Betäubungsmittel- Verschreibungsverordnung (BtMVV).....	91
23.	Vertretung ärztlicher Psychotherapie in der Bundesärztekammer	91
24.	Ansprache der Bundesgesundheitsministerin Schmidt im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des 110. Deutschen Ärztetags	92
25.	Aufnahme eines ethischen Kodex zur Ablehnung der Zusammenarbeit mit der Tabakindustrie in die (Muster-)Berufsordnung	92
26.	Befreiung der Medikamente von der Mehrwertsteuer (MwSt.)	93
27.	Rubrik "Schleichende Rationierung" im Deutschen Ärzteblatt	93
28.	Elektronisches Wahlverfahren	94
29.	Öffentlichkeitsdarstellung	94
30.	Förderung der automatischen externen Defibrillatoren (AED)	94

Zu Punkt VI der Tagesordnung:

BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2005/2006 (01.07.2005 - 30.06.2006)	95
1. Jahresrechnung 2005/ 2006.....	95

Zu Punkt VII der Tagesordnung:

ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2005/2006 (01.07.2005 - 30.06.2006)	95
1. Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer	95

Zu Punkt VIII der Tagesordnung:

HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2007/2008 (01.07.2007 - 30.06.2008)	95
1. Haushaltsvoranschlag	95

Zu Punkt IX der Tagesordnung:

WAHLEN	96
1. Wahl des Präsidenten	96
2. Wahl der Vizepräsidenten	96
3. Wahl der weiteren Ärztinnen/Ärzte im Vorstand der Bundesärztekammer	96
4. Wahl der ordentlichen Mitglieder des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung	96
5. Wahl des Vorstands der "Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin"	97
6. Wahl des Vorstands der "Deutschen Akademie der Gebietsärzte"	97

Zu Punkt X der Tagesordnung:

WAHL DES TAGUNGORTES FÜR DEN 112. DEUTSCHEN ÄRZTETAG 2009

97

1. Wahl des Tagungsortes für den 112. Deutschen Ärztetag 2009.....97

Zu Punkt I der Tagesordnung: **GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND ÄRZTLICHE BERUFSPOLITIK**

1. Erste Bewertung nach Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) fasst der 110. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

I.

Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beabsichtigte Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV kann keine dauerhafte Bereitstellung von finanziellen Mitteln für eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Gesundheitsversorgung sichern. Die vorgeschlagenen Elemente künftiger Finanzierung (Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge, Ausschöpfung so genannter Wirtschaftlichkeitsreserven, Kassenfusionen, aber auch Insolvenzen) stellen eher ein Experiment mit unsicherem Ausgang dar, als dass sie Verlässlichkeit für die Zukunft bewirken.

- Die Finanzautonomie der Krankenkassen wird beseitigt. Durch Rechtsverordnung der Bundesregierung werden künftig Einheitsbeiträge für alle Krankenkassen festgesetzt. Sie werden über einen Gesundheitsfonds verteilt, über dessen Finanzausstattung mit dem Recht der Beitragsfestsetzung und zusätzlicher Steuerzahlungen der Staat entscheidet. Ob künftig die Mittel zur Finanzierung der am Patientenbedarf orientierten medizinischen Versorgung ausreichen, kann damit niemand voraussagen. Zusatzbeiträge, denen allerdings Grenzen gesetzt sind, sollen Krankenkassen in die Lage versetzen, bei unzureichender Finanzausstattung weitere Finanzmittel zu schöpfen. Auch dies dürfte eine kaum ausreichende Finanzierungsgrundlage für den wachsenden Leistungsbedarf des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung sein, zumal neue Leistungen zusätzlich eingeführt werden sollen.
- Krankenkassen sollen bei unzureichender Finanzausstattung ihre Rettung in Fusionen oder Insolvenzen suchen. Sie werden aufgefordert, mit Leistungserbringern Sonderverträge abzuschließen, denen die Zielsetzung zugrunde liegt, Ausgaben einzusparen, was wiederum darauf hinausläuft, Leistungserbringern angemessene Vergütungen vorzuenthalten. Kassenfusionen werden mittelfristig nicht ausbleiben und zu einigen Großkassen in der Bundesrepublik Deutschland führen, welche als Monopolisten die Arbeits- und Vergütungsbedingungen der Leistungserbringer diktieren.
- Das Gesetz sieht eine weitere Aushöhlung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Förderung von besonderen selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und anderen vor. Der im Patienteninteresse notwendige Schutz zur Wahrung der beruflichen Unabhängigkeit der Angehörigen der Heilberufe geht auf diese Weise verloren. Die langsame Liquidation der Selbstverwaltungskörperschaften wird eingeleitet.
- Über Wahltarife und selektive Verträge entstehen unterschiedliche Sektoren der Patientenversorgung und eine Mehrklassenmedizin. Der vermeintliche Fortschritt, den dieses "Wettbewerbsmodell" bringen soll, wird nicht eintreten: Die im Patienteninteresse gebotene Versorgungssicherheit und Gleichmäßigkeit der Versorgung in räumlicher Nähe und entsprechender Qualität wird auf diese Weise nicht bewirkt werden. Im Gegenteil: Die ärztliche Versorgung der

Versicherten wird im Verhältnis zu den Krankenkassen bei nichtautonomer Finanzausstattung leiden. Wachsende Verwaltungsausgaben gehen zu Lasten der medizinischen Versorgung.

- Es erfolgt eine Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer teilweise mit hauptamtlichen Mitgliedern besetzten Exekutiv-Agentur zur verbindlichen Steuerung des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne verbindliche Mitwirkung der Betroffenen. Mit der Zuweisung umfassender Aufgaben im Bereich der Qualität, der Qualitätssicherung und der Fortbildung von Ärzten an den Gemeinsamen Bundesausschuss wird aus der bisher in der ärztlichen Profession durch Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder gesicherten Selbstbestimmung über die beruflichen Belange im Rahmen der gesetzlichen Regelungen eine – auch verfassungsrechtlich höchst fragwürdige – Fremdbestimmung bis hin zum Ausschluss der Mitwirkung der Berufsangehörigen.
- Die Veränderung der Krankenkassenorganisation mit der Auflösung der bisherigen Vielfalt verschiedener Kassenarten und Verbände durch das Zusammenführen und die Pflichtmitgliedschaft aller Krankenkassen in einem so genannten Spitzenverband Bund, welchem Aufgaben in umfassender Weise als künftiger Vertragspartner der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Vergütungsbereich durch Mitwirkung bei der Vergütungsgestaltung über den Bewertungsausschuss zugewiesen werden, entsteht eine zusätzliche Zentralisierung für das Gesundheitssystem.
- Krankenkassen und ihre Verbände, Kassenärztliche Vereinigungen sowie die bisher mit Recht so genannte "gemeinsame Selbstverwaltung" erleiden durch die Veränderungen einen Substanzverlust in ihrer demokratisch legitimierten Autonomie, der es rechtfertigt, von einer Aushöhlung der Selbstverwaltung zu sprechen. Dazu trägt auch die Auslagerung bisheriger Selbstverwaltungsentscheidungen in den Körperschaften in so genannte „professionalisierte Gremien“ (Institute u. ä.) bei. Die "Institutologie“ überlagert in demokratisch zweifelhafter Weise den Gedanken der Selbstverwaltung, der darauf beruht, dass die Beteiligten ihre Belange selbst gestalten dürfen.
- Durch verschiedene Regelungen wird bewirkt, dass die ärztliche Berufsausübung, die auf den Eckpfeilern der Professionalität und Therapiefreiheit beruht, in die Enge staatsbeeinflusster Programm- und Weisungsmedizin gerät, die dazu beiträgt, dass die Gesundheitsversorgung nicht mehr den Patienteninteressen entspricht. Der jetzige Trend zur Staatsmedizin wird das nach unserer Verfassung und sozialen Erfahrung erwartbare Versorgungsniveau sichtbar und nachhaltig unterschreiten.
- Die Einführung des GKV-gleichen Basistarifs in die private Krankenversicherung ist ein weiterer Eingriff in die Entscheidungsfreiheit des Bürgers zur Absicherung im Krankheitsfall.

II.

Folgende Folgerungen sind darüber hinaus festzuhalten:

1. Die Einführung neuer und erweiterter leistungsrechtlicher Möglichkeiten (z. B. Palliativmedizin) ist teilweise an Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses geknüpft. Die Bundesärztekammer wird die Gelegenheit wahrnehmen, im Rahmen ihres Anhörungsrechts auf sachgerechte Ausgestaltung ein-

zuwirken. Die Regelung des § 52 Abs. 2 SGB V¹ sollte wegen der in ihr enthaltenen Einführung eines "Verursacher-Prinzips" in die GKV politisch thematisiert werden. Ferner ist die kritische Begleitung der Regelung in § 62 SGB V über die Belastungsgrenze für Zuzahlungen für Chronischkranke (sie beträgt in der Regel 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt) erforderlich, wonach u. a. jährliche Bescheinigungen über den Behandlungsfortgang bei chronischen Krankheiten vorzulegen sind und die jährliche Bescheinigung nur ausgestellt werden darf, "wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f [SGB V], feststellt...". Hier sollen Ärzte als "Therapiepolizei" der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden.

Zu gegebener Zeit zu analysieren sind die Auswirkungen des so genannten Versorgungsmanagements nach § 11 SGB V an den Schnittstellen von ambulanter und Krankenhausversorgung im Hinblick auf die Anforderungen an die beteiligten Ärzte, soweit sie von den Krankenkassen ausgehen.

2. Vertragswettbewerb

Das Konzept des Vertragswettbewerbs ist ambivalent in seinen Wirkungen für Patienten und Ärzte. Es stellen sich darüber hinaus mittelbar Fragen der kritischen berufsrechtlichen Bedeutung unterschiedlicher besonderer vertraglicher Regelungen, in denen Ärzte im Wesentlichen durch finanzielle Anreize zu bestimmtem Verhalten (insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung) veranlasst werden sollen.

3. Arzneimittelversorgung

Bedeutsam ist die Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG (§ 35b SGB V) wegen ihrer Folgen für die Arzneimitteltherapie der Ärzte. Dazu wird das Einbringen von Standpunkten der Bundesärztekammer über das Anhörungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss notwendig. Ferner bedeutsam ist die Zweitmeinung bei Verordnung besonderer Arzneimittel (§ 73d SGB V): eine grundsätzlich verfehlte Vorschrift.

Zunehmend werden die neuen Vorschriften über Preisvereinbarungen, Rabatte und damit verbundene Bonus-Malus-Folgen für die verordnenden Ärzte berufsrechtliche Konfliktlagen bewirken; die therapiegerechte Verordnung notwendiger Arzneimittel, welche der Arzt im Einzelfall für geboten erachtet, wird durch solche Vorgaben für die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass entsprechende Regelungen gegenüber den Versicherten nicht transparent werden, weil sie zu komplex sind.

4. Qualitätssicherung

Von entscheidender Bedeutung ist die Mitwirkung der Bundesärztekammer bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung:

Ein im Vergabeverfahren zu findendes "fachlich unabhängiges Institut" soll vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt werden mit der

- Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren,
- Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung,
- Dokumentation der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung,
- Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung.

¹ "... (2) Haben sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme, wie zum Beispiel eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing, zugezogen, hat die Krankenkasse die Versicherten in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer dieser Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern."

Unerlässlich sind daher die Mitwirkung der Bundesärztekammer bei der Auswahl des Instituts und die Einflussnahme der Bundesärztekammer auf die Entwicklung sektorenübergreifender Qualitätsindikatoren. Hierbei kommt es vor allem darauf an, den gegenüber dem bisherigen Recht festzustellenden Verlust der Beteiligung der Bundesärztekammer an den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung auch in Krankenhäusern¹ im Rahmen eines Korrekturgesetzes rückgängig zu machen oder zumindest durch Einwirkung auf die Entwicklung der "Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung" durch die "fachlich unabhängige Institution" des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137a SGB V zu kompensieren. Bei der Entwicklung der Inhalte dieser Verfahren, die in § 137a Abs. 2 SGB V näher beschrieben sind, ist nach Absatz 3 dieser Vorschrift die Bundesärztekammer (u. a.) zu beteiligen.

Die Bewertung der Auswirkungen der neuen Systematik auf die Rolle der Ärztekammern in der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung ist erforderlich. Hier geht es vor allem um den Fortbestand der bisherigen Qualitätssicherungsaufgaben bei den entsprechenden Stellen der Landesärztekammern sowie die Analyse eventueller Datenlieferungspflichten an die unabhängige Institution gemäß § 137a Abs. 2. Bestehende und bewährte Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Bund und Land sind dadurch gefährdet.

5. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – Konvergenz der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Sämtliche Regelungen führen zu einer Schwächung bzw. zu einer Zerstörung der PKV. Entscheidend ist die Zahl der Versicherten, welche den Basistarif wählen oder in den Basistarif gezwungen werden. Je größer die Zahl, umso stärker die Belastung der Bestandsversicherten, da die Prämien des Basistarifs GKV-Höchstbeiträge nicht überschreiten dürfen, was zu einer mittelbaren Subventionierung führt. Das System ist zudem darauf angelegt, die Vergütungssysteme – Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) – mit dem Ziel der Nivellierung der Privathonorare anzugleichen.

Erodiert die PKV, bedeutet dies nicht nur einen Verlust für unser Gesundheitswesen durch den Wegfall des einzig nachhaltig finanzierten kapitalgedeckten Versicherungsmodells, einer Referenzgröße für die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern auch erhebliche Einnahmeverluste für die Ärzte in Krankenhaus und Praxis aus Privatbehandlung.

Die Ärzteschaft muss sich daher strategisch positionieren und dabei folgende Ziele verfolgen:

- Die Eigenständigkeit der GOÄ als Referenzgebührenordnung muss erhalten bleiben.
- Die Privatliquidation für wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus muss gewährleistet bleiben.
- Die Attraktivität der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung ist zu wahren.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert daher die Realisierung der Reform-Eckpunkte des 109. Deutschen Ärztetages zur Weiterentwicklung der GOÄ. Die Realisierung

¹ Die Bundesärztekammer ist hingegen nach wie vor an den Beschlüssen für zugelassene Krankenhäuser über Fortbildungsnachweis, "Mindestmengen", Zweitmeinung, Qualitätsberichte zu beteiligen (§ 137 Abs. 3 Satz 5 SGB V).

des GOÄ-Konzeptes der Bundesärztekammer auf dieser Basis muss zügig fortgesetzt werden mit dem Ziel, ein eigenständiges Konzept zur Sicherung einer angemessenen Vergütungsgrundlage für ärztliche Leistungen in Krankenhaus und Praxis.

III.

Aus alledem folgt, dass in einigen Jahren das deutsche Gesundheitssystem vorherrschend Züge eines staatlichen Gesundheitsdienstes haben wird. Alle zuvor genannten Einzelelemente stellen ein legislatives Virenpogramm zur Zerstörung des freiheitlichen Betriebssystems unseres Gesundheitswesens dar. Es ist festzustellen, dass das durch die Grundrechte der Patienten angelegte Schutzprogramm zur Sorge im Krankheitsfall durch dieses zukünftige Gesundheitssystem nicht verwirklicht werden kann.

2. Gesundheitspolitische Strategien der Ärzteschaft

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I-02) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Ziel der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens muss es sein, eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung mit chancengleichem Zugang und Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt auch weiterhin unter den schwieriger werdenden Rahmenbedingungen sicherzustellen.

Obwohl die Gesundheitsreformen in immer kürzer werdenden Intervallen aufeinander folgen, ist es dem Gesetzgeber bisher nicht gelungen, überzeugende Lösungsansätze auf die neuen Herausforderungen der demographischen und wirtschaftlichen Entwicklung zu finden.

Vor diesem Hintergrund bittet der Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer, ein aktuelles gesundheitspolitisches Programm zu entwickeln, das dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm zur Verabschiedung vorgelegt werden soll.

Als Grundlage für die Diskussion eines gesundheitspolitischen Programms liegen dem 110. Deutschen Ärztetag folgende Stichworte vor:

Medizin zwischen Rationierung und Ökonomisierung

Soziale Herausforderung und medizinischer Fortschritt

Zuteilungsmedizin und Destabilisierung der Selbstverwaltung – das Diktat der Gesundheitspolitik

Versichertenrechte und Patientenautonomie im modernen Gesundheitswesen

Freiberuflichkeit statt Fremdbestimmung

Transparenz der Finanzströme – Ehrlichkeit in der Finanzierung

Reformvorschläge:

- Für eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens
- Für einen Wettbewerb der Systeme
- Solidarität statt Risikoselektion

- Abrechnungsklarheit durch Modernisierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- Budgetierung endlich abschaffen
- Wohnortnahe Krankenhausversorgung sicherstellen
- In Weiterbildung investieren
- Sektorübergreifende Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen ausbauen
- Transparenz Individueller Gesundheitsleistungen
- Qualitätsgesicherte Prävention fördern
- Vertraulichkeit und Datensicherheit wahren
- Patientensicherheit durch Fehlerprävention verbessern
- Den Patient-Arzt-Dialog stärken
- Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit verteidigen
- Für eine sektorübergreifende Zusammenarbeit
- Entwicklung von Prioritäten durch Einrichtung eines Gesundheitsrates

3. Regelung der Patientenverfügung im Betreuungsrecht

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I-03) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Entwicklung der modernen Medizin hat neue Möglichkeiten eröffnet, auch in hohem Alter und bei schweren Erkrankungen Leben zu erhalten und zu verlängern. Ärztinnen und Ärzte erleben in ihrer täglichen Arbeit die Sorgen und Nöte schwer kranker und sterbenskranker Menschen. Sie müssen in schwierigen Beratungssituationen Antworten auf existenzielle Fragen ihrer Patienten geben. Für den Fall, dass sich Patienten selbst krankheitsbedingt nicht mehr adäquat mitteilen können, gibt es verschiedene Möglichkeiten der Vorausbestimmung der dann gewünschten medizinischen Behandlung, insbesondere die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung oder die Kombination aus Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.

Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer haben Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis veröffentlicht (Deutsches Ärzteblatt, 104. Jahrgang, Ausgabe 13, 30.03.2007), die auf den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahr 2004 (Deutsches Ärzteblatt, 101. Jahrgang, Ausgabe 19, Sonderdruck) und dem geltenden Recht basieren.

Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass die Situationen am Lebensende hochkomplex und individuell sind. Deshalb stellt sich die Frage, ob durch eine weitergehende gesetzliche Regelung nicht neue Verunsicherungen im medizinischen Alltag hervorgerufen werden. Im Hinblick auf die derzeit diskutierten Gesetzentwürfe sind aus ärztlicher Sicht vor allem folgende Aspekte von besonderer Relevanz:

1. Verbindlichkeit von Patientenverfügungen

Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille ist schon heute grundsätzlich verbindlich und Grundlage ärztlichen Handelns. Für die Ärzteschaft steht außer Frage, dass jede medizinische Behandlung unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen hat. Dies gilt in gleichem Maße für im Voraus geäußerte Willensbekundungen eines Patienten.

Als Willensbekundung des Patienten bedarf eine Patientenverfügung unter bestimmten Umständen der Auslegung. Dies betrifft insbesondere Patientenverfügungen, in denen die eingetretene Situation nicht oder nicht hinreichend

konkret beschrieben ist oder auf einer fehlerhaften Einschätzung und Beurteilung der für die Willensbildung im Einzelfall relevanten Tatsachen beruht.

2. Der Patientenwille ist unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung zu beachten
Eine Begrenzung der Reichweite einer Patientenverfügung steht im Widerspruch zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten als Grundlage ärztlichen Handelns. Jeder Patient hat das Recht, sich für oder gegen eine medizinische Behandlung zu entscheiden und gegebenenfalls den Umfang zu bestimmen. Dieser Grundsatz gilt auch für den antizipierten Willen. Daraus folgt, dass der sicher festgestellte Wille des Patienten unabhängig von der Art oder dem Stadium einer Erkrankung zu beachten ist. Gerade aus medizinischen Gründen ist die Reichweite und Verbindlichkeit einer Patientenverfügung nicht auf bestimmte Phasen einer Erkrankung zu beschränken. Dem tragen die vorliegenden Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer Rechnung. Würde eine Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen eingeführt, dann wären die Möglichkeiten von Patientinnen und Patienten, ihren Willen vorauszuverfügen, eingeschränkt. Auch aus verfassungsrechtlicher Sicht erscheint dies fragwürdig.
3. Die Erweiterung der Zuständigkeit des Vormundschaftsgerichts wird abgelehnt
Die Bundesärztekammer befürwortet lediglich eine Klarstellung der gesetzlichen Regelungen im § 1904 BGB. Diese Bestimmung muss für Ärzte, Bevollmächtigte und Betreuer eindeutig sein. Neben den geregelten Voraussetzungen für die Anrufung des Vormundschaftsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen sollte eine Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht nur notwendig sein, wenn zwischen Arzt und Bevollmächtigtem oder Betreuer unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen, ob die Nichtbehandlung oder der Behandlungsverzicht dem Patientenwillen entspricht. Das Vormundschaftsgericht sollte nur in Konfliktfällen entscheiden. Diese Auffassung spiegelt sich auch in der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (u. a. BGH vom 8. Juni 2005, XII ZR 17/03) wider.
4. Die Vorsorgevollmacht oder eine Kombination aus Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung wird präferiert
Die politische Diskussion ist derzeit allein auf das Institut der Patientenverfügung als Möglichkeit antizipierter Willensbekundungen fixiert. Die Niederlegung des Willens in einer Patientenverfügung erscheint als Pflicht. Ein Bürger sollte aber frei entscheiden dürfen, ob er eine Vorausverfügung trifft oder nicht. Der Vorsorgevollmacht bzw. einer Kombination aus Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung kommt gegenüber einer Patientenverfügung ohne Vorsorgevollmacht eine besondere Bedeutung zu.

Folgende Schlussfolgerungen sind festzuhalten:

Sterben ist nicht normierbar. Deshalb spricht sich der 110. Deutsche Ärztetag gegen umfangreiche rechtliche Regelungen auf diesem Gebiet aus. Es erscheint lediglich angezeigt, dass

- die Patientenverfügung ausdrücklich in das Betreuungsrecht eingeführt wird und
- die Bestimmungen zur Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen, § 1904 BGB, klar und eindeutig gefasst werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher die Beachtung der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung sowie der Empfehlungen der Bundesärz-

tekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis.

4. Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten

Auf Antrag von Frau E. Köhler (Drucksache I-04) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert, die Arbeitsbedingungen insbesondere für junge Assistenz- und Fachärzte grundlegend zu verbessern, um dem Ärztemangel und dadurch drohendem Qualitätsverlust an deutschen Kliniken entgegen zu wirken. Das betrifft die Forderung nach einer dauerhaft gesicherten und angemessenen Honorierung ärztlicher Leistungen, die Einführung einer vertretbaren Arbeitszeit, eine weitgehende Entlastung bei Verwaltungsaufgaben, eine kontinuierliche und zuverlässige Weiterbildung sowie Möglichkeiten für eine Kinderbetreuung.

Begründung:

Gegenwärtig entscheiden sich nur noch etwa die Hälfte der examinierten Medizinstudenten für den Arztberuf im kurativen Bereich. Die teils nicht akzeptablen Rahmenbedingungen während der Assistenzarztzeit und darüber hinaus ermutigen weitere Ärzte, der kurativen Medizin den Rücken zu kehren oder ins Ausland abzuwandern. Der Altersdurchschnitt der deutschen Fachärzte liegt jenseits der 50 Jahre. Nicht nur in Teilen der Neuen Bundesländer, sondern auch in ländlichen Gebieten der großen Flächenländer ist eine ausreichende medizinische Versorgung schon jetzt nicht mehr garantiert.

Um diesem Trend entgegen zu wirken und eine nachhaltige Sicherstellung ärztlicher Behandlung zu gewährleisten, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Motivation zum Ausüben des Arztberufes in Deutschland erhöhen. Ein wichtiger Grund für den Ärztemangel in den neuen Bundesländern ist die ungleiche Bezahlung, stationär wie ambulant. Deshalb fordern wir gleiche Bezahlung in Ost und West.

5. Reform des Gesundheitswesens

Der Antrag von Frau A. Haus (Drucksache I-05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen einzuleiten und eine nachhaltige Gesundheitsreform umzusetzen. Hierbei ist insbesondere auf eine langfristige Finanzierung des Gesundheitswesens zu achten, die die demographischen Entwicklungen berücksichtigt und allen die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ermöglicht. Ausgehend von einer Verständigung über Art, Zuordnung und Umfang der sozialen Sicherung müssen zukunftsfähige Versorgungsstrukturen aufgezeigt und deren Finanzierung dargelegt werden. Die deutschen Ärztinnen und Ärzte fordern insgesamt mehr Freiheit, um sich wieder ihrer eigentlichen Aufgabe – Behandeln von Patienten und nicht Verwalten von Krankheiten – uneingeschränkt widmen zu können. Hierzu gehört auch die Freiheit, ärztliche Entscheidungen frei von ökonomischen Zwängen zu treffen. Der Begriff der Freiberuflichkeit darf nicht zur leeren Worthülse verkommen.

Der Deutsche Ärztetag tritt daher für ein pluralistisches, freiheitliches und transparentes Gesundheitssystem ein und wehrt sich entschieden gegen dirigistische Tendenzen einer Staatsmedizin mit der Errichtung stets neuer bürokratischer Hürden.

Begründung:

Ein langfristig ausgerichtetes Krankenversicherungssystem bedarf kapitalgedeckter Elemente und muss mehr Eigenverantwortung und Wahlmöglichkeiten für den einzelnen Versicherten bei vollständiger Kosten- und Leistungstransparenz beinhalten. Die Aufgabe des modernen Sozialstaates ist es hierbei, soziale Härten über steuerfinanzierte Instrumente abzufedern. Bei einer Pflicht zur Versicherung für jeden bedarf es der Reform des Leistungskataloges mit der Definition von Grund- und Wahlleistungen. Dabei muss der Einzelne auf der Leistungsseite die Freiheit haben, sich neben einer Grundversorgung individuell für Wahlleistungen zu entscheiden. Weitere unabdingbare Voraussetzung ist die Transparenz im Gesundheitswesen. Nur in einem Kostenerstattungssystem ist für alle Beteiligten erkennbar, wie und wohin die Geldströme fließen. Die Verknüpfung der Kostenerstattung mit einer sozial verträglichen Selbstbeteiligung wird über alle Leistungen eine mengensteuernde Wirkung entfalten.

Die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt werden auch zukünftig steigende Finanzmittel erfordern. Alle Versuche in den vergangenen Jahren, über Kostendämpfungsmaßnahmen die chronische Unterfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung einzudämmen, sind bislang Stückwerk geblieben. Es gilt, die qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu bewahren. Zugleich muss das solidarische Gesundheitswesen so gestaltet werden, dass es zukunftsfähig ist und Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität eine neue Gewichtung erhalten. Nicht der vom Wohlfahrtsstaat entmündigte Bürger und der zum Erfüllungsgehilfen staatlicher Einheitsmedizin degradierte Arzt sind die Modelle der Zukunft, sondern der Einzelne benötigt in allen Bereichen mehr Handlungsspielraum, um eigenverantwortlich entscheiden zu können. Nur freie und unabhängige Ärzte haben die Möglichkeit, ihrer Rolle als Leistungsträger gerecht zu werden. Dies muss Ziel der zukünftigen Gesundheitspolitik sein. Unser Gesundheitswesen benötigt daher einen echten Systemwechsel, der zukunftsfähig ist und allen Menschen in diesem Land Vertrauen und Planungssicherheit gibt.

Zu Punkt II der Tagesordnung: **ETHISCHE ASPEKTE DER ORGAN- UND** **GEWEBETRANSPLANTATION**

1. Ethische Aspekte der Organ- und Gewebetransplantation

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II-01) fasst der 110. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Grundbedingungen der Transplantationsmedizin

Zahlreiche Patienten verdanken den rasanten Fortschritten und Erfolgen transplantschirurgischer Techniken und immunsuppressiver Therapien ihr Leben. In Deutschland sind seit dem Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes im Jahr 1997 die Wege der Organgewinnung und Organvermittlung sowie die Rechte und Verpflichtungen der Beteiligten festgelegt. Das Zusammenwirken zwischen Koordinierungsstelle und Vermittlungsstelle hat sich bewährt. Der mit dem Transplantationsgesetz geschaffenen Rechtssicherheit und allen medizinischen Erfolgen zum Trotz besteht jedoch noch immer ein schwerwiegendes Problem: die Organknappheit. Die gespendeten Organe reichen bei weitem nicht aus, allen potentiellen Organempfängern zu helfen.

Nach wie vor wird die Transplantationsmedizin in der Öffentlichkeit befürwortet und wertgeschätzt. Dies liegt auch daran, dass die Gesetzgebung auf ethischen Prinzipien gründet, die allgemein auf breite Zustimmung stoßen. Dazu gehören vor allem die Freiwilligkeit der Entscheidung zur Spende, deren Unentgeltlichkeit, das strikte Verbot jeglichen Handels mit Organen und die Chancengleichheit der Patienten durch bundeseinheitliche Wartelisten.

Reform des Transplantationsrechts mit Augenmaß

Die anhaltende Reformdiskussion ist insbesondere durch den unverändert bestehenden Organmangel bedingt. "10 Jahre Transplantationsgesetz" geben deshalb nicht nur Anlass für eine Bestandsaufnahme, sondern auch für eine Diskussion über Möglichkeiten, die Transplantationsmedizin zu fördern. Aus Sicht der Ärzteschaft sind dabei einige Positionen unabdingbar:

Dazu zählen beispielsweise medizinisch klare Vorgaben zur Hirntodfeststellung als Voraussetzung für die postmortale Organspende. Abzulehnen ist und bleibt deshalb auch die Organentnahme nach Todesfeststellung allein durch Herzstillstand (so genannte *non heart-beating donor*). Die Bundesärztekammer hat ihre Ablehnung mehrfach begründet. Diese hat weiterhin Bestand: Die sichere Todesfeststellung gehört zu den Grundvoraussetzungen der postmortalen Organspende. Der bloße Herzstillstand ist kein sicheres Todeszeichen. Dies belegt jede auch nur vorübergehend erfolgreiche Reanimation. Organe dürfen nur nach einer klar definierten, weit- hin akzeptierten Feststellung des Todes entnommen werden; diese ist die Feststellung des Hirntods.

Wider die Kommerzialisierung des menschlichen Körpers

Abzulehnen ist und bleibt die Kommerzialisierung der Transplantationsmedizin. Kommerzialisierung als Schlüssel zur Verteilung von Gesundheitsleistungen widerspricht nicht nur dem Solidaritätsprinzip, sondern auch dem ärztlichen Ethos – sie wird daher nachdrücklich von der Ärzteschaft abgelehnt.

Die Befürworter der Kommerzialisierung können nicht belegen, dass finanzielle Anreize eher zur Organspende motivieren als Appelle an die altruistische Einstellung potentieller Spender. So wäre gesellschaftlich wenig zu gewinnen, aber viel zu verlieren: die ärztliche Überzeugung, dass der menschliche Körper keine veräußerbare Ware sein kann und sein darf. Unabdingbar ist deshalb das Aufwandserstattungsprinzip für alle beteiligten Institutionen als konsequenter Ausdruck des strikten Handelsverbots von Organen.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die Ärzteschaft die Initiative des Gesetzgebers, ein Handelsverbot für nicht industriell hergestellte Produkte aus menschlichen Zellen und Geweben festzulegen.

Mögliche Wege aus der Organknappheit

Aus Sicht der Ärzteschaft müssen deshalb andere Wege aus der Organknappheit gesucht werden, um die Versorgung der betroffenen Patienten zu verbessern. In diesem Zusammenhang ist die Wiederaufnahme der Diskussion über die Widerspruchslösung durch die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates vom 24. April 2007 einzuordnen. Verfechter der Widerspruchslösung argumentieren mit der möglichen Steigerung postmortalen Organspenderaten. Allerdings zeigt das Beispiel Schweden, dass nach mehrmaligem Wechsel zwischen Zustimmungs- und Widerspruchslösung keine Veränderungen der Spenderaten festzustellen waren. Zu bedenken ist auch, dass die Widerspruchslösung in keinem europäischen Land gegen den Willen der Angehörigen durchgesetzt wird. Dieser Rücksicht auf die Hinter-

bliebenen liegt eine wesentliche Einsicht zugrunde: Ein Konflikt mit den Angehörigen würde der Transplantationsmedizin in jedem Fall schaden. Vor diesem Hintergrund scheint fraglich, ob ein Wechsel von der geltenden erweiterten Zustimmungslösung zur Widerspruchslösung wirklich zu einer Förderung der postmortalen Organspende führen würde.

Diskutabel erscheint auch die behutsame Förderung der Lebendspende. Denkbar wäre beispielsweise eine Ausweitung des zur Lebendspende akzeptierten Personenkreises durch die Unterstützung so genannter "Überkreuz-Spenden" zwischen nicht verwandten Personen.

Dringend diskutiert werden muss die Rolle und Bedeutung der Krankenhäuser mit Intensivstation für die Mitteilung potentieller Organspender. Die Krankenhäuser sind zwar schon jetzt gesetzlich verpflichtet, dem zuständigen Transplantationszentrum potentielle Spender vermittlungspflichtiger Organe mitzuteilen. Aber gerade dieser Verpflichtung gilt es verstärkt nachzukommen.

Von wesentlicher Bedeutung wäre auch die flächendeckende Einführung von unabhängigen Transplantationsbeauftragten mit leitungsnaher Zuordnung. Das legen die Erfahrungen der europäischen Nachbarländer nahe. Spanien ist das Land mit der höchsten Spenderate in Europa; hier haben die Transplantationsbeauftragten eine Schlüsselrolle bei der Organspende.

Förderung der Organtransplantation statt formaler Harmonisierung des EU-Rechts

Heute, fast zehn Jahre nach dem Inkrafttreten des deutschen Transplantationsgesetzes, wird die Transplantationsmedizin zunehmend von der EU-Gesetzgebung beeinflusst. Die EU-Kommission plant eine Harmonisierung der Regelungen zur Organspende und Transplantation. Dabei sind allerdings die Grenzen einer solchen EU-weiten Harmonisierung zu beachten: Grenzen, die u. a. durch zum Teil sehr ungleiche Entwicklungsstadien der Transplantationsmedizin in den verschiedenen Mitgliedstaaten bedingt sind. Die Bundesärztekammer hat im Rahmen der letztjährigen EU-Konsultation zur Organspende und Transplantation festgestellt, dass derzeit kein EU-weiter Verbund möglich erscheint. Stattdessen regt die deutsche Ärzteschaft die Förderung der Transplantationsmedizin in den einzelnen EU-Mitgliedstaaten mit dem Ziel der Verwirklichung gleicher Ausgangsbedingungen an. Zunächst muss es darum gehen, innerhalb der EU eine vergleichbare transplantationsmedizinische Versorgung zu gewährleisten. Die Ärzteschaft begrüßt, dass die Bundesregierung in dieser Frage grundsätzlich dieselbe Haltung vertritt.

Beibehaltung und Ausbau des Transplantationsrechts

Weichenstellungen, die sich entscheidend auf die Organtransplantation auswirken können, werden auch durch die EU-Geweberichtlinie 2004/23/EG und durch den Vorschlag für eine EU-Verordnung über Neuartige Therapien vorgenommen.

Bleibe es bei dem bisherigen Ansatz des Regierungsentwurfs zur Umsetzung der EU-Geweberichtlinie 2004/23/EG, würden menschliche Zellen und Gewebe unter den Arzneimittelbegriff fallen und entsprechend den Bestimmungen des Arzneimittelrechts unterstellt. Diese Umsetzung in Deutschland widerspräche nicht nur der Regelungssystematik der EU, die für menschliche Zellen und Gewebe Bestimmungen außerhalb des Arzneimittelrechts vorsieht. Besorgnis erregt, dass eine konsequente Weiterverfolgung dieses undifferenzierten Ansatzes durch den deutschen Gesetzgeber letztlich zur Auflösung des Transplantationsrechts führen könnte. Dabei ist gerade das Transplantationsgesetz wesentlich für Qualität und Sicherheit der Transplantationsmedizin. Die Ärzteschaft appelliert daher ausdrücklich an den Gesetzgeber, das bisherige Transplantationsrecht zu bewahren und differenzierte und sachgerechte Regelungen im Bereich der Gewebemedizin zu entwickeln.

Transplantationsmedizin – Herausforderung mit vielfältigen ärztlichen Verpflichtungen

Es bleibt festzuhalten, dass mit dem Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes vor rund zehn Jahren Rechtssicherheit für die Organtransplantation in Deutschland geschaffen wurde. Gleichwohl besteht Reformbedarf in bestimmten Bereichen, insbesondere angesichts des Mangels an Spenderorganen. Für die Ärzteschaft ist es selbstverständlich, diese Reformdiskussion weiter zu begleiten. Um konkrete Lösungen mit dem Ziel einer Verbesserung der Patientenversorgung aufzeigen zu können, muss sich die Ärzteschaft weiter in den vielfältigen medizinischen, ethischen und rechtlichen Bereichen der Organ- und Gewebetransplantation engagieren.

Die Bündelung des dafür 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. Von wesentlicher Bedeutung ist insbesondere die ehrenamtliche Tätigkeit sehr vieler Ärztinnen und Ärzte.

So beruhen die Erfolge der Transplantationsmedizin nicht zuletzt auf der konsequenten Aufgabenwahrnehmung durch die Bundesärztekammer im Zusammenwirken mit den Selbstverwaltungspartnern. Insofern erscheint es nur konsequent, die Richtlinienkompetenz für die Organtransplantation bei der Bundesärztekammer zu belassen. Da ein Verordnungsgeber angesichts der medizinischen Entwicklungsdynamik an seine Grenzen stoßen würde, appelliert die Ärzteschaft in Übereinstimmung mit dem Bundesrat an den Gesetzgeber, dieses etablierte und bewährte Zusammenwirken der Selbstverwaltungspartner auch in der Transfusionsmedizin zu bewahren und für die Gewebemedizin gesetzlich zu verankern.

Der Deutsche Ärztetag befürwortet nachdrücklich, wesentliche Fragen der Zell-, Gewebe- und Organtransplantation mit dem Ziel der Förderung der Transplantationsmedizin wissenschaftlich aufzuarbeiten. Dazu sollten die bewährten Strukturen der Selbstverwaltung genutzt werden. Oberste Priorität in diesem Zusammenhang hat die alle ärztlichen Fachdisziplinen betreffende Aufgabe zur Aufklärung der Bevölkerung und zur Gewinnung von Organ Spendern.

2. Optimierung der Organspende – Ein Ja zur freiwilligen Widerspruchslösung

Der Antrag von Frau PD Dr. Birnbaum (Drucksache II-02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Nach einer Untersuchung der Deutschen Stiftung Organtransplantation Nord-Ost werden nur etwa 20 % der transplantationsfähigen Organe auch tatsächlich transplantiert.

Etwa 2/3 der befragten Angehörigen lehnt laut Zustimmungslösung ab.

Hauptgrund: Die Entscheidung des Organspenders selbst sei nicht bekannt. Das Thema Organspende ist in der Familie nie diskutiert worden.

Das Vorliegen einer freiwilligen Widerspruchsentscheidung befreit alle am Entscheidungsprozess-Organ spende-Beteiligten aus der stets vorliegenden psychischen Drucksituation. Die Werbung zur Organspende ist eine ärztliche Aufgabe und sollte nicht der Politik und den Medien überlassen werden.

3. Keine Kommerzialisierung von Transplantationen

Auf Antrag von Frau Dr. Stüwe, PD Dr. Scholz, Dr. Steininger und Dr. Gabriel Nick (Drucksache II-03) fasst der 110. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt jede Form der Kommerzialisierung von Transplantationen ab. Unter Berücksichtigung dieses Leitsatzes muss es – auch mit Hilfe des Gesetzgebers – erreicht werden, dass die Anzahl von Spenderorganen zunimmt. Transplantationen dürfen dabei nur abhängig von medizinischen Kriterien erfolgen. Beispielsweise darf die Vermögenssituation des Empfängers kein Kriterium sein.

Begründung:

Insbesondere durch das geplante Gewebegesetz darf der Weg zum gewerblichen Handel mit Geweben und Zellen nicht bereitet werden. Durch verstärkte Aufklärung muss es erreicht werden, dass die Zahl der Spender zunimmt. Hierbei ist auch der Gesetzgeber in die Pflicht zu nehmen. Beispielsweise könnte im Zusammenhang mit verschiedenen melderechtlichen und sonstigen verwaltungsrechtlichen Vorgängen (Personalausweis, Reisepass, Führerschein, Umzugsmeldung) eine zwingende schriftliche Information über Transplantationen und die Anregung erfolgen, einen Organspendeausweis auszufüllen.

4. Organspende und Patientenverfügung

Auf Antrag von Herrn H. Deutschmann und Frau Dr. Correns (Drucksache II-04) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zur Förderung der postmortalen Organspende fordert der 110. Deutsche Ärztetag 2007 diejenigen Institutionen und Personen, die beratend Empfehlungen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht geben, auf, auch die Organspende als eine mögliche Verfügung zu benennen. Die Organspende nach Feststellung des Hirntodes muss nicht im Widerspruch zu einer Patientenverfügung stehen. Auch die Empfehlungen zu Patientenverfügungen der Landesärztekammern sollten in dieser Weise gestaltet werden.

Begründung:

Beispielhaft sei die "Christliche Patientenverfügung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland" zitiert:

Wie verträgt sich die Christliche Patientenverfügung mit einem Organspendeausweis?

Eine besondere Situation im Zusammenhang mit einer Patientenverfügung stellt die gleichzeitige Verfügung über eine Organspende dar. Organe können nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden. Eine Organentnahme ist also nur möglich, wenn intensivmedizinische Maßnahmen beibehalten werden. Dies kann im Widerspruch zur Christlichen Patientenverfügung stehen.

Aus diesem Grunde empfehlen wir Ihnen für den Fall, dass Sie sich für eine Organspende entscheiden oder bereits entschieden haben, folgende besondere Verfügung in die Christliche Patientenverfügung aufzunehmen, die dieser Situation Rech-

nung trägt und den kurzfristigen Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen für die Organentnahme erlaubt:

"Grundsätzlich bin ich zur Spende meiner Organe und Gewebe bereit. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe."

...

Die christlichen Kirchen sehen in einer Organspende eine Möglichkeit, über den Tod hinaus Nächstenliebe zu praktizieren; sie treten zugleich für eine sorgfältige Prüfung der Organverpflanzung im Einzelfall ein. (Näheres siehe in der unter dem Titel "Organtransplantationen" im Jahr 1990 veröffentlichten Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland).

5. Sicherheit für Lebendspender

Auf Antrag von Dr. Emminger (Drucksache II-05) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den Krankenkassen eine rechtliche Absicherung der Lebendspender aufzuerlegen.

So müssen Nachuntersuchungen, Nachsorgemaßnahmen, Rehamaßnahmen bis hin zu einer erforderlichen psychosozialen Nachsorge nach einer Lebendspende versicherungsrechtlich abgesichert werden.

Für den Fall einer Invalidisierung darf der Lebendspender nicht schlechter gestellt werden.

Wer die Lebendspende fördern will, muss auch die möglichen Folgen beim Lebendspender absichern.

6. Optimierung der Organspende

Auf Antrag von Frau Dr. Keller (Drucksache II-06) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Es sollte die Möglichkeit geprüft werden, jeden Führerscheinbewerber zu einer Entscheidung für oder gegen eine Organspende zu bewegen.

Damit würde nicht nur der Anteil der Bevölkerung erhöht, der einen Organspenderausweis besitzt, sondern es würde bei den jungen Auto- und Motorradfahrern möglicherweise ein erhöhtes Bewusstsein für ihre Verantwortung geschaffen.

7. Optimierung der Organspende – Prüfauftrag

Der Antrag von Dr. Windhorst, Frau Dr. Bunte, Frau Dr. Beiteke, Dr. Dehnst und Dr. Kaiser (Drucksache II-07neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird um Prüfung der Vor- und Nachteile einer – gegebenenfalls modifizierten – Widerspruchslösung zur Organspende gegenüber der geltenden erweiterten Zustimmungslösung gebeten.

8. Transplantationsausführungsgesetze auf Länderebene

Auf Antrag von Dr. Crusius, Dr. Schimanke und Dr. Mothes (Drucksache II-08) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesländer auf, zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes Ausführungsgesetze zu beschließen, die klare Regelungen enthalten und die Rechtssicherheit verbessern. Dabei ist insbesondere auf die Installation von Transplantationsbeauftragten abzu zielen.

Zu Punkt III der Tagesordnung: **KINDERGESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND**

1. Kindergesundheit stärken

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III-01) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn Wagenknecht (Drucksache III-01a) und Dr. Voigt, Prof. Dr. Kunze, Dr. Bolay und Dr. Peters (Drucksache III-01b) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist nicht nur von gesundheitspolitischem, sondern von gesamtgesellschaftlichem Interesse. Die Kinder sind die Zukunft einer jeden Nation. Umso wichtiger ist es, rechtzeitig möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken. Wichtige Aspekte der Kindergesundheit stellen psychische Auffälligkeiten sowie Folgen von Vernachlässigung und Gewalt dar.

Im Rahmen des aktuellen Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen 21,9 % der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Störungen und Suchterkrankungen (insbesondere Tabak- und Alkoholabhängigkeit). Die Daten zeigen, dass ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozio-ökonomischer Status als Risikofaktoren gelten, die häufig mit Defiziten personaler, sozialer und familiärer Ressourcen einhergehen. Bei kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren steigt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an.

Schätzungsweise 5 % aller Kinder in Deutschland wachsen zudem in Familien bzw. Teilfamilien auf, bei denen aufgrund ihrer psychosozialen Lebensbedingungen ein hohes Risiko für gravierende Vernachlässigung besteht, d. h. ca. 30.000 Kinder eines jeden Geburtsjahrgangs sind betroffen.

Die vorliegenden Daten verdeutlichen darüber hinaus, dass die Ursachen von psychischen Auffälligkeiten und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen eng mit Armut und Arbeitslosigkeit assoziiert sind.

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys des RKI sind ein eindrucksvoller Beleg für die kurz- und langfristige, medizinische, soziale und gesundheitsökonomische Relevanz und Komplexität der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Daher stellt Kinderschutz eine Querschnittsaufgabe dar und setzt die Kooperation aller Beteiligten voraus.

Ärzte und Ärztinnen engagieren sich aktiv bei

- der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen von belasteten Familien,
- der Identifikation von Familien mit psychosozialen Risiken und der Erschließung von Hilfsangeboten,
- der Behandlung betroffener Kinder bzw. Eltern.

Daraus folgt in gesundheitspolitischer Hinsicht

für die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen:

- Programme zur Stärkung von Kindern in Kindergärten und Schulen unter Einbeziehung von Ärzten und Ärztinnen wie z. B. das Programm "Gesundheit macht Schule" der Ärztekammer Nordrhein sind zu fördern und weiter auszubauen.
- In Kindergärten und Schulen werden verstärkt ärztliche gesundheitsbezogene Beratungsangebote für Schüler und Eltern eingebracht.
- Ärztlicher Sachverstand ist in die Qualifizierung von Erziehern/-innen und Lehrer/-innen zur gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Schülern einzubeziehen.
- Bei der Umsetzung des vorgesehenen Präventionsgesetzes müssen Kinder und Jugendliche aus sozial belasteten Familien besonders berücksichtigt werden.
- Projekte zur Förderung der Gesundheit sozial belasteter Familien (z. B. Netzwerke von niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsämtern, Einrichtungen der Jugendhilfe, sozialen Diensten, Familienhebammen, Kindergärten und Schulen) sind flächendeckend und nachhaltig auszubauen.
- Ambulant tätige Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte sollen zukünftig verstärkt auch gemeindeorientiert tätig werden. Unter Koordinierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollen sie gemeinsam mit Jugendhilfe und Sozialarbeit sowie anderen Gesundheitsberufen Defizite der gesundheitlichen Versorgung in besonders betroffenen Regionen identifizieren und zur Etablierung "Sozialer Frühwarnsysteme" beitragen.
- Eltern von Neugeborenen sollen frühzeitig durch geeignete kommunale Stellen zu Hause aufgesucht und über verfügbare Hilfsangebote und Vorsorgeuntersuchungen informiert werden. Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte unterstützen sie dabei.
- Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitswesens sowie die Sozialpädiatrischen Zentren und Sozialpsychiatrische Praxen müssen nicht nur beibehalten, sondern gestärkt werden.

für die Identifikation von Familien mit psychosozialen Risiken und die Erschließung von Hilfsangeboten:

- Familien mit Risiken für eine ungünstige gesundheitliche Entwicklung von Kindern sollten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt identifiziert werden, um ihnen begleitende Hilfen rechtzeitig zur Verfügung stellen zu können. Hierbei müssen auch migrantenspezifische Bedürfnisse angemessen berücksichtigt werden.

- Die Vergütungsbedingungen sollten so gestaltet werden, dass eine intensive ärztliche Zuwendung zum Kind und Beratung der Eltern entsprechend Berücksichtigung findet.
- Bei der inhaltlichen Überarbeitung der Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss sollte zukünftig die Erfassung der Lebensbedingungen des Kindes sowie die Identifikation von Zeichen psychischer Auffälligkeiten, von Vernachlässigung bzw. von Gewalteinwirkung sowie die elterliche Beratung stärkere Berücksichtigung finden.
- Die Teilnahmerate an Früherkennungsuntersuchungen muss durch stärkere Aufklärung von Eltern und durch eine Verbindlichkeit der Teilnahme weiter verbessert werden. Eine möglichst frühe Erkennung und Begleitung von Familien mit psychosozialen Risiken muss ermöglicht werden.
- Die zeitliche Festlegung und die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen sind insbesondere durch die Aufnahme primärpräventiver Anteile und eine weite Ausdehnung zügig zu überarbeiten.
- Kindergarten- und Schuleingangsuntersuchungen sind aus- statt abzubauen. Ihre Ergebnisse sind auszuwerten und in die Konzeption des Kinderschutzes einzubeziehen.
- Die Mitwirkung aller mit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen befassten Ärztinnen und Ärzte in regionalen Netzwerken zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung wird begrüßt. Dabei müssen auch Möglichkeiten einer angemessenen Vergütung erschlossen werden.
- Eine Intensivierung des Themas "Häusliche Gewalt" und "Vernachlässigung" in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung wird angestrebt.
- Vorhandene Leitfäden und Materialien zu dem Thema "Häusliche Gewalt" und "Vernachlässigung" sollen von den Landesärztekammern verbreitet und entsprechende Fortbildungsmaßnahmen angeboten werden.

für die Behandlung betroffener Kinder bzw. Eltern:

- In absehbarer Zukunft ist die flächendeckende Versorgung durch Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeuten besonders in ländlichen Gebieten gefährdet. Deshalb muss der Ausbau von Weiterbildungsstellen gefördert werden.
- Krankenkassen und Gemeinden werden aufgefordert, Honorarzuschläge und Unterstützungszahlungen bei der Niederlassung von Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern/-psychotherapeuten in unterversorgten Regionen zu zahlen.

Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte sowie die Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes besitzen eine breite Kompetenz in der Sucht- und Gewaltprävention, im Impfwesen, der Beratung in Ernährungsfragen, bei der Betreuung von Sport- und Bewegungsgruppen, der Beratung sozial belasteter Familien und der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit geistigen und körperlichen Behinderungen. Sie können wesentliche Beiträge zur Identifizierung von Familien mit psychosozialen Risiken sowie zu deren Langzeitbetreuung und Unterstützung leisten. Diese Kompetenzen sollten zukünftig in Vernetzungs- und Präventionsprogrammen stärker genutzt werden.

2. Frühe Intervention und Hilfe zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – Verbindlichkeit von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und Einrichtung eines Meldewesens

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III-02) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Josten, Frau B. Künanz, Frau Dr. Bunte und Frau

Dr. Beiteke (Drucksache III-02a) und Frau Dr. Gitter (Drucksache III-02b) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag zeigt sich über die häufigen Fälle von eklatanten Verletzungen des Kindeswohls in Deutschland außerordentlich besorgt und begrüÙt die Initiativen der Politik und des Gesetzgebers ausdrücklich, der im SGB VIII gerade erst neu definierten und ausgeführten Schutzaufgabe zur Wahrung des Kindeswohls konsequent entsprechen zu wollen.

Neben den verschiedenen Formen von Gewalt gegen Kinder ist es gerade die chronische Vernachlässigung, die Kinder ihrer Lebenschancen beraubt und ihre Entwicklung zu eigenverantwortlichen und ihr Leben selbstständig gestaltenden Mitgliedern unserer Gesellschaft unmöglich macht.

Um möglichst alle Kinder untersuchen und ihren Gesundheits- sowie Entwicklungsstand beurteilen zu können, bedarf es nach Auffassung des Deutschen Ärztetags sowohl eines Systems verbindlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und einer zielgerichteten Erweiterung des Inhaltes dieser Untersuchungen einschließlich der Aufnahme primärpräventiver Anteile. Dies erfordert eine entsprechende Änderung des § 26 SGB V und der dazugehörigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Durch ein gesetzlich verankertes Meldewesen, nach dem im Konsens mit den Eltern die Teilnahme an den jeweiligen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bescheinigt wird, werden Jugendhilfe und öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) in die Lage versetzt, die mit ihrem Kind nicht teilnehmenden Eltern über ein Erinnerungsverfahren zur Teilnahme aufzufordern und schließlich auch diejenigen Kinder und Familien ausfindig zu machen, die sich einer Früherkennungsuntersuchung weiterhin entziehen.

Die Strukturen der aufsuchenden Hilfe des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Jugendhilfe dürfen nicht weiter unter Vorgabe der Sparsamkeit und beschränkter Haushaltsmittel abgebaut werden. Stattdessen müssen diese hinreichend erweitert werden, um gefährdeten Kindern und Familien frühzeitig und zeitgerecht mit Untersuchung und Hilfe zur Seite zu stehen.

Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb parallel zur Einführung der notwendigen Strukturen eines verbindlichen Kinderfrüherkennungsprogramms die Entwicklung eines flächendeckenden multiprofessionellen Netzwerks früher Hilfestrukturen, das erziehungsunfähigen Eltern zeitnah und kompetent bei der Verbesserung ihrer Erziehungsfähigkeit zur Seite stehen kann. Nur durch ein balanciertes Nebeneinander von Fordern und Fördern kann die Gesellschaft im Konsens mit den Eltern mittelfristig eine Sicherstellung des Kindeswohls für möglichst alle Kinder erreichen.

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 fordert darüber hinaus eine Evaluation der z. B. auf Grund der Früherkennungsuntersuchungen initiierten HilfemaÙnahmen. Dazu ist zum einen eine verbindliche Verbesserung der Kommunikation und Rückmeldung zwischen den Ämtern für soziale Dienste und den behandelnden Haus- und Kinderärzten erforderlich, ob und welche Hilfen eingesetzt werden und vor allem, wenn die Hilfen beendet werden. Über eine Begleitforschung müssen außerdem die Kenntnisse über die Wirksamkeit der eingesetzten HilfemaÙnahmen verbessert werden.

Begründung:

Verbindliche Früherkennungsuntersuchungen müssen um eine Evaluation der durch sie ggf. initiierten Hilfemaßnahmen ergänzt werden, sonst ist nicht gewährleistet, dass sie Kindermissbrauch und/oder -vernachlässigung verhindern bzw. verringern.

3. Impfen bei Kindern und Jugendlichen

Auf Antrag von Dr. Munte, Dr. von Römer, Dr. Eyrich, Dr. Kaplan, Dr. Rechl und Herrn W. Gradel und Dr. Reising (Drucksache III-04) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Delegierten des Deutschen Ärztetags fordern die Landesärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen auf, sich für die Erhöhung der Durchimpfungsraten bei Kindern und Jugendlichen zu engagieren.

Begründung:

Die hohe Bedeutung eines vollständigen Impfstatus ist unbestritten. Aus diesem Grund sollten die Landesärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sich gemeinsam für die Erhöhung der Durchimpfungsraten engagieren.

Dienlich kann dabei zum Beispiel ein Einladungswesen sein, mit dem bei unvollständigem Impfstatus an die ausstehenden Impfungen erinnert wird.

4. Gesundheit in Schulen fördern

Auf Antrag von Dr. Munte, Dr. von Römer, Dr. Eyrich, Dr. Kaplan, Herrn W. Gradel und Dr. Reising (Drucksache III-6a) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Delegierten des Deutschen Ärztetags fordern die Ärztekammern der Länder, die psychologischen Psychotherapeutenkammern der Länder, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die betroffenen Berufsverbände (Kinder- und Jugendärzte/Hausärzte/Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten), die Krankenkassen sowie die zuständigen Ministerien der Länder auf, sich für ein Tätigwerden von Ärzten und Psychotherapeuten in den Schulen zur Gesundheitsförderung von Kindern und insbesondere von Jugendlichen zu engagieren.

Begründung:

Bei Kindern und Jugendlichen ist in den letzten Jahren eine Zunahme von gesundheitlichen Problemen zu verzeichnen. Laut Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) sind die Prävalenzzahlen für Übergewicht 2003 - 2006 im Vergleich zu den Jahren 1985 - 1999 um 50 % gestiegen. Die Häufigkeit von Adipositas hat sich im vorgenannten Zeitraum sogar verdoppelt. Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes leiden 10 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen an Übergewicht, 5 bis 18 % der Kinder und Jugendlichen weisen Symptome von ADHS auf, fast 18 % der 12- bis 17-Jährigen sind von Depressionen betroffen und 38 % der Jugendlichen rauchen ¹.

¹ Quellen: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Berlin 2004; BzGA, Drogenaffinitätsstudie 2001, Essau; C. A. u. a., Bremer Jugendstudie, 1998; Kolip, P. u.a., Jugend und Gesundheit, Weinheim 1995

Im Gegensatz zu diesen gravierenden gesundheitlichen Defiziten bei Kindern und Jugendlichen steht die geringe Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen (Beispiel Bayern: nur ca. 35 % der Jugendlichen). Die Ärzte und Psychotherapeuten haben somit insbesondere bei der Zielgruppe der Jugendlichen nur sehr eingeschränkt die Möglichkeit, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig mit Präventions- oder Therapieangeboten tätig zu werden.¹

5. Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Gemeinsamer Bundesausschuss

Auf Antrag von Dr. Munte, Dr. von Römer, Dr. Eyrich, Dr. Kaplan, Dr. Rechl, W. Gradel und Dr. Reising (Drucksache III-07) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, die ihm vorliegenden Themen bezüglich Früherkennungsuntersuchungen schnellstmöglich positiv zu entscheiden.

Darüber hinaus wird der G-BA aufgefordert, auch weitere wichtige Themen zu berücksichtigen, wie zum Beispiel die frühzeitige und sichere Diagnostik von Verwahrlosung und Missbrauch bei Kindern.

Begründung:

Die Inhalte der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bedürfen einer dringenden Überarbeitung. Sie wurden in den letzten dreißig Jahren nur geringfügig dem aktuellen Stand der medizinischen und psychotherapeutisch/psychologischen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Früherkennung von Gesundheitsrisiken und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen angepasst.

Die derzeit dem G-BA vorliegenden Themen zur Novellierung der Früherkennungsuntersuchungen müssen schnellstmöglich einer Entscheidung zugeführt werden und um weitere wichtige Themen, wie zum Beispiel die frühzeitige und sichere Diagnostik von Verwahrlosung und Missbrauch bei Kindern, ergänzt werden.

Ab der U7-Untersuchung sind die zeitlichen Abstände zwischen den Früherkennungsuntersuchungen so groß, dass ein rechtzeitiges Erkennen von Risiken sowie die notwendige weiterführende Diagnostik und Therapie nur eingeschränkt möglich ist. Besorgniserregend ist die geringe Teilnahme von Jugendlichen an der Früherkennungsuntersuchung J1, welche auf den besonders großen zeitlichen Abstand zwischen den Früherkennungsuntersuchungen U9 und J1, auf fehlende Aufklärung und auf ungenügendes Gesundheitsbewusstsein zurückzuführen ist.

6. Förderung der Ausbildung und Fortbildung (ggf. Weiterbildung) zum Thema "Häusliche Gewalt"

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann (Drucksache III-08) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 110. Deutschen Ärztetags appellieren an die Deutsche Ärzteschaft, insbesondere an die betroffenen Fachgruppen (z. B. Pädiater, Hausärzte, Kollegen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), Chirurgen und Gynäkologen), im Rahmen ihrer Betreuung von Familien, Kindern und Notfallopfern auf Zeichen häuslicher Gewaltanwendung zu achten und betroffene Patienten und Familien adäquat kurativ wie präventiv zu betreuen.

Um dies zu unterstützen, sollten:

- Studierende zum Thema "häusliche Gewalt" regelhaft unterrichtet werden (z. B. in den Fächern Allgemeinmedizin oder Rechtsmedizin);
- ein Fortbildungsmodul "häusliche Gewalt" in die 80-Stunden-Blöcke zur psychosomatischen Grundversorgung aufgenommen werden (wie dies schon in Niedersachsen praktiziert wird);
- praxisrelevante Veranstaltungen (wie das bundesweit einsetzbare 4-stündige Fortbildungsmodul "Häusliche Gewalt" aus Niedersachsen) angeboten werden;
- in Notfallambulanzen (Chirurgie, Gynäkologie, Kinderklinik) die bei verschiedenen Landesärztekammern verfügbaren Leitfäden, Untersuchungsbögen und Informationsmaterialien für Ärzte und Patienten genutzt werden;
- interprofessioneller Austausch mit Polizeibehörden, Jugendämtern, Schule, dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Form von gemeinsamen Fortbildungs- und Diskussionsveranstaltungen gesucht und gepflegt werden.

7. Aufnahme Fortbildungsmodul "Häusliche Gewalt" in die (Muster-)Weiterbildungsordnung

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann (Drucksache III-09neu) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 befürwortet eine weitergehende Qualifizierung zum Thema "Gewalt gegen Frauen und Kinder" derjenigen Kolleginnen und Kollegen, die in der unmittelbaren Patientenversorgung mit dem Problem häuslicher Gewalt konfrontiert werden könnten. Er empfiehlt die Aufnahme eines entsprechenden Moduls (z. B. die 4-stündige Fortbildung des Niedersächsischen Arbeitskreises "Häusliche Gewalt" bei der Ärztekammer Niedersachsen) in die 80-Stunden-Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung und bittet die Kursleiter, die regelmäßig von der Bundesärztekammer zu einem Erfahrungsaustausch eingeladen werden, die Vermittlung entsprechender Inhalte zu organisieren.

8. Meldepflicht für Impfungen

Der Antrag von Dr. T. Müller (Drucksache III-10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag möge den Vorstand der Bundesärztekammer auffordern zu prüfen, ob die Einführung einer Meldepflicht für Impfungen ein geeignetes Instrument sein könnte, den Impfstand erheblich zu verbessern.

Begründung:

Die Gesundheit und das Leben von Kindern sind auch bedroht durch Krankheiten, die durch Impfungen verhindert werden könnten. Das Ziel der Impfungen ist der bestmögliche Schutz des Einzelnen und der Gemeinschaft. Die Durchimpfungsraten in unserer Bevölkerung sind beschämend schlecht. Die Einführung einer personen gebundenen Meldepflicht für erfolgte Impfungen könnte eine sprunghafte Verbesserung bewirken, da das Problem der prinzipiell Impfwilligen aber Säumigen zahlen-

mäßig wesentlich größer ist als das ideologisierte Impfgegnern. Die Konsequenz des Meldesystems wären individuelle, freundliche Aufforderungen durch die Gesundheitsämter, einen Impftermin bei einem Arzt der Wahl zu vereinbaren.

Die technische Durchführbarkeit dürfte heute kein Problem mehr sein. Zumindest in einigen Bundesländern wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bereits jede Impfung mit einer eigenen Ziffer erfasst. Es kann nicht schwer sein, über eine entsprechende Software diese Ziffern personengebunden an die zuständigen Gesundheitsämter weiterzuleiten.

Die Verhinderung einer Weitergabe dieser Daten an Dritte kann ebenfalls kein Problem sein.

Die Meldung durchgeführter Impfungen (zumal, wenn sie vom Gesetzgeber so geregelt wäre), würde nicht als das Anzeigen von Impfsäumigen oder Impfgegnern erscheinen, sondern als die positive Meldung des stattgehabten Vorgangs.

9. Sicherstellung einer flächendeckenden stationären und ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Auf Antrag von Dr. Bolay, Dr. Voigt, Dr. Kunze, Frau E. Groterath und Frau H. Frei (Drucksache III-11) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag schließt sich der fraktionsübergreifenden Beschlussfassung des Deutschen Bundestages vom 25. Juni 2002 (Bundestagsdrucksache 14/9544) an und stellt fest, dass präventive, kurative und rehabilitative Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche auf deren spezifische Belange zugeschnitten werden müssen, mit dem Ziel einer bestmöglichen und altersgerechten Versorgung. Dabei kommt, wie der Bundestag festgestellt hat, der Kinder- und Jugendmedizin eine Schlüsselfunktion zu.

Der Beschlussfassung und Begründung des Deutschen Bundestags folgend, fordert der Deutsche Ärztetag Bund und Länder dazu auf, für eine flächendeckende pädiatrische Versorgung Sorge zu tragen.

Der Zugang zur stationären pädiatrischen Versorgung muss auch in den Flächenstaaten und dabei besonders in den neuen Bundesländern in zumutbarer Entfernung möglich sein. Die Bettenplanung ist nicht nur am Aspekt der Wirtschaftlichkeit, sondern am Bedarf einer altersgerechten Versorgung auszurichten. Durch eine sachgerechte Vergütung innerhalb des DRG-Systems müssen Anreize geschaffen werden, dass Kinder und Jugendliche mehr als bisher in pädiatrischen Abteilungen versorgt werden. Die Pflege ist von speziell ausgebildeten Kinderkrankenschwestern und -pflegern durchzuführen.

Um weiterhin eine flächendeckende ambulante pädiatrische Versorgung sicherzustellen, müssen in Kliniken und Praxen pädiatrische Weiterbildungsstellen erhalten und weitere geschaffen werden. In diesem Zusammenhang ist die Weiterbildung in der Pädiatrie nach dem Muster der Weiterbildung von Allgemeinärzten zu fördern.

Der öffentliche Kinder- und Jugend-Gesundheitsdienst muss in der aufsuchenden primären Prävention eine tragende Rolle spielen. Anstelle eines weiteren Abbaus sind entsprechende Stellen neu zu schaffen.

10. Verpflichtende Vorsorgen und begleitende Maßnahmen

Auf Antrag von Dr. Bolay, Dr. Voigt und Prof. Dr. Kunze (Drucksache III-12) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Schwere Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern haben zu zahlreichen Stellungnahmen und Absichtserklärungen seitens der Politik in Bund und Ländern geführt. Verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen können nur ein Bestandteil eines umfassenden Netzwerkes einer verbesserten Einbindung sozialer Randgruppen in das bestehende Gesundheits- und Vorsorgesystem werden.

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt die vorgesehene Verpflichtung von Eltern bzw. Sorgeberechtigten, Vorsorgeuntersuchungen für ihre Kinder termingerecht wahrzunehmen.

Durch verpflichtende Vorsorgen werden voraussichtlich mehr Kinder mit Entwicklungs- und Verhaltensdefiziten erfasst. Diese Kinder haben einen hohen Betreuungs-, Therapie- und Förderbedarf. Innerhalb des bestehenden Systems mit enger Budgetierung bei ärztlicher Behandlung und Verordnung von Heilmitteln kann dieser Mehraufwand nicht kostenneutral erbracht werden.

Frequenz und die Inhalte der bisherigen Früherkennungsuntersuchungen werden dem Auftrag der Frühprävention nicht mehr gerecht. Eine zügige Überarbeitung ist überfällig.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die verantwortlichen Politiker dazu auf:

- Eltern zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen ihrer Kinder zu verpflichten,
- entsprechend der Ankündigung der Bundesgesundheitsministerin bei der Eröffnung des 110. Deutschen Ärztetags für ein verbessertes Vorsorgekonzept, den § 26 des SGB V wie folgt zu ändern: Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchung zur Früherkennung und Verhinderung von Krankheiten, die ihre körperliche und/oder psychosoziale Entwicklung gefährden. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, die eine zügige Überarbeitung und Erweiterung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ermöglichen,
- die Mittel für die pädiatrische Betreuung von Risikokindern und die Koordination von Hilfsmaßnahmen (Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe, Heilmittel) sicherzustellen,
- zur Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung strukturelle und finanzielle Voraussetzungen für ein Modell der integrierten Frühprävention zu schaffen. Risikofamilien müssen bereits vorgeburtlich identifiziert und anschließend engmaschig betreut werden,
- den öffentlichen Kinder- und Jugend-Gesundheitsdienst in diese Bemühungen einzubinden und entsprechend auszustatten.

Der 110. Deutsche Ärztetag lehnt Regelungen entschieden ab, die den betreuenden Arzt/Ärztin zu einer Meldung durchgeführter Vorsorgen verpflichten. Dies bedeutet die Störung einer vertrauensvollen Arzt-Eltern-Beziehung. Der Nachweis einer durchgeführten Vorsorge ist Aufgabe der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten.

11. Monopolisierung in der Pharmaindustrie – Folgen für die Impfstoffbereitstellung

Auf Antrag von Dr. Bolay, Prof. Dr. Kunze, Dr. Voigt und Frau H. Frei (Drucksache III-13) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 schließt sich einer Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin vom Dezember 2006 an und fordert die politisch Verantwortlichen, namentlich das Bundesministerium für Gesundheit, auf, über Lösungsmöglichkeiten nachzudenken, die eine kontinuierliche Verfügbarkeit von Impfstoffen und die Finanzierung des nationalen Impfprogramms gewährleisten.

Begründung:

Die zur Durchführung des Impfprogramms gemäß Ständiger Impfkommission (STIKO) notwendigen Impfstoffe werden in Deutschland in der Regel nur von einer oder zwei Firmen vertrieben. In der Vergangenheit war die Versorgung mit Impfstoffen durch Lieferengpässe oder durch die Entscheidung, Produkte vom Markt zu nehmen, nicht immer gewährleistet. Vorübergehend oder durch Marktrücknahme dauerhaft, waren und sind Impflücken sonst nicht zu vermeiden.

12. Kinderkrippen – frühe vorschulische Betreuungs- und Bildungsangebote

Auf Antrag von Dr. Bolay, Dr. Voigt und Prof. Dr. Kunze (Drucksache III-14) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag begrüÙt die vorgesehenen Regelungen zur Betreuung von Kindern unter drei Jahren in qualifizierten Betreuungsstätten. Von entscheidender Bedeutung ist, dass diese Kindertagesstätten personell und räumlich so ausgestattet werden, dass sie den psychischen und physischen Bedürfnissen altersgemäß gerecht werden.

Für die Kinder von Familien, die nicht in der Lage sind, ihren Erziehungsauftrag ausreichend zu erfüllen, kann die frühe Betreuung in einer Gemeinschaftseinrichtung die Startchancen für das Leben verbessern.

Eltern müssen durch ein qualifiziertes Betreuungsangebot in die Lage versetzt werden, Berufstätigkeit und Familie ohne schlechtes Gewissen in Einklang zu bringen.

Eltern muss es freistehen, sich für verschiedene Lebens- und Erziehungsformen zu entscheiden. Elternteile, die ihre Kinder bewusst zu Hause betreuen und fördern, müssen finanziell entlastet werden und einen Rentenanspruch erwerben.

13. Alkoholkonsum bei Jugendlichen

Auf Antrag von Dr. Bolay, Prof. Dr. Kunze und Dr. Voigt (Drucksache III-15) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag nimmt mit großer Sorge zur Kenntnis, dass Gruppen von Kindern und Jugendlichen Alkohol in exzessivem und gesundheitsschädlichem Ausmaß konsumieren. In alkoholisiertem Zustand kommt es häufiger zu Delikthandlungen und dissozialem Verhalten. Der Übergang in eine dauerhafte Abhängigkeit ist in vielen Fällen zu befürchten.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundes- und Länderregierungen auf, durch geeignete gesetzliche Maßnahmen oder andere Regelungen, Kinder und Jugendliche vor den Gefahren des Alkoholkonsums zu schützen.

14. Jährliche Debatte der Situation von Kindern und Jugendlichen im Deutschen Bundestag

Auf Antrag von Dr. Peters (Drucksache III-16) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Delegierten des 110. Deutschen Ärztetags fordern die Abgeordneten des Deutschen Bundestags auf, jährlich die Situation von Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft im Sinne einer Bestandsaufnahme darzustellen und zu debattieren.

15. Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Auf Antrag von Dr. Voigt und Dr. Zimmermann (Drucksache III-17) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Seit vielen Jahren weisen Kinder- und Jugendmediziner auf die zunehmende Zahl chronisch oder rezidivierend erkrankter Kinder und Jugendliche hin.

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS-Studie) erfasst jetzt erstmalig systematisch epidemiologische Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen. Die Zahlen belegen in eindrucksvoller Weise, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland nicht nur in großer Zahl unter psychischen Störungen, sondern zusätzlich eine große Zahl von ihnen an chronischen Erkrankungen leiden. So sind 15 % der Kinder und Jugendlichen übergewichtig, immerhin 6,3 % gelten als adipös. Alarmierend ist die Verdoppelung dieser Zahlen in den vergangenen 10 - 15 Jahren sowie die Zunahme an Typ-II-Diabetikern im Kindes- und Jugendalter.

Beunruhigend hoch ist auch die Zahl von essgestörten Kindern und Jugendlichen. Atopische Erkrankungen sind in großem Umfang unter Kindern und Jugendlichen verbreitet, Heuschnupfen, Asthma und Neurodermitis, alle mit steigender Tendenz. In diesem Zusammenhang muss es große Sorge bereiten, dass immerhin 44 % aller Kinder und Jugendlichen andauerndem Passivrauchen ausgesetzt sind.

Besonders hingewiesen werden muss darauf, dass der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen stark geprägt ist vom Sozialstatus der Familien. Die Zahlen belegen die alte Erfahrung, dass Armut und Krankheit auch heute noch eine unheilige Allianz eingehen.

Der Deutsche Ärztetag fordert vor diesem Hintergrund die Politiker in Bund und Ländern auf, durch geeignete Maßnahmen dieser Tendenz entgegen zu wirken.

Dazu gehören:

- Ausbau der primären Prävention
- Gesundheitserziehung in vorschulischen und schulischen Einrichtungen unter Beteiligung der Ärzteschaft
- Verbesserung des Nichtraucher-schutzes in den Familien (z. B. Verbot von Rauchen im PKW!)

16. Kindergesundheit bei Migranten

Auf Antrag von Prof. Dr. Kahlke (Drucksache III-18) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Kindergesundheit bei Migranten

In Deutschland leben ca. 7,3 Mio. Ausländer mit ihren Kindern.

Der Gesundheitszustand von Migrantenkindern ist deutlich schlechter als bei den Kindern in Deutschland insgesamt. Eltern von Migrantenkindern nehmen außerdem seltener an Vorsorgeuntersuchungen teil. Gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt sind Migranten und ihre Kinder sozial benachteiligt durch höhere Erwerbslosigkeit, mangelnde Berufsausbildung und häufig fehlenden Schulabschluss.

"Bei diesen Kindern und Jugendlichen führt die soziale Benachteiligung dazu, dass sie häufiger erkranken oder vermehrt an psychosozialen Störungen leiden" (Prof. Harald Bode, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie und Jugendmedizin).

Eine empirische Untersuchung hat bei Kindern ohne sicheren Aufenthaltsstatus, z. B. so genannter Duldung, in mehr als 60 % behandlungsbedürftige psychische Störungen festgestellt ("Kinderstudie" von "Fluchtpunkt" und Flüchtlingsambulanz am Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf). Besonders betroffen von Mangel an gesundheitlicher Versorgung sind Familien mit Kindern, die in so genannter aufenthaltsrechtlicher Illegalität leben. "Schwere Erkrankungen, eine Schwangerschaft, ein ausbeuterisches Arbeitsverhältnis und fehlende Bildungsmöglichkeiten für die Kinder bringen Menschen in der Illegalität oftmals in äußerst bedrückende Situationen" (Weihbischof Dr. Josef Voß, Vorsitzender des Katholischen Forums 'Leben in der Illegalität').

Ansteckende Krankheiten wie Tuberkulose, HIV- und andere Infektionen bleiben oft unbehandelt. Aus Angst vor Aufdeckung ihres illegalen Status und drohender Abschiebung scheuen sich viele vor medizinischer Behandlung, nicht selten mit gefährlichen Folgen für sie selbst und ihre Umgebung.

Die hier aufgeführten Zustände bedeuten eine humanitäre Herausforderung für Staat und Gesellschaft, auch für die sozialen Gruppen in besonders prekären Lebenslagen einen sicheren Zugang zu angemessener medizinischer Grundversorgung zu gewährleisten; dazu gehören auch Schwangerschaft und Entbindung.

Illegale Migration und ihre sozialen Auswirkungen sind Teil der globalisierten Welt und der gesellschaftlichen Realität in Deutschland. In diesem Sinne appelliert der 110. Deutsche Ärztetag an die zuständigen Stellen im Bund und in den Ländern, durch gesetzliche Regelungen klarzustellen, dass Menschen in der Illegalität in Deutschland, so wie in den übrigen Ländern Europas, ihre grundlegenden sozialen Rechte und damit eine medizinische Grundversorgung ohne Furcht vor Abschiebung in Anspruch nehmen können.

Gerade für die Gesundheit der Kinder aus Migrantenfamilien ist dies eine unverzichtbare Voraussetzung.

17. Prävention – Adipositas

Auf Antrag von Prof. Dr. Kunze, Prof. Dr. E. Keller und Dr. Peters (Drucksache III-19) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 begrüÙt den gemeinsamen VorstoÙ der beiden zuständigen Bundesministerien (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz), für Deutschland einen "Nationalen Aktionsplan Ernährung und Bewegung" aufzustellen. Neben der Etablierung dieses Vorhabens kommt es jetzt jedoch auf die konkrete, praktische Umsetzung an. Beim Blick in die Nachbarländer der EU muss leider festgestellt werden, dass dort den Bemühungen im Kampf gegen Übergewicht und Adipositas deutlich mehr Bedeutung beigemessen wird.

Die Empfehlungen der Gesundheitsminister der EU im Herbst letzten Jahres in Istanbul zur Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen in den einzelnen Ländern fordern jetzt dringend alle Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden auf, zusammen mit Kostenträgern und Initiativen konkrete Maßnahmen zu ergreifen, die über "die Badenweiler Erklärung" der Bundesregierung im Rahmen ihrer EU-Ratspräsidentschaft hinaus gehen.

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 fordert daher zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit alle Beteiligten in Deutschland auf, die Primärprävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter nachhaltig voranzutreiben, dabei muss die Ärzteschaft vorrangig mit eingebunden werden. Hier bieten erfolgreiche Modelle gezielter Prävention von übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen, z. B. das Wachstumsnetzwerk CrescNet (Netzwerk zur Früherkennung von Störungen der Wachstums- und Gewichtsentwicklung) mit der Beteiligung von bereits von mehr als 300 Kindern- und Jugendärzten in Deutschland eine gute Grundlage.

18. Prävention bei Schwangeren

Auf Antrag von Herrn Wagenknecht (Drucksache III-20) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, in der aktuellen Diskussion zur Kindergesundheit geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die die Identifikation von Risikoschwangerschaften erleichtern, um präventiv die werdenden Mütter unterstützen zu können. Vernachlässigung von Kindern, Gewalt gegen Kinder ist mit bekannten vorgeburtlichen Risikofaktoren verbunden. Hierzu gehören geringes Einkommen, allein erziehende Mütter, Suchtprobleme usw.

Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Kliniken haben bei der Identifikation dieser Frauen eine elementare Bedeutung. Die Bundesregierung wird aufgefordert, diese Kenntnisse umzusetzen und zu nutzen.

Die Deutsche Ärzteschaft betont ihre Verantwortung für die Schwangeren und die sich entwickelnden Kinder.

19. Nachweis verbindlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen

Auf Antrag von Frau Dr. Beiteke, Frau Dr. Bunte, Frau H. Frei, Frau Künanz und Dr. Windhorst (Drucksache III-21) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, bei der Einführung eines gesetzlich verankerten Meldewesens für verbindliche Kinderfrüherkennungsuntersuchungen den entsprechenden Nachweis von den Eltern erbringen zu lassen und nicht die Ärzte zur Meldung der teilnehmenden Kinder zu verpflichten.

Begründung:

Durch intensive Aufklärung in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen und öffentlichem Gesundheitsdienst konnten in den vergangenen Jahren die Teilnahmeraten an den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen kontinuierlich gesteigert werden. Um die 5 - 10 % der Kinder zu erreichen, die nicht von ihren Eltern vorgestellt werden, ist bereits in einigen Bundesländern ein verpflichtendes Meldewesen eingeführt worden. Diese Meldeverpflichtung bedeutet nicht nur einen hohen bürokratischen Aufwand, da es sich um die Meldung der durchgeführten Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) handelt, sondern gefährdet nachhaltig das Vertrauensverhältnis zwischen Eltern und Arzt. Zudem stellt sich die Frage der Vereinbarkeit mit der ärztlichen Schweigepflicht. Der Deutsche Ärztetag regt daher an, den Nachweis der Teilnahme an der KFU im Sinne einer Bonusregelung z. B. an die Auszahlung des Kindergeldes zu koppeln. Positive Erfahrungen mit Bonusregelungen bei KFU liegen von verschiedenen Krankenkassen vor. Die Meldung über die Teilnahme an den KFU erfolgt dann direkt über die Eltern in ihrer Verantwortung für das Kind.

20. Zeitnahe Einführung weiterer Früherkennungsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen

Auf Antrag von Frau Dr. Beiteke, Frau Dr. Bunte, Frau H. Frei, Dr. Windhorst und Frau B. Künanz (Drucksache III-22) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 fordert den Gesetzgeber und den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, Frequenz und Inhalt der bisherigen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zu überarbeiten und zeitnah zu ändern.

Begründung:

Die Inhalte der heutigen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen entsprechen nicht mehr dem heutigen Wissensstand. Zudem klaffen insbesondere zwischen dem 2. und 4. Lebensjahr und dem 5. und 12. Lebensjahr empfindliche Lücken, die durch die Aufnahme weiterer Früherkennungsuntersuchungen dringend zum Wohl der Kinder geschlossen werden müssen.

21. Gewalt gegen Kinder

Der Antrag von Frau Dr. Ende und Frau B. Löber-Kraemer (Drucksache III-23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 beschließt, dass Kenntnisse über häusliche Gewalt und Gewalt gegen Kinder in das Curriculum der (Muster-)Weiterbildungsordnung in jedes Gebiet mit Patientenbezug aufgenommen werden.

Begründung:

Vielen Ärzten sind die Symptome und der Umgang mit Gewaltfolgen bei häuslicher Gewalt nicht bekannt. Dies lässt sich nachweisen bei Fortbildungsveranstaltungen, die zu dem Thema organisiert werden. Die Themen der Fortbildung können gewählt werden und sind somit keine Pflichtveranstaltungen. Bei Aufnahme in das jeweilige Curriculum ist gewährleistet, dass die im ärztlichen Beruf Tätigen zumindest über Grundkenntnisse im Umgang verfügen.

Dies entspricht auch dem Wunsch des Sozial- und Innenministeriums Baden-Württemberg. Beide Minister haben dies schriftlich der Landesärztekammer gegenüber geäußert. Also sollten wir, bevor die Politik in unsere Weiterbildungsgänge eingreift, selbst aktiv werden.

22. Früherkennung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Der Antrag von Prof. Dr. Kunze, Dr. Bolay und Dr. Scheffzek (Drucksache III-24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Kinder mit psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Risiken müssen möglichst frühzeitig erkannt werden. Der Deutsche Ärztetag fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss daher auf, bei der Neugestaltung der Kinder-Richtlinien geeignete Maßnahmen (Screening-Verfahren, spezifische Fragen bei der klinischen Untersuchung und dem Elterninterview) zur Früherkennung psychischer, psychosomatischer und psychosozialer Störungen bei Kindern einzuführen.

Begründung:

Säuglinge, Kleinkinder und Vorschulkinder zeigen eine Vielzahl von Regulationsstörungen, psychosozialen Auffälligkeiten und emotionalen Störungen. Eine frühzeitige Erkennung und Intervention bei Kind und Familie trägt dazu bei, eine Entstehung von Krankheiten wie kindlichen Depressionen, Ängsten, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Bindungsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens zu verhindern.

23. Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Auf Antrag von Frau Dr. Ende, Dr. Peters und Dr. Dr. Fröhlich (Drucksache III-25) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher müssen bestehende Versorgungsangebote ausgebaut und angemessen finanziert werden. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich bei Politik und Kassenärztlichen Vereinigungen dafür einzusetzen, dass das Versorgungspotential

im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ausgebaut wird. Hierzu gehören insbesondere die sozialpsychiatrische Versorgung mit Erhalt der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Kooperationsmodelle mit Kinder- und Jugendärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Jugendhilfe u. ä. und angemessene Honorierung aller Leistungen, vor allem in unterversorgten Gebieten.

Begründung:

Der Mangel an Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird vielerorts beklagt. Gleichzeitig wird aber in unterversorgten Gebieten bei Neuzulassungen kein zusätzliches Honorar zur Verfügung gestellt, so dass kinderpsychiatrische Leistungen nicht mehr angemessen honoriert und Praxen insolvent werden. Um sozial benachteiligte unterprivilegierte Kinder und Jugendliche mit komplexen Störungsbildern zu behandeln, sind sozialpsychiatrische Maßnahmen und Kooperationsmodelle notwendig, deren Erhalt und Ausbau strukturell und finanziell unterstützt werden müssen.

24. Nachwuchsförderung im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Ende, Frau B. Löber-Kraemer, Frau Dr. Clever, Dr. Fleischmann und Dr. Scheerer (Drucksache III-26) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, die Bemühungen der Fachärzte und -ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Förderung des Nachwuchses im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie durch Aktivitäten wie Informationsveranstaltungen für Studierende und Assistenzärzte und Assistenzärztinnen in den Kammern, Veröffentlichungen in ärztlichen Organen u. ä. zu unterstützen. Dies trägt dazu bei, die notwendige Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen nachhaltig zu gewährleisten.

Begründung:

Wie seit Jahren bekannt, werden Fachärzte und Fachärztinnen im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bundesweit am häufigsten gesucht (Deutsches Ärzteblatt, 104. Jahrgang, Ausgabe 18, Seiten B 1123 - 1124). Es fehlt an interessierten Studierenden und Ärzten und Ärztinnen für das Fachgebiet. Das vorhandene Weiterbildungspotential wird nicht ausgeschöpft und z. B. in Praxen wegen der bestehenden Finanzierungsschwierigkeiten kaum genutzt. Informationsveranstaltungen für Studierende und Assistenzärzte und -ärztinnen sind notwendig, um das Fachgebiet bekannt zu machen und die notwendige Versorgung der Kinder und Jugendlichen bei steigender Morbidität (siehe Bella-Studie des Robert Koch-Instituts, 2007) sicherzustellen.

25. Fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus

Auf Antrag von Dr. Mothes, Dr. Voigt und Frau E. Groterath (Drucksache III-27) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die fachärztliche Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher erfährt eine Aufweicung und Qualitätsminderung.

Die Gründe sind regional verschieden und beispielsweise Folge von Fehlentscheidungen der Krankenhausträger ("Kindermedizin rechnet sich nicht!") sowie der Wiedervereinnahmung kranker Kinder und Jugendlicher in die Strukturen der Erwachsenenmedizin, z. B. im Gebiet der Chirurgie.

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 verurteilt und missbilligt entschieden diese Tendenz.

Kranke Kinder und Jugendliche haben das gleiche Recht auf eine stationäre fachärztliche Betreuung wie der Erwachsene.

Bund und Länder haben die Pflicht, die erforderliche Qualität in der Behandlung kranker Kinder und Jugendlicher im Krankenhaus flächendeckend sicherzustellen.

26. Kinder- und Jugenduntersuchungen

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

Die Ärztekammern sollen bei den verantwortlichen Gremien dafür Sorge tragen, dass die Bewilligung von staatlich finanzierten Vergünstigungen an die Eltern nur erfolgt bei Teilnahme an allen Kinder- (U) und Jugend- (J) Untersuchungen.

Begründung:

Auch wenn die Teilnahme an den Kinder- (U) und Jugend- (J) Untersuchungen sicherlich schon erfreulich gute Quoten in Deutschland erreicht hat, so sind doch immer wieder dramatische Fälle vorgekommen, die in ihrer Historie Defizite in den Vorsorgeuntersuchungen aufweisen. Hier kann eine Verknüpfung der staatlich auch wünschenswerten und notwendigen Alimentierung von Erziehenden einem klaren Pflichtenheft gegenüber stehen.

27. Förderung von Kindern mit Lese-Rechtschreibschwäche und Dyskalkulie

Auf Antrag von Dr. Fleischmann und Dr. Dr. Fröhlich (Drucksache III-29) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Kultusministerien der Länder auf, die Erlasse zur Förderung von Schülern mit Lese-Rechtschreibschwäche und/oder Rechenschwäche zu überarbeiten. Ziel muss sein, diese sowohl als Erkrankung als auch als Lern- sowie pädagogisches Problem zu definieren. Es sollten konkrete Handlungsanweisungen für Schulen zum Umgang mit dieser Störung gegeben werden und eine fachministerienübergreifende Kooperation zwischen Kultus- und Sozialministerien erfolgen mit dem Ergebnis, die erforderlichen Hilfen zu koordinieren und bereitzustellen, sowie das Verfahren nach § 35a Kinder und Jugendhilfegesetz (KJHG) in diesem Zusammenhang abzuschaffen.

Begründung:

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sitzen unter den gegenwärtigen sozial- und schulrechtlichen Bedingungen zwischen allen Stühlen. Niemand fühlt sich wirklich für ihre Probleme verantwortlich. Für die Krankenkassen ist es eine Lernproblematik, für die Schulen ist es eine Krankheit, für die Sozialämter ist es kein Grund, finanzielle Hilfen für diese Kinder zu gewähren, wenn nicht zusätzlich eine seelische Behinderung nachgewiesen werden kann.

Die Störung beim Erwerb der Lese- und Rechtschreibfähigkeit und oder des Rechnens geht zumeist nicht mit einer Minderung der Intelligenz einher. Die Ursachen können vielschichtig sein. Eine genaue Diagnostik ist erforderlich. Die nötigen Hilfen müssen dann zwischen medizinischem Bereich, Schule und Jugendhilfe koordiniert werden.

Wenn dies nicht geschieht, scheitern intelligente Schüler oft in der Schule, entwickeln eine dissoziale Störung oder psychische Probleme wie Depressionen, oppositionelles Verhalten, Suchterkrankungen etc.

28. Intensivere Kooperation der Behandlungsebenen von Erwachsenen und Kindern in Prävention, Diagnostik und Therapie bei psychosozialen Störungen in Familien

Auf Antrag von Frau Dr. Bühnen, Dr. Fleischmann, Frau B. Löber-Kraemer, Dr. Hutterer, MR Dr. Scheerer und Dr. Urban (Drucksache III-30) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Gitter (Drucksache III-30a) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Das gesunde Aufwachsen von Kindern hängt wesentlich von der Gesundheit ihrer Erziehungspersonen ab.

Schwere körperliche oder psychische Erkrankungen der Eltern wirken sich auf die körperliche und seelische Gesundheit ihrer Kinder aus. Deshalb ist die enge Kooperation der Ärztinnen und Ärzte aller Fachgebiete, insbesondere der Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie sozialpädiatrischer Zentren unabdingbar.

Der Deutsche Ärztetag weist auf diesen Zusammenhang hin. Eine innerärztliche Kommunikation zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten der Eltern und der Kinder muss in diesen Fällen auch rechtlich ermöglicht werden.

Begründung:

Die Zusammenhänge sind hinlänglich bekannt. Als ein Beispiel sei eine amerikanische Verlaufsstudie genannt, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen der seelischen Erkrankung von Müttern und der psychischen Gesundheit ihrer Kinder beschäftigt.

Wurden Mütter mit einer Depression über drei Monate medikamentös behandelt, erfolgte in dieser Zeit eine 11 %ige Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten und seelischen Symptome ihrer Kinder.

Wurden die depressiven Mütter in der Kontrollgruppe dahingehend nicht behandelt, erfolgte in derselben Zeit von drei Monaten ein 8 %iger Anstieg der Symptome bei deren Kindern.

Diese Untersuchung von Kindern zeigt, wie notwendig und hilfreich es sein kann, im familiären Umfeld psychische Störungen zu erkennen und zu behandeln – auch im Hinblick auf die immensen Kosten für die Gesellschaft bei schweren Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen.

29. Arzneimittel bei Kindern

Auf Antrag von Herrn J. Wagenknecht (Drucksache III-31) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag mahnt einen sorgfältigen Einsatz von Arzneimitteln bei Kindern an. Häufige Einnahme von Arzneimitteln verringert die natürliche Distanz gegenüber Medikamenten. Dieser Widerwillen schützt später vor unkritischer Einnahme von z. B. in Diskotheken angebotenen Pillen.

Viele Behandlungsanlässe in der Primärversorgung stellen keine Indikation für eine medikamentöse Therapie dar. Die unkritische Verordnung von Arzneimitteln ist insbesondere in der Therapie von Kindern mit Gefahren verbunden.

30. Kindergesundheit in Deutschland

Auf Antrag von Frau Dr. Mieke (Drucksache III-32) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, Strukturen zu schaffen, die den Alkoholmissbrauch und die Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen verhindern. Dementsprechend sollten Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen nach einem systematischen Stufenplan entwickelt und gewährleistet sein.

Neun Prozent der 16 bis 17-jährigen betreiben Alkoholmissbrauch, 4 % sind alkoholabhängig. Rund 5 % aller Todesfälle im Alter von 15 bis 29 Jahren sind auf Alkoholkonsum zurückzuführen. Neue Trinkgewohnheiten wie das Binge Drinking (Rauschtrinken) erfassen bevorzugt junge Menschen, die für derartige "Moden" besonders anfällig sind. Dies wird auch von der Getränkeindustrie genutzt. Z. B. enthalten Energy Drinks bis zu 20 % Alkohol.

31. Konkrete Maßnahmen zu mehr Bewegung im Kindes- und Jugendalter

Auf Antrag von PD Dr. Scholz und Dr. Lipp (Drucksache III-33) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer soll massiven Druck sowohl auf die Legislative als auch die ausführenden Behörden ausüben, mit medialer Begleitung mehr Sportunterricht an den Schulen und besonders an Ganztagschulen einzufordern.

Begründung:

Anstatt Kommissionen und Pressemeldungen, wie die Politik derzeit agiert, kann die deutsche Ärzteschaft konkrete Maßnahmen anbieten: Mehr Sport an der Schule! Diese konkrete Maßnahme kann eine interessante Nagelprobe für die Ernsthaftigkeit der Politik am Interesse für die Kinder- und Jugendgesundheit sein. Sollte nämlich die Politik hier nichts unternehmen, ist offenkundig, dass kein nachhaltiges Interesse an der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen besteht, hingegen die Ärzteschaft eine konkret effektive Maßnahme nachhaltig unterstützt. Kleinstmögliches Ziel sollen vier Wochenstunden sein.

32. Kindergesundheit in Deutschland – Prävention Kinder- und Jugendgesundheit

Auf Antrag von Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Herrn F. Zimmeck, Dr. Haas und Dr. Piper (Drucksache III-34) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, präventive Maßnahmen zu ergreifen, die eine weitestgehende gesunde körperliche und seelische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gewährleistet. Werbung für Alkoholkonsum und andere Konsumgifte muss begrenzt werden und ähnlich den Vorgaben beim Tabakkonsum flankierend Hinweise auf die Gefährdung enthalten.

Die Altersgrenze für Gaststätten- und Discobesuche muss Kinder und minderjährige Jugendliche eindeutiger als bisher schützen. Besuche Minderjähriger in Gaststätten und Discos zu Unzeiten sollen eindeutiger ausgeschlossen werden.

Begründung:

Die Gefährdung der Kinder und Jugendlichen durch Alkohol, Drogen, letztlich aller Genussgifte ist unübersehbar.

Zu einem kinderfreundlichen Umfeld gehört der Schutz vor Verführung zum Giftkonsum.

33. Kindergesundheit in Deutschland – Prävention Kinder- und Jugendgesundheit

Auf Antrag von Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Herrn F. Zimmeck und Dr. Piper (Drucksache III-35) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert Hersteller und Vertreiber von Genussgiften und Veranstalter von Discoververanstaltungen auf, sich einem Kodex zu unterwerfen, der dem Schutz von Kindern und Jugendlichen Rechnung trägt.

34. Einbringen ärztlicher Kompetenz in die Kinderbetreuung

Auf Antrag von Dr. von der Damerau-Dambrowski (Drucksache III-37) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung wie auch die Landesregierungen auf, den Sachverstand der Ärzteschaft und insbesondere der Kinder- und Jugendpsychiater bei der Planung und Einrichtung von Kinderkrippen zwingend einzubeziehen.

Begründung:

Bei der derzeitigen öffentlichen und politischen Diskussion werden in diesem Bereich die validierten Ergebnisse der Kleinkindforschung unberücksichtigt gelassen.

35. Arzneimittelstudien bei Kindern und Jugendlichen

Der Antrag von Prof. Dr. Haupt (Drucksache III-38) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Kinder- und Jugendärzte sollen Eltern ermutigen, ihre Kinder in Klinische Studien einbeziehen zu lassen, um eine sichere Arzneimitteltherapie zukünftig wissenschaftlich begründet für Kinder und Jugendliche zu ermöglichen und zu verbessern.

Begründung:

Noch immer besteht erheblicher Nachholbedarf bei der wissenschaftlichen Medikamentenanwendung bei Kindern und Jugendlichen für Arzneimittelgruppen, deren Einsatz bisher nur für Erwachsene durch Klinische Studien gesichert ist.

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

1. EU-Kompatibilität des Gebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV-01) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

In die (Muster-)Weiterbildungsordnung soll im Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ die fünfjährige Facharztweiterbildung „Innere Medizin“ und die sich hieraus ergebenden Änderungen gemäß Anlage 1 aufgenommen werden.

2. Änderungsantrag zu IV-01

Der Änderungsantrag von Frau Dr. Gitter (Drucksache IV-01a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der Weiterbildungszeit soll unter Punkt zwei im ersten Spiegelstrich sowie entsprechend im zweiten Spiegelstrich das Wort "internistische" jeweils gestrichen werden, so dass es dann an beiden Spiegelstrichen heißt:

"6 Monate Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können"

3. Hausärztliche Versorgung

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Dr. Mitrenga, Dr. Montgomery, Herrn R. Henke, Dr. Wolter, Dr. Emminger und Dr. Ungemach (Drucksache IV-06) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag unterstützt den Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer zur Einrichtung eines Weiterbildungsganges "Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin".

Für die Niederlassung als Hausarzt ist weiterhin die Ableistung der vorgeschriebenen zweijährigen Weiterbildungszeit in der hausärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich zwingend erforderlich.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, durch Klarstellung im SGB V § 103 sicherzustellen, dass nur weitergebildete "Ärztinnen/Ärzte für Innere und Allgemeinmedizin" in der hausärztlichen Versorgung tätig werden können.

4. Wiedereinführung des Allgemeininternisten

Auf Antrag von Dr. Emminger, Frau Dr. Lux, Dr. von Römer, Dr. Fabian, Dr. von Knoblauch zu Hatzbach und Dr. Fach (Drucksache IV-12) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Wiedereinführung eines Internisten ohne Schwerpunkt in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO).

Eine breite Weiterbildung für die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin in den Kliniken wird gerade durch die Fachärzte für Innere Medizin gesichert.

Den Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung wird mit dieser Entscheidung des Deutschen Ärztetags die größtmögliche Entscheidungsfreiheit zu einem Weiterbildungsgang nach ihrer eigenen Wahl geboten. Viele Kliniken werden auch weiterhin Ärztinnen und Ärzte benötigen, die als Internisten ohne Schwerpunkt weitergebildet sind.

5. EU-Kompatibilität des Gebietes Innere Medizin und Allgemeinmedizin – Änderungen, die sich aus dem Antrag IV-01 ergeben

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV-02) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag beschließt, die sich aus der Aufnahme der Facharztweiterbildung "Innere Medizin" in das Gebiet "Innere Medizin und Allgemeinmedizin" ergebenden Änderungen gemäß Anlage 2 in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aufzunehmen.

Begründung:

Durch die Aufnahme einer Facharztweiterbildung "Innere Medizin" im Gebiet "Innere Medizin und Allgemeinmedizin" in die (Muster-)Weiterbildungsordnung ergeben sich inhaltliche und redaktionelle Änderungen in der gesamten MWBO, welche zeitgleich mit dem Antrag IV-01 beschlossen werden müssen.

6. Neuausrichtung des Förderprogramms zur Weiterbildung des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV-04) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert eine Ergänzung und Neuausrichtung des Förderprogramms für die Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin als flankierende Maßnahme zur Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen für zukünftige Hausärzte. Ein Ziel dieses Förderprogramms muss es sein, die im Weiterbildungsgang zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin vorgeschriebenen

Rotationen durch die Organisation von flächendeckenden Weiterbildungsverbänden zu gewährleisten. Eine weitere Forderung ist die zielgenauere Finanzierung dieser Weiterbildung über die gesamte Weiterbildungsdauer in angemessener Höhe.

Ein ganz wesentlicher Grund für den Hausarztmangel liegt in der notwendigen breiten Struktur des Weiterbildungsgangs zum Hausarzt, bei dem mehrere Gebiete und Versorgungsbereiche durchlaufen werden müssen. Durch die Erarbeitung eines auf die jeweilige Versorgungsstruktur abgestimmten Curriculums, in dem die/der Weiterzubildende mit der Weiterbildung eine den jeweiligen Anforderungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs entsprechende strukturierte Weiterbildung möglichst ohne Klinik- und Wohnortwechsel ableisten kann, soll sichergestellt werden, dass das angestrebte Weiterbildungsziel konsequent verfolgt und erreicht wird.

Die Durchführung einer solchen Verbundweiterbildung unter Berücksichtigung von Versorgungsaspekten und von Weiterbildungszeiten in weiteren patientennahen Gebieten neben der Inneren Medizin und der anschließenden Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung, erfordert einen langfristigen Ausbau des Förderprogramms für die Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, da nur durch entsprechende finanzielle Anreize die Schaffung entsprechender Weiterbildungsstellen zu gewährleisten ist.

In Zusammenarbeit zwischen Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Hausärzterverband und ggf. weiteren sonstigen betroffenen Organisationen ist ein Konzept auf der Grundlage dieser Überlegungen zu entwickeln.

7. Förderung der Allgemeinmedizin

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Dr. Mitrenga, Dr. Montgomery, Herrn R. Henke, Dr. Wolter, Dr. Emmerich und Dr. Ungemach (Drucksache IV-07) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag setzt sich zur gezielten Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für eine gemeinsame Aktion der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen ein, um den Nachwuchsbedarf ohne Abstriche an der Qualität decken zu können.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert, an Kliniken und auch im Verbund mit Praxen Weiterbildungsmöglichkeiten für zukünftige Allgemeinmediziner zu schaffen, die den Interessenten eine vergleichbare Arbeitsplatzsicherheit wie anderen Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung bieten. Dafür müssen Stellen mit ausreichend langer Dauer (mindestens für den Zeitraum der gesamten Weiterbildung) mit entsprechenden definierten Rotationsmöglichkeiten für den Erwerb der Pflichtinhalte sowie für Wahlgebiete zum Erwerb zusätzlicher Kenntnisse und Fertigkeiten vorgesehen werden. Dabei ist auch auf eine tarifgerechte Vergütung zu achten. Für solche Stellen können die Ärztekammern Verbundweiterbildungsbefugnisse erteilen.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert ausdrücklich die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. zur Mitwirkung auf.

Die Einrichtung von "Clearingstellen" bei den Ärztekammern, um die zur Verfügung stehenden Fördermittel (Initiativprogramm Allgemeinmedizin) besser und gezielter ausnutzen zu können, wird vom Deutschen Ärztetag befürwortet.

8. Weiterbildungsverbände zur Sicherung der Hausärztlichen Weiterbildung

Der Antrag von Herrn K. Schäfer (Drucksache IV-08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

1. Um die Weiterbildung von Hausärzten gemäß der neuen Weiterbildungsordnung zu sichern, die Attraktivität einer Weiterbildung zum Hausarzt zu erhöhen und mittelfristig die qualifizierte hausärztliche Versorgung zu sichern, fordert der 110. Deutsche Ärztetag den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln für die flächendeckende Initiierung von Weiterbildungsverbänden für Hausärzte in Deutschland einzusetzen und deren langfristiges Betreiben zu unterstützen.
2. Dies soll geschehen insbesondere durch:
 - Aktive Kontaktaufnahme zu den Landesärztekammern, den Aufsichtsbehörden, den Krankenhausgesellschaften, den Klinikbetreibern und den Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Ziel, Rotationsstellen für stationäre/ambulante Verbundweiterbildungsstellen für Hausärzte bereitzustellen,
 - Entwicklung eines Rahmenabkommens in Abstimmung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, das Qualität, Quantität und Finanzierung von Verbundweiterbildungsstellen im vertragsärztlichen Bereich regelt und die Vertragsbeziehungen zwischen Weiterbildungsassistenten, Weiterbildungsstätten und den Vergabeorganen der Fördermittel des Initiativprogramms (Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Vereinigungen) strukturiert,
 - Evaluation der Qualität und des Ablaufes der einzelnen Weiterbildungsgänge in den beteiligten Weiterbildungsstätten, unter anderem, um eine Zweckentfremdung der Fördermittel des Initiativprogramms Allgemeinmedizin auszuschließen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird dem Deutschen Ärztetag regelmäßig über seine Aktivitäten berichten.

9. Förderung der hausärztlichen Versorgung

Der Antrag von Dr. Schimanke und Dr. Crusius (Drucksache IV-09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zur Absicherung einer in weiten Teilen wegbrechenden hausärztlichen Versorgung ist der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin höchste Priorität einzuräumen. Dazu gehört eine mindestens gleichwertige Bezahlung während der stationären und ambulanten Weiterbildung im Vergleich zu Weiterbildungsassistenten in anderen klinischen Fächern. Die Förderhöhe von 2.040 EUR ist daher umgehend aufzustocken.

Zur Absicherung der vorgeschriebenen stationären Weiterbildung sind an den entsprechenden Kliniken Rotationsstellen ausschließlich für Weiterbildungsassistenten für Innere und Allgemeinmedizin einzurichten. Eine Fremdbesetzung mit anderen Fachrichtungen ist nicht zulässig. Die Rotationsstellen sind im Landeskrankenhaus-

plan auszuweisen. Die Anzahl dieser Rotationsstellen muss mindestens die zugewiesenen förderungsfähigen Weiterbildungsstellen abdecken.

Der Weiterbildungsgang zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin ist gemeinsam von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung in zeitlicher Abfolge zu organisieren und als Paket dem weiterbildungswilligen Assistenten anzubieten. Damit wird eine zeitlich lückenlose Weiterbildung, ähnlich wie in den anderen klinischen Fächern, garantiert.

Begründung:

Nach den Erfahrungen in den letzten Jahren ist der Zugang zur Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin durch die o. a. Gründe erheblich erschwert. Das führt in ganz Deutschland, insbesondere aber im Osten, zu einem erheblichen Mangel an Hausärzten, so dass eine flächendeckende Versorgung kaum noch möglich ist. Mit den o. a. Maßnahmen werden die Grundlagen für die dringend notwendige Nachwuchsförderung in der hausärztlichen Tätigkeit geschaffen. Eine zeitliche Verzögerung bei der Umsetzung dieser Maßnahmen ist nicht mehr hinzunehmen.

10. Innere und Allgemeinmedizin als gesundheitspolitische Gemeinschaftsaufgabe

Auf Antrag von Dr. Emminger, Frau Dr. Lux, Dr. Römer, Dr. Fabian, Dr. Fach und Dr. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache IV-11) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbände der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin, die Krankenhausträger und Weiterbildungsgremien und die jeweils ermächtigten Weiterbildungsbefugten auf, die Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin als gesundheitspolitische Gemeinschaftsaufgabe anzunehmen und diese Weiterbildung so zu gestalten, dass sie für die Kolleginnen und Kollegen zu einer attraktiven Alternative wird.

11. Befristung von Arbeitsverträgen in der Weiterbildung Innere und Allgemeinmedizin

Der Antrag von Dr. Emminger, Frau Dr. Lux, Dr. von Römer, Dr. Baumgarten, Dr. Fabian, Dr. Fach und Dr. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache IV-10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 fordert die Klinikarbeitgeber und Weiterbildungsbefugten auf, für die Kolleginnen und Kollegen, die eine Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin anstreben, eine curriculare Weiterbildung dadurch zu ermöglichen, dass diesen Kollegen Arbeitsverträge angeboten werden, die wenigstens auf drei Jahre befristet sind.

12. Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV-03) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 07. 09.2005 muss bis zum Oktober 2007 in die jeweils landesrechtlichen Bestimmungen der EU-Staaten umgesetzt werden.

Die gemäß Anlage 3 vorgelegten Änderungen sollen in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aufgenommen und von den (Landes-)Ärztekammern übernommen werden.

Zu Punkt V der Tagesordnung:

TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

Forschung

1. Berichterstattung über die Förderinitiative Versorgungsforschung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-01) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag nimmt den Zwischenbericht des Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zum Stand der Förderinitiative zur Versorgungsforschung zur Kenntnis. Er begrüßt den durchführungsadäquaten Fortschritt der Förderinitiative und spricht sich für deren zügige weitere Umsetzung aus.

Im Interesse einer zeitgerechten Ausfüllung der Laufzeit der Förderinitiative und um baldmöglichst über weitere wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zur Unterstützung der berufspolitischen Arbeit der verfassten Ärzteschaft zu verfügen, soll eine zweite Ausschreibung im Herbst 2007 erfolgen.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt in diesem Zusammenhang die vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegte thematische Rahmenorientierung "Eingrenzung von Themenfeldern für die 2. Förderphase" (siehe Anlage 4).

Auf dieser Basis können dann die Fragestellungen für die Ausschreibung der zweiten Förderphase (Förderung von Projekten bis Ende 2010) weiter konkretisiert werden.

2. Expertisen-Auftrag

Auf Antrag von Dr. Joas, Dr. H.-J. Lutz, Dr. Fresenius, Dr. Munte, Dr. Kaplan, Dr. Schwarzkopf-Steinhauser, Dr. Krombholz und Prof. Dr. Kunze (Drucksache V-16) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages beauftragen den Vorstand der Bundesärztekammer, zusammen mit der Ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung (SKV) eine Expertise (Typ-III-Projekte) vorzubereiten und beim nächsten DÄT vorzustellen.

Inhalt:

1. Gibt es Einflüsse der Auftraggeber (Drittmittelgeber) auf die wissenschaftlichen Ergebnisse von Arzneimittelstudien?
2. Haben diese möglichen Einflüsse Auswirkungen auf die Inhalte der Leitlinien und die dortigen Arzneimittelempfehlungen?
3. Welche Alternativen gibt es zur derzeitigen Forschungsförderung durch die pharmazeutische Industrie?

Begründung:

Über die letzten 30 Jahre lässt sich ein kontinuierliches Absinken der Ausgaben für den ambulanten Sektor nachweisen bei gleichzeitigem Ansteigen der Arzneimittelausgaben. Durch die gesundheitspolitische Vorgabe der Budgetierung besteht hierin ein kausaler Zusammenhang. Arzneimittelstudien werden derzeit vorwiegend mit Drittmittelförderung der Pharma-Industrie durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studien fließen mit Therapieempfehlungen direkt ein in verbindliche Leitlinien. Am Beispiel der britischen AD2000-Studie zur Langzeitbehandlung bei Demenz mit Donepezil (Aricept), Lancet 2004, können völlig widersprüchliche Ergebnisse zu denen der Industrieforschung belegt werden. Denn der Erhalt der Alltagskompetenz konnte in der AD2000 Studie nicht nachgewiesen werden. Die Tragweite dieser wissenschaftlichen Aussage wird durch eine kleine Kalkulation deutlich: Wenn in der BRD alle 2 Millionen Demenzerkrankten täglich Donepezil 10 mg erhalten, so müssten wir dafür jährlich 3 Milliarden Euro ausgeben (4,2 € x 365 x 2.000.000).

3. Versorgungsforschung

Auf Antrag von Dr. Windau (Drucksache V-26) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, die Arbeits- und Lebensbedingungen der Ärzte in der Versorgungsforschung als Kriterium aufzunehmen.

Begründung:

Die Krankenhauslandschaft und die vertragsärztliche Versorgung sind enormen Veränderungen unterworfen. Im ambulanten wie im stationären Sektor kommt es durch die stetige Bürokratisierung und zunehmenden ökonomischen Druck zu erheblichen zusätzlichen Belastungen der Ärzte. Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit unterliegen einem stetigen Veränderungsprozess. Die Ärzte sind dadurch oft an der Grenze der psychischen und physischen Belastbarkeit.

Derzeit existieren aber keinerlei belastbare Daten zum Gesundheitszustand und zur Berufszufriedenheit dieser Berufsgruppe. Aus diesem Grund bedarf es einer Versorgungsforschung unter Einbeziehung des so genannten physician factors.

4. Elektronische Dokumentation als Basis für Versorgungsforschung

Auf Antrag von Dr. Munte, Dr. von Römer, Dr. Eyrich und Dr. Reising (Drucksache V-19) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Delegierten des Deutschen Ärztetags bitten den Vorstand der Bundesärztekammer, im Rahmen seiner Förderinitiative zur Versorgungsforschung zu berücksichtigen, dass die elektronische Dokumentation der ärztlichen Leistungen eine zwingende Voraussetzung für eine qualifizierte Versorgungsforschung ist.

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages fordern die Vertreter der Krankenkassen auf, den mit einer umfassenden, strukturierten und validierbaren elektronischen Dokumentation verbundenen Mehraufwand angemessen zu vergüten.

Begründung:

Das zum 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist von Wettbewerbsgedanken geprägt, von denen sowohl die ärztlichen Leistungserbringer als auch die Krankenkassen als Kostenträger betroffen sind. Es ist absehbar, dass im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungserbringung verstärkt Transparenz eingefordert werden wird. Eine qualifizierte Versorgungsforschung wird zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Für eine qualitativ hochwertige Versorgungsforschung ist eine umfassende, strukturierte und validierbare elektronische Dokumentation unverzichtbare Basis. Die mit der qualifizierten Versorgungsforschung geschaffene Transparenz stellt für Krankenkassen nicht nur einen Wettbewerbsvorteil dar, sie ermöglicht auch neue Analysemöglichkeiten hinsichtlich der Versichertenstruktur. Für die Ärzte bedeutet dies zunächst einen Mehraufwand, der zusätzlich zu ihrer Kernaufgabe – der Patientenversorgung – zu leisten ist. Die Krankenkassen sind daher aufgefordert, sich an diesem Mehraufwand, der im ambulanten wie im stationären Bereich entsteht, finanziell zu beteiligen.

5. Forschung und Universitäten in Deutschland – Rolle der Ärzte als Tagesordnungspunkt auf dem 111. Deutschen Ärztetag

Der Antrag von PD Dr. Lindhorst (Drucksache V-70) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 111. Deutsche Ärztetag soll sich mit dem Thema "Forschung und Universitäten in Deutschland – Rolle der Ärzte" befassen.

Begründung:

Deutschland ist weiterhin nicht ausreichend für einen dynamisch wachsenden Gesundheitsmarkt positioniert.

Seit Jahren fehlt eine klare Stellungnahme der verfassten deutschen Ärzteschaft zu den bedrohlichen Entwicklungen (Privatisierung, Reduzierung der Kapazitäten von Universitätskliniken, schwierige Vereinbarkeit von klinischer und Forschungstätigkeit etc.). Entwicklungszyklen haben ihre Auswirkung aber erst in 10 - 20 Jahren, wir erleben jetzt die Folgen der Fehlsteuerung der 80er und 90er Jahre des letzten Jahrhunderts.

6. Medizinische Forschung

Auf Antrag von Dr. Josten, Dr. Hülskamp, Dr. Bicker und Dr. Lange (Drucksache V-78) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Medizinische Forschung in Deutschland ist Voraussetzung für den Bestand des Gesundheitsstandortes Deutschland.

Diese Forschung ist Gruppenarbeit von Ärztinnen und Ärzten sowie Vertretern weiterer naturwissenschaftlicher Disziplinen.

Diese Forschung stellt keine Freizeitbetätigung dar. Diese ist professionelle Kompetenz auf hohem Niveau. Nachhaltige Verbesserung schwerer, insbesondere chronischer Erkrankungen, wie z. B. der Demenz, wird nur dann möglich sein, wenn es gelingt, ärztliche Forscher, Frauen und Männer, für diese Arbeit zu gewinnen und in der Fortsetzung ihrer Arbeit in Deutschland zu unterstützen.

Die finanzielle Benachteiligung von ärztlichen Forschern gegenüber der freien Wirtschaft und vergleichbarer Positionen im Ausland muss beendet werden.

Wie auch im Sport ist Exzellenz in der medizinischen Forschung nur durch Förderung insbesondere auch des Nachwuchses nachhaltig sicher zu stellen.

Telematik

1. Die Einführung des elektronischen Arztausweises wird begrüÙt

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-02) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt die Einführung des elektronischen Arztausweises und unterstützt das Engagement der Ärztekammern zum Angebot eines sicheren Heilberufsausweises durch die ärztliche Selbstverwaltung.

Die elektronische Kommunikation wird auch im Gesundheitswesen in absehbarer Zeit zu einer selbstverständlichen Form der Kommunikation werden. Daher ist es wichtig, der Ärzteschaft die sichere Kommunikation untereinander und mit anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Dieses Ziel soll durch die Einführung eines elektronischen Arztausweises erreicht werden.

Der elektronische Arztausweis ermöglicht zukünftig den Ärzten, sich gegenüber der Telematikplattform und anderen Computersystemen auszuweisen (Authentifikation). Außerdem können mit ihm elektronische Dokumente rechtsgültig unterschrieben (signiert) sowie für den elektronischen Versand sicher ver- und entschlüsselt werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Industrie und die staatlichen Genehmigungsbehörden (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und Bundesnetzagentur) auf, elektronische Arztausweise auf Basis der von den Leistungsträgern im Gesundheitswesen entwickelten technischen Spezifikation für rechtsgültige elektronische ("qualifizierte") Signaturen bereitzustellen und freizugeben.

2. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Auf Antrag von Prof. Dr. Kahlke, Frau Dr. Lutz, Frau Dr. Ende, Dr. Scheffzek und Dr. Brunngraber (Drucksache V-35) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Viele Ärztliche Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigungen und Landesärztekammern haben sich mit der geplanten Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und den Auswirkungen auf die Grundlagen der ärztlichen Berufsausübung und auf das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten befasst. Die zahlreichen Gründe für eine zunehmende Ablehnung der eGK aus der Ärzteschaft kann von den Initiatoren dieses Vorhabens in Politik und Wirtschaft nicht einfach ignoriert werden.

Den Ärztinnen und Ärzten geht es bei ihrem Widerstand gegen die Einführung der eGK nicht um materielle Interessen, sondern um die Sicherung ihres ärztlichen Entscheidens und Handelns in einem von Vertrauen geprägten Verhältnis zu ihren Patientinnen und Patienten.

Vor diesem Hintergrund fasst der 110. Deutsche Ärztetag den folgenden Beschluss:

Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sollen die Weichen für eine grundlegende Modernisierung der Kommunikation im Gesundheitswesen gestellt werden. Diese politisch gewollte Maßnahme ist in vielen ihrer Konsequenzen bis heute unklar und hätte gravierende Auswirkungen, weil

- das Arzt-Patienten-Verhältnis durch die Speicherung sensibler Patientendaten in zentralen Rechnern schwer beschädigt oder sogar zerstört wird;
- die Patienten mit Hilfe des elektronischen Rezeptes in Risikoklassen eingeteilt werden können, die ihnen womöglich ein ganzes Leben lang anhaften und sie bei der Erlangung von Versicherungsverhältnissen benachteiligen;
- der Zugriff auf die Daten und deren Missbrauch durch Dritte nicht sicher zu verhindern sind;
- es keinen belegbaren medizinischen Nutzen gibt;
- die Handhabung unserer Praxisabläufe erheblich behindert wird;
- die Kosten dieser milliardenschweren Entwicklung auf Patienten und Ärzte abgewälzt werden.

Im Interesse eines verantwortungsbewussten ärztlichen Entscheidens und Handelns für die Patientinnen und Patienten und zum Schutz ihrer Daten lehnt der 110. Deutsche Ärztetag die Einführung einer Elektronischen Gesundheitskarte in der bisher vorgestellten Form ab und fordert die Einrichtung eines Tagesordnungspunktes auf dem 111. Deutschen Ärztetag, um die Einflüsse der Telematik auf unsere ärztliche Berufstätigkeit zu behandeln.

3. Das Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" (eGK) braucht einen kompletten Neustart

Auf Antrag von Frau A. Haus und Herrn F. Stagge (Drucksache V-65) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung der Gesundheitskarte in der derzeit geplanten Form ab. Er fordert die Politik auf, das Projekt unter Beachtung der Bedingungen der Ärzteschaft völlig neu zu konzipieren.

Begründung:

Eine Elektronische Gesundheitskarte (eGK) kann für die deutsche Ärzteschaft nur unter folgenden Bedingungen akzeptabel sein:

- Sie muss von Anfang an wirklichen medizinischen Nutzen haben und darf die Handlungsabläufe in Klinik und Praxis nicht verkomplizieren. Weder Ärzte noch Patienten haben etwas von einer E-Card, die im Gegensatz zu den vollmundigen Ankündigungen vorerst keine Speicherfunktion für Untersuchungsergebnisse und Krankengeschichte hat. Ebenso wenig helfen Sicherungsprozesse, deren Anwendungen alle Einsparungen an Bürokratie wieder wettmachen.
- Die Datenhoheit des Patienten muss unter allen Umständen unantastbar bleiben, nicht nur rechtlich, sondern auch physisch.
Ein zentralserverbasiertes System, wie das geplante, weckt viele Begehrlichkeiten.
Selbst wenn es möglich wäre, es vor dem Zugriff Unbefugter effektiv zu schützen, was zumindest zur Zeit noch ein völlig ungelöstes Problem darstellt, ist auch die Möglichkeit nachträglich legalisierter Zugriffe für die Ärzteschaft inakzeptabel. Wir haben keine Garantie, dass nicht z. B. zukünftig Kassen zum gezielten "Management" ihrer Mitglieder Zugang zu deren intimen Daten erhalten. Es ist dem Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zuzumuten, bereits heute Daten zu sammeln, die später so missbraucht werden können.
- Die Einführung muss für Praxen und Krankenhäuser kostenneutral erfolgen.
Die Höhe der durch die Gesundheitskarte zu erzielenden Kostenersparnis ist derzeit kaum berechenbar. Die Gematik geht von einer positiven Bilanz erst in einer Zehn-Jahres-Betrachtung aus. Selbst dann werden die Einsparungen voraussichtlich zum allergrößten Teil den Krankenkassen zugute kommen, während ein Großteil der Gestehungs- und Betriebskosten des Systems den Ärzten überlassen bleiben soll. Diese haben auch nach zehn Jahren nach derselben Prognose keine Chancen auf eine positive Kostenbilanz, sondern einen Verlust im Milliardenbereich. Es gibt keinen Grund für diese Umverteilung zu Lasten der Ärzte. Sie werden sich nicht zwingen lassen, Geld für etwas auszugeben, das anderen Profit bringt.

Solange nicht alle diese Kriterien ohne wenn und aber erfüllt sind – und derzeit liegt die Nichterfüllung bereits im gesamten Konzept begründet – kann die Elektronische Gesundheitskarte keine Zustimmung der Ärzteschaft finden.

4. Elektronische Gesundheitskarte – Wissenschaftliche Begründung für die Einführung der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS)

Auf Antrag von Frau Dr. Groß M. A., Dr. Lange, Dr. Köhne und Dr. Josten (Drucksache V-81) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) sowie die Bundesärztekammer auf, zu den immer wieder publizierten Daten über die Todesfallzahlen durch Arzneimittelunverträglichkeiten Stellung zu nehmen. Insbesondere muss der zeitliche Bezug und die Herkunft der Studie und die daraus erfolgende Ermittlung der Zahlen für Deutschland klargestellt werden. Die AKdÄ wird aufgefordert, Ergebnisse aus validen Studien zur Verfügung zu stellen.

5. Tagesordnungspunkt auf dem kommenden Deutschen Ärztetag: Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Arzt-Patient-Verhältnis

Auf Antrag von Dr. Windhorst, PD Dr. Scholz, Dr. Rudolph, PD Dr. Benninger, Dr. Bicker und Herrn M. Erbe (Drucksache V-110) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer soll auf dem kommenden Deutschen Ärztetag einen eigenen Tagesordnungspunkt zum Thema "Auswirkungen der Telematik und elektronischen Kommunikation auf das Arzt-Patient-Verhältnis" benennen.

Begründung:

Alleine die Vielzahl der Anträge der letzten Deutschen Ärztetage, aber auch die Vielschichtigkeit der Wirkungen von Telematik, rechtfertigen für sich schon einen eigenen Tagesordnungspunkt. Nicht nur die Beleuchtung der unterschiedlichen Aspekte können als eigener Tagesordnungspunkt auf einem Ärztetag zusammenhängend dargestellt werden, wie die technischen Gesichtspunkte, sondern auch die konkreten Auswirkungen im Arztalltag, sei es nun im Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen oder im Krankenhaus angestellten.

6. Elektronische Gesundheitskarte – Datensicherheit

Auf Antrag von Dr. Dreyer, Dr. Berson und Dr. Schäfer (Drucksache V-112) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zur Wahrung der Unabhängigkeit ist zu fordern, dass die Elektronische Gesundheitskarte plattformunabhängig auf allen gängigen Betriebssystemen zu verwenden sein muss.

Im Rahmen der geplanten Vorratsdatenspeicherung sowie geheimen Datenzugriffsversuchen, z. B. durch den Bundestrojaner, ist auf den Ausschluss ärztlicher EDV-Systeme zu achten.

Krankenhaus

1. Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab dem Jahr 2009

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-05) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Im Hinblick auf die bereits begonnene und Ende 2007 in die entscheidende Phase eintretende Debatte um die Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab dem Jahr 2009 vertritt der 110. Deutsche Ärztetag folgende Positionen mit dem Ziel der Wahrung ärztlicher Interessen in diesem umfassenden und vielschichtigen Neuordnungsprozess:

1. Die Gewährleistung einer wohnort- und zeitnahen leistungsfähigen Krankenhausversorgung im Sinne der Daseinsvorsorge muss weiterhin eine unverzichtbare öffentliche Aufgabe bleiben.
2. Hieraus folgernd muss die Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrages und der Gewährleistungsverpflichtung bei den Bundesländern verbleiben.

3. Die Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt – entsprechend der verfassungsrechtlichen Festlegung – weiterhin bei den Bundesländern. Eine Beschleunigung und Entbürokratisierung der bisher häufig schwerfälligen Planungsprozesse ist allerdings unabdingbar.
4. Die in einigen Bundesländern bereits eingeleitete Neuausrichtung der Krankenhausplanung von der bislang vor allem bettenzentrierten Planung auf eine stärker leistungsbezogene Rahmenplanung mit der jeweiligen Möglichkeit der Anpassung an landesspezifische Besonderheiten und Erfordernisse wird befürwortet. Hierfür ist jedoch die Einbeziehung der Ärztekammern in die jeweiligen Planungsprozesse als „unmittelbar Beteiligte“ mit Strukturverantwortung notwendig sowie die Gewährleistung einer adäquaten und regionalen angepassten medizinischen Versorgung vor Ort erforderlich.
5. Bei der derzeit völlig unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer muss verstärkt das Augenmerk darauf gerichtet werden, wie sich festzustellende Ungerechtigkeiten der Einzelförderung vermeiden lassen. Die Ärzteschaft regt eine zeitnahe wissenschaftliche Untersuchung zu den finanziellen und den bürokratischen Konsequenzen der derzeitigen Systematik der Einzelförderung von Investitionen an. Unabhängig von der möglichen zukünftigen Ausrichtung der Investitionskostenfinanzierung auf ein monistisches System oder der Beibehaltung bzw. Modifizierung des dualen Systems bleibt jedoch bei beiden Formen das Grundproblem der deutlich zu geringen Mittelbereitstellung und des dadurch bedingten Investitionsstaus. Sowohl die bisherige duale als auch eine monistische Finanzierung sind nur dann eine tragende Grundlage, wenn sie mit den erforderlichen Finanzmitteln ausgestattet sind.
6. Die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems mit dem Ziel der Transparenz, der Qualitätssicherung sowie der Steigerung des Wettbewerbs darf nicht zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges der gesetzlichen Krankenkassen mit den im Plan aufgenommenen Krankenhäusern führen.
7. Im Hinblick auf die weitere Ausgestaltung des G-DRG-Fallpauschalensystems nach Abschluss der Konvergenzphase wird eine zeitnahe Auswertung der bisherigen Erfahrungen seit Einführung des neuen Vergütungssystems empfohlen. Dies gilt insbesondere für die Frage der Ausrichtung auf ein Fest- oder Höchstpreissystem sowie auf einen möglicherweise bundesweiten Basisfallwert statt unterschiedlicher landesweiter Basisfallwerte.
8. Spätestens mit dem Ende der Konvergenzphase zum 01.01.2009 muss die Abschaffung der Grundlohndeckelung der Krankenhausbudgets erfolgen. Bei mehr oder weniger Leistungen müssen für die Krankenhäuser in einem leistungsorientierten Vergütungssystem auch volle Mehr- oder Mindererlöse möglich sein. Unabhängig davon müssen die Ergebnisse von Tarifabschlüssen unmittelbar in die Vergütungen der Krankenhäuser einfließen.
9. Die Neuausrichtung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009 darf nicht zu einer Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit führen. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung vor Ort darf angesichts des steigenden Bedarfs nicht gefährdet werden. Ebenso muss die Verantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen gewahrt bleiben.
10. Die Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für die weitere Ausgestaltung und Nutzung des G-DRG-Fallpauschalensystems darf nicht zu einer Gefähr-

derung des einzigen sektorübergreifenden Vergütungssystems für ärztliche Leistungen führen. Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bleibt ein unverzichtbares Vergütungsinstrument für die ärztlichen Wahlleistungen und damit für die Mitarbeiterbeteiligungen im Krankenhaus.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die politischen Entscheidungsträger in Bund und Ländern, diese Positionen und Vorschläge im Rahmen des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens zu berücksichtigen, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, den Krankenhäusern und den in ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzten bei der zukünftigen Krankenhausplanung und –finanzierung eine verlässliche Basis zu schaffen.

2. Kliniken sind keine Warenhäuser

Auf Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser, Frau Dr. C. Lutz und Dr. Pickerodt (Drucksache V-18) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Kliniken sind keine Warenhäuser

Seit Jahren sieht der Deutsche Ärztetag mit großer Sorge die Entwicklung in den deutschen Krankenhäusern. Der Wettbewerb untereinander und die Positionierung in einem Anbietermarkt führen zu zunehmenden Verschlechterungen sowohl für die Patienten als auch für die Beschäftigten in den Krankenhäusern und nicht zu einer besseren Gesundheit.

- Der Wettbewerb um die niedrigsten Kosten führt bei steigenden Fallzahlen, verkürzter Liegedauer und sinkenden Beschäftigungszahlen zu einer Arbeitsverdichtung und erhöhter Ausbeutung der Arbeitskraft der Beschäftigten im Krankenhaus.
- Die notwendige Zuwendung für eine menschliche Patientenversorgung und die Umsetzung von geforderten Standards, wie z. B. Hygienemaßnahmen können unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht immer gewährleistet werden.
- Die ständig zunehmende Bürokratie verhindert die Ausübung der eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten an und mit den Patienten.
- Die Finanzierung über Fallpauschalen stellt zudem für die Klinikbetreiber einen Anreiz dar, die ärztliche Weiterbildung einzuschränken.
- Das Fehlen einer angemessenen Bezahlung hat den zu beobachtenden Exodus von Ärztinnen und Ärzten ins Ausland zur Folge und demotiviert die Dagebliebenen. Diese Demotivierung wird durch eine Personalstruktur mit spitzer Hierarchiepyramide verstärkt, gegen die sich der Deutsche Ärztetag seit 1972 ausspricht.
- Durch "opt-out"-Regelungen werden für die Ärzte und Patienten positive Ansätze des Arbeitszeitgesetzes ausgehebelt.
- Unter den unternehmerischen Prinzipien von Effizienz und Profitmaximierung leiden nicht nur die Patienten, die keine Kunden, sondern auch die Beschäftigten, die keine Anbieter auf dem Warenmarkt sind.

- Gesunde Bilanzen der Klinikbetreiber führen nicht zu einer gesunden Population.

Zuwendung zu den Patienten muss wieder im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus stehen.

3. Ordnungsgemäße ärztliche Strukturen in Kliniken beibehalten

Auf Antrag von Herrn R. Henke, Dr. Montgomery, Dr. Mitrenga, Frau Dr. Gitter, Dr. Wolter, Dr. Emminger und Dr. Ungemach (Drucksache V-32) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag kritisiert diejenigen öffentlichen Arbeitgeber, die die ordnungsgemäÙe Eingruppierung von Ärztinnen und Ärzten, insbesondere von Oberärzten, nach wie vor verweigern und damit den Arbeitsfrieden in Kliniken belasten. Diese Arbeitgeber gefährden damit aber auch die Weiterbildung der nachfolgenden Ärztegenerationen.

Die Eingruppierungsrichtlinien besagen klar, dass unter anderem Ärzte, denen die medizinische Verantwortung in Teilbereichen übertragen worden ist, als Oberärzte gelten. Dazu muss nach Auffassung des Deutschen Ärztetages auch die Anleitung der sich in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Weiterbildungsbefugnis des Abteilungs-/Klinikleiters gezählt werden. Wenn nunmehr durch Arbeitgeber bestritten wird, dass Oberärzten diese Funktion übertragen worden ist, um das Krankenhaus quasi zur "oberarztfreien Zone" zu erklären, gefährden die betreffenden Krankenhäuser sowohl die Weiterbildungsermächtigung des Abteilungs-/Klinikleiters und gegebenenfalls ihre Zulassung als Weiterbildungsstätte. Nur in einer ordnungsgemäÙ strukturierten und kollegial geführten Abteilung/Klinik ist die Weiterbildung der nachfolgenden Ärztegenerationen reibungslos und wirtschaftlich umsetzbar.

4. Auswirkung der Diagnosis Related Groups (DRG)

Auf Antrag von Dr. Windau (Drucksache V-59) unter Berücksichtigung des Änderungsantrages von Dr. Köhne (Drucksache V-59a) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Patient und die medizinische Qualität der Behandlung müssen auch nach der DRG-Reform trotz aller betriebswirtschaftlichen Erwägungen im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit stehen.

Begründung:

Die Krankenhausfinanzierung wird bis 2009 von der pflegetagorientierten Bezahlung auf eine leistungsbezogene Vergütung umgestellt. Es erfolgt eine gigantische Umverteilung von ca. 60 Milliarden Euro unter den 2.100 Krankenhäusern Deutschlands. Die Funktion des Arztes erfährt hierdurch eine dramatische Änderung, indem er aktiv in die "Krankenhausökonomie" einbezogen wird. Der Arzt als Vertrauensperson und Interessenwahrer der Patienten sieht sich dabei massiven Konflikten ausgesetzt. Unter dem schonungslosen Diktat der Ökonomie ist es aber auch weiterhin seine Aufgabe, Räume für Zuwendung, Barmherzigkeit und Patientenorientierung zu bewahren.

Auch wenn der Arzt in seiner zentralen Rolle in der Patientenbehandlung insgesamt die Klinikmedizin finanzierbar erhalten muss, muss er auch ökonomische Aspekte

berücksichtigen können, die unter kommerziellen Gesichtspunkten unerwünscht sind. Dies gilt insbesondere auch für "unwirtschaftliche" Therapien. Nur so bleibt dem "unrentablen" Patienten im Arzt ein Anwalt seiner Interessen, seine Vertrauensperson und damit potentiell auch seine Sicherheit im Krankenhaus erhalten.

5. Finanzierung ärztlicher Fort- und Weiterbildung

Auf Antrag von Prof. Dr. Knichwitz (Drucksache V-88) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, verbindliche Regelungen zu schaffen, die zusätzliche finanzielle Mittel für die ärztliche Fort- und Weiterbildung freistellen.

Begründung:

Die Kosten für die ärztliche Fort- und Weiterbildung sind in dem neuen Fallpauschalensystem (DRG – Diagnosis Related Groups) nicht berücksichtigt. Zusätzlich fordern Politik und Krankenkassen eine verbindlichere Qualitätssicherung und haben eine verpflichtende Fortbildung von Fachärzten mit Nachweis eines Fortbildungszertifikates im Zeitraum von fünf Jahren beschlossen. In anderen Ländern ist das Problem bereits erkannt. So werden beispielsweise in den USA und Spanien die Kosten für die Weiterbildung vollständig vom Staat übernommen, in Belgien gibt es entsprechende Zuschüsse durch die Krankenkassen.

Prävention

1. Prävention stärken

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-06) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

1. Chronische Erkrankungen nehmen zu, Gesundheitskosten steigen - daher muss Prävention in unserem Gesundheitswesen und in unserer Gesellschaft eine deutliche Aufwertung erfahren.

Chronische Erkrankungen nehmen in unserer Bevölkerung zu. Dies ist verbunden mit steigenden Belastungen des Gesundheitswesens sowie einem Verlust an individueller Lebensqualität.

Die den meisten chronischen Erkrankungen zugrunde liegenden Faktoren lassen sich gut identifizieren und frühzeitig beeinflussen. Ärzte leisten in ihrer tagtäglichen Arbeit durch die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen (Gesundheitsförderung), die Aufklärung über gesundheitliche Risiken (Primärprävention), die Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention) und die Verhinderung von Rezidiven (Tertiärprävention) einen wichtigen Beitrag zur Prävention. Darüber hinaus bedarf es aber auch verstärkter gesellschaftlicher Anstrengungen, um krankmachende Faktoren zurückzudrängen und der Prävention insgesamt zu einem größeren Stellenwert zu verhelfen.

2. Bei einer wachsenden Lebenserwartung der Bevölkerung besitzt Prävention das Potenzial, frühe Sterblichkeit zu verringern und Lebensqualität bis ins hohe Alter zu verbessern. Gesundheitliche Chancen sind in der Bevölkerung jedoch nicht gleich verteilt. Deshalb sind Ärzte für die Gesundheitsförderung und Prä-

vention von besonderer Bedeutung, da sie allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zur Verfügung stehen.

In den letzten 30 Jahren hat sich die Lebenserwartung im Durchschnitt um etwa 7 Jahre erhöht. Dieser Zugewinn ist innerhalb der Gesellschaft sehr unterschiedlich verteilt. Durch eine zielgruppengerechte Ausrichtung der Prävention auf gesundheitlich besonders belastete Bevölkerungsgruppen sollte sich die ungleiche Verteilung dieses Zugewinns verringern und die Lebenserwartung in der Gesellschaft insgesamt weiter steigern lassen.

Quantitativer Zugewinn an Lebenszeit muss aber auch mit einem Zugewinn an Lebensqualität einhergehen. Schließlich steigt mit der längeren Lebenserwartung die Wahrscheinlichkeit, chronisch zu erkranken und dadurch Lebensqualität zu verlieren.

Es ist sicherzustellen, dass alle Bürger im gleichen Maße Zugang zu wissenschaftlich gesicherten und qualitätsgeprüften Präventionsmaßnahmen haben. Die Ärzteschaft leistet hierzu einen wichtigen Beitrag. Schließlich haben sie durch ihre bevölkerungsgruppenübergreifende Erreichbarkeit besonders gute Möglichkeiten, den einzelnen zu motivieren und seine Zugangschancen zu präventiven Maßnahmen zu verbessern.

3. Prävention ist keine neue Herausforderung der heutigen Zeit, sondern war immer schon Bestandteil menschlicher Lebensgestaltung. Ärzte haben in allen Epochen wesentliche Beiträge zu ihrer Weiterentwicklung geleistet.

Die Bewahrung der Gesundheit und die Abwendung von Krankheit war in allen Epochen und Kulturen ein zentrales menschliches Anliegen. Präventive Strategien setzten sowohl am Individuum, am krankmachenden Agens als auch an natürlichen und gesellschaftlichen Umweltfaktoren an. Dabei unterlagen die Arten gesundheitlicher Gefährdungen und die Antworten auf sie einem ständigen Wandel. Ärzte haben in allen Epochen wichtige Beiträge bei der Entdeckung von Krankheitsursachen und ihrer Eindämmung geleistet. Durch die genaue Beobachtung von Krankheitsverläufen haben Ärzte immer wieder wichtige Erkenntnisse zur Entstehung und Verhütung von Krankheiten beigetragen. Die ärztliche Berufsordnung, die Sozialversicherungsgesetze aber auch Resolutionen der WHO, des Weltärztebundes (WMA) und der Ständigen Kommission der europäischen Ärzteschaft (CPME) ¹ betonen die Bedeutung der Ärzteschaft in Gesundheitsförderung und Prävention.

4. Prävention ist ein originär ärztliches Aufgabengebiet. Mit den veränderten Anforderungen an die Prävention haben sich auch die Handlungsfelder in der Prävention gewandelt. Dies muss sich sowohl in der Qualifizierung als auch in der Honorierung von Ärzten abbilden.

Prävention ist integraler Bestandteil ärztlichen Tuns. Sie lässt sich nicht von der Patientenbetreuung abkoppeln, die Grenzen zwischen der Therapie von Krankheiten, der Behandlung von Frühsymptomen und der Gesundheitsberatung sind fließend. Impfen, die Seuchenprophylaxe, die Früherkennung von Krankheiten

¹ Muster-Berufsordnung §2;

SGB V §73;

Ottawa-Charta der WHO - 1986

WMA: Erklärung über Ärzte und öffentliche Gesundheit - Okt. 2006;

CPME: Declaration on preventive medicine - (CP 1984 41) - 1984

und die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen sowie die Begleitung Schwangerer sind traditionelle Präventionsaufgaben.

Während früher die Verhütung ansteckender Krankheiten im Vordergrund stand, so gewinnt heute die Einflussnahme auf krankmachende Lebens- und Arbeitsbedingungen, die Aufklärung über Krankheitsrisiken und die Beratung zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen in der Prävention an Bedeutung. Deshalb bedarf es in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung einer Stärkung ärztlicher Beratungskompetenzen.

5. Prävention kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie individuell als Chance zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität wahrgenommen und durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen gestärkt und unterstützt wird. Durch ärztliche Information und Unterstützung wird die individuelle Handlungskompetenz in der Prävention gestärkt. Letztlich muss dem einzelnen die Entscheidung über sein Gesundheitsverhalten im Sinne eines informierten Einverständnisses überlassen bleiben.

Was als der eigenen Gesundheit zuträgliches bzw. zumutbares Verhalten erachtet wird, unterliegt individuell unterschiedlichen Bewertungen und Abwägungen. Die Umsetzung eines als richtig erkannten Verhaltens hängt auch von persönlichen Erwartungen ab, die in fördernde oder hindernde Rahmenbedingungen der Lebens- und Arbeitswelt eingebunden sind.

Die ärztliche Verantwortung besteht insbesondere darin, die individuelle Handlungskompetenz durch Information und Angebote präventiver Maßnahmen zu verbessern. Ihre Wahrnehmung hingegen muss dem einzelnen im Sinne eines informierten Einverständnisses überlassen bleiben. Deshalb sind ärztlich unterstützte Malussysteme für nicht gesundheitskonformes Verhalten kontraproduktiv, durch sie würden Ärzte zu Kontrolleuren gesundheitsgerechten Verhaltens werden. Dies muss sich auf die Arzt-Patienten-Beziehung negativ auswirken.

6. Wirksame Prävention bedarf der engen Kooperation von Ärzten mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen im Umfeld des Patienten.

Ärztliche Interventionen in der Prävention haben vor allem dann Aussicht auf dauerhaften Erfolg, wenn sie vernetzt mit anderen relevanten Akteuren und Einrichtungen erfolgen. Sie müssen das private und berufliche Lebensumfeld des Patienten mit einbeziehen. Enge Kooperationsstrukturen mit anderen Berufsgruppen und im Praxisumfeld sind daher gerade in der Prävention von besonderer Bedeutung.

7. Die Weiterentwicklung der Prävention im Gesundheitswesen kann nicht ohne die Ärzteschaft erfolgen.

Ärzte sind tagtäglich in der Gesundheitsberatung und Krankheitsfrüherkennung aktiv. Diese Arbeit wird als selbstverständlich vorausgesetzt und findet somit in der Präventionsdebatte noch zu wenig Beachtung. Datenmaterial zu den Erfolgen ärztlicher Prävention ist bislang nur rudimentär vorhanden. Deshalb sind ausreichende Mittel für eine begleitende Qualitätssicherung und Evaluation bestehender Früherkennungsprogramme bereit zu stellen. Die bestehenden Vorsorgeprogramme im Rahmen der GKV und der arbeitsmedizinischen Versorgung müssen vor allem dort weiterentwickelt und ggf. ergänzt werden, wo der Nutzen für den Patienten wissenschaftlich erwiesen ist.

Präventionsbezogene Beratungs- und Betreuungsleistungen sind zu fördern und durch die kassenärztliche Honorarstruktur aufzuwerten.

Besondere Anstrengungen sind auf die Förderung und Stärkung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu legen.

Ärzte sind nicht nur in der täglichen Einzelberatung präventionsbezogen tätig. Viele von ihnen engagieren sich darüber hinaus in der Gesundheitsaufklärung in Kindergärten, Schulen, Betrieben und anderen gesellschaftlichen Einrichtungen. Auch für diese ärztlichen Aktivitäten müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden.

Die in den Gesundheitsämtern tätigen Ärzte leisten einen wichtigen Beitrag zum Erhalt und zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Die strukturellen, finanziellen und personellen Rahmenbedingungen dieser Arbeit sind daher dringend zu verbessern und können nicht weitgehend der aktuellen kommunalen Kassenlage überlassen bleiben.

Primär soziale Probleme dürfen nicht in primär gesundheitliche umdefiniert werden.

Wirksame Präventionskonzepte brauchen Kontinuität und dürfen sich nicht auf die Umsetzung in zeitlich befristeten Modellen beschränken.

Die Ärzteschaft ist aufgrund ihrer vielfältigen Mitwirkung an der Gesunderhaltung der Bevölkerung zentral an der Entwicklung und Vereinbarung von Präventionszielen entscheidend zu beteiligen.

Insgesamt kann eine Stärkung der Prävention in unserer Gesellschaft nicht ohne eine aktive Beteiligung der Ärzteschaft gelingen.

2. Für einen wirksamen Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-07) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag weist erneut und eindringlich auf die gesundheitlichen Gefahren hin, die von passiv eingeatmetem Tabakrauch ausgehen. Nach einer vom Deutschen Krebsforschungszentrum durchgeführten Studie sind in Deutschland 3.300 Todesfälle jährlich allein auf Passivrauchen zurückzuführen. Er fordert deshalb die Bundesregierung auf, umfassende und wirksame gesetzliche Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen zu erlassen, um das grundgesetzlich geschützte Recht auf körperliche Unversehrtheit sicherzustellen und die Bürger wirksam vor den mit Tabakrauch assoziierten Krankheiten zu schützen.

Der von der Bundesregierung vorgelegte „Gesetzentwurf zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens“ ist zur Erreichung dieses Ziels unzureichend, da er sich nur auf Einrichtungen des Bundes, auf Verkehrsmittel des öffentlichen Personenverkehrs und auf Personenbahnhöfe der öffentlichen Eisenbahnen erstreckt und zudem die Einrichtung von Raucherräumen ermöglicht.

Die von den Ministerpräsidenten im März d. J. für das Gaststättenwesen eingeräumten Ausnahmeregelungen werden vom Deutschen Ärztetag ebenfalls als unbefriedigend abgelehnt: Sie bieten den in der Gastronomie Beschäftigten keinen umfassenden Schutz vor den gesundheitlichen Gefahren des Tabakrauchs. Auch die Einrichtung von Abluftanlagen kann nach bisherigem Kenntnisstand diesen Schutz nicht

hinreichend gewährleisten. Schließlich wird die Einrichtung gekennzeichnete Raucheräume dazu beitragen, dass das Interesse von Kindern und Jugendlichen am Rauchen eher geweckt als reduziert wird.

Hingegen bietet die Arbeitsstättenverordnung dem Bundesgesetzgeber umfassende Regelungsmöglichkeiten für öffentliche Einrichtungen wie auch für das Gaststättenwesen. Die bislang im § 5 (2) der Arbeitsstättenverordnung vorgesehene Ausnahmeregelung ist daher zu streichen und das Recht auf Schutz vor Tabakrauch auf Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr auszuweiten, Verstöße gegen sie sind wirksam zu sanktionieren. Nur ein umfassendes Rauchverbot kann Beschäftigte wirksam vor den gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchens schützen.

Da ca. 60 % der Raucher die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung gemäß ICD-10 erfüllen, sind gesetzliche Einschränkungen des öffentlichen Tabakkonsums parallel auch mit der Ausweitung qualifizierter therapeutischer Angebote zu begleiten. Die Bundesärztekammer hat daher eine ärztliche Qualifizierungsmaßnahme zur Entwöhnung von Rauchern verabschiedet. Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die gesetzlichen Krankenkassen auf, auf dieser Grundlage mit der Ärzteschaft vertragliche Regelungen zu treffen, die die Entwöhnung von Rauchern durch Ärzte auf breiter Basis ermöglichen und eine Vergütung dieser Maßnahmen außerhalb des Budgets vorsehen.

Private Krankenversicherung (PKV)

1. Versicherungsvertragsrecht: PKV-Regelungen gefährden die freie Patient-Arzt-Beziehung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-08) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag lehnt die im Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts als „Dienstleistungen der Privaten Krankenversicherungen“ geplanten verkappten Eingriffe in die Patient-Arzt-Beziehung mit aller Entschiedenheit ab.

Der Versicherungswirtschaft sollen Kompetenzen eingeräumt werden, die ökonomischen Interessen privater Krankenversicherungsträger den Vorrang vor den schutzwürdigen Interessen des Versicherten im Krankheitsfall geben. Die neuen Vollmachten der Versicherer gehen weit über die ihnen obliegende Rechnungsprüfung hinaus und kollidieren mit den in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder verankerten Aufgaben von Ärztekammern im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Kompetenz, u. a. auch auf eine korrekte Rechnungsstellung von Ärzten hinzuwirken. Nach dem Gesetzesentwurf sollen Versicherer über die medizinische Notwendigkeit ärztlicher Leistungen entscheiden; ihnen wird damit die Rolle des uneigennütigen Fürsprechers von Versicherten übertragen. Diese Rolle ist aber mit dem Status eines Versicherers, der auf Finanzierbarkeit seiner Tarife Wert legen muss, nicht vereinbar. Folge werden wachsende Konflikte bei der Privatbehandlung und möglicherweise zusätzliche finanzielle Belastungen des Patienten sein. Ärzte geraten in einen wachsenden, nach finanziellen Gesichtspunkten beliebig steuerbaren Rechtfertigungsdruck für ihre ärztlichen Behandlungsmaßnahmen.

Die vorgesehene Direktabrechnung zwischen Arzt und Versicherer implementiert das Sachleistungsprinzip in das bisherige Kostenerstattungssystem der Privaten Krankenversicherung. Ein dem SGB V vergleichbares „Wirtschaftlichkeitsgebot“ wird eingeführt, das der PKV die „Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche“, die „Bera-

tung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen“ von Ärzten und weiterer Leistungsträger zugesteht. Der Weg in die Angleichung von Privater Krankenversicherung an die Gesetzliche Krankenversicherung wird damit gefördert und die Attraktivität der Privaten Krankenversicherung weiter gefährdet.

Unter dem Deckmantel einer vorgeblichen Unterstützung von Versicherten bei der Durchsetzung ihrer wirtschaftlichen Interessen werden Schweigepflicht und Datenschutz ausgehöhlt und weit reichende Auskunftsrechte des Versicherers gegen den Patienten sanktioniert.

Der 110. Deutsche Ärztetag warnt nachdrücklich vor diesen Regelungen, die Patientenrechte untergraben, Versicherte bevormunden und gängeln sowie ihre freie Arztwahl einschränken werden. Mit dem Gesetzentwurf verfehlt die Regierung das Ziel, im Bereich der Privaten Krankenversicherung die Schutzrechte des Versicherten zu stärken. Zwar ist die in der Reform des Versicherungsvertragsrechtes vorgesehene Schaffung von Mindeststandards für einzelne Versicherungszweige zu begrüßen; die Einführung von kostensteuernden Managed-Care-Maßnahmen in die Private Krankenversicherung bringt jedoch erhebliche Risiken für die Versicherten, wie Risikoselektion, Qualitätseinbußen und finanzielle Belastungen, mit sich.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert in der privatärztlichen Behandlung eine Steuerung über eine moderne, transparente Vergütungsordnung für privatärztliche Leistungen (GOÄ), über differenzierte Tarifangebote der Privaten Krankenversicherung sowie die Nutzung der gesetzlich vorgesehenen Institutionen, wie Ärztekammern, über ihre berufsrechtlichen Aufgaben die gewünschte Honorarprüfung und Qualitätssicherung vorzunehmen. Dieser Weg bewahrt Patientenrechte, dient dem Verbraucherschutz und entspricht dem Selbstbestimmungsrecht und der Entscheidungsfreiheit des Patienten in der privatärztlichen Patient-Arzt-Beziehung.

GOÄ

1. Ärzteschaft fordert GOÄ-Reform auf der Grundlage des Bundesärztekammer Konzepts

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-09) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 bekräftigt erneut, dass eine eigenständige Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Vergütungsgrundlage für ärztliche Leistungen in Praxis und Krankenhaus unverzichtbar ist. Die GOÄ sichert den fairen Interessensausgleich zwischen Arzt und Patient – nämlich eine leistungsgerechte, angemessene Honorierung des Arztes und den Schutz des Patienten vor finanzieller Überforderung (Verbraucherschutz). Das politische Verschleppen der notwendigen GOÄ-Reform ist nicht weiter hinzunehmen. Die politische Antwort auf diesen Missstand kann nicht die Abschaffung der GOÄ durch Gleichschaltung der Privattaxe mit GKV-Vergütungsregelungen sein; mit einer solchen staatlich verordneten Einheitsmedizin wird die angeprangerte Zwei-Klassen-Medizin durch wachsende „Graue Märkte“ erst geschaffen.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung zum wiederholten Male auf, die Reform-Vorschläge der Bundesärztekammer aufzugreifen. Diese basieren auf den vom 108. Deutschen Ärztetag 2005 beschlossenen Reform-Eckpunkten und auf dem Bundesärztekammer-Reformkonzept, das vom 109. Deutschen Ärztetag

2006 in Magdeburg begrüßt wurde und derzeit umgesetzt wird. Mit diesem Konzept wird

- der veraltete Leistungskatalog endlich dem Stand der aktuellen medizinischen Wissenschaft angepasst,
- die Struktur des Gebührenverzeichnisses – wo sinnvoll und möglich – in ablaufbezogenen Leistungskomplexen neu strukturiert und vereinfacht,
- GOÄ-Positionen einem anerkanntem Klassifikationssystem zugeordnet,
- die Verzerrungen im Vergütungsgefüge beseitigt,
- die einzige sektorenübergreifende Abrechnungsregelung und damit die Privatliquidation im Krankenhaus und die Wahlarztkeette erhalten,
- die Qualität der Versorgung noch weiter gefördert
- und der unmittelbare Zugang des Patienten zum medizinischen Fortschritt gewährleistet.

Die Schwächen der GOÄ aufgrund ihrer Veralterung werden beseitigt, die Stärken der Amtlichen Gebührenordnung bleiben erhalten. Diese sind Transparenz und Verbraucherschutz, leistungsgerechte Honorierung, qualitätsvolle Versorgung, Schutz des individuellen Patient-Arzt-Verhältnisses in einem integrierten, sektorenübergreifenden und innovationsfreundlichen Vergütungssystem. Die ordnungspolitische Funktion und die Akzeptanz der GOÄ als Referenzgröße für einen modernen und umfassenden Leistungskatalog freiberuflich ärztlicher Leistungen werden gestärkt.

Der 110. Deutsche Ärztetag erhebt mit Nachdruck den Anspruch auf Erhalt und federführende Mitgestaltung der ärztlichen Gebührenordnung und fordert die Politik auf, die GOÄ entsprechend ihrem Stellenwert für die Qualität und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Sicherung und Fortentwicklung des Gesundheitsstandorts Deutschland zügig zu novellieren.

2. GOÄ-Novellierung

Auf Antrag von Dr. H.-J. Lutz (Drucksache V-17) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag beschließt, das in gemeinsamer Initiative von Bundesärztekammer und den Berufsverbänden sowie medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften erarbeitete Konzept einer modernisierten Gebührenordnung für Ärzte noch im Jahr 2007 dem Bundesgesundheitsministerium zur Beschlussfassung vorzulegen. Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird das Mandat erteilt, dieses Konzept zur Gebührenordnung zum wesentlichen Inhalt der aktiven politischen Arbeit der Bundesärztekammer im Jahr 2007 zu machen.

Begründung:

Die Gebührenordnung für Ärzte aus dem Jahr 1996 entspricht in weiten Teilen nicht mehr dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Das Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung ist inzwischen völlig veraltet, die Aufnahme neuer Leistungen über Analogbewertungen stößt mittlerweile an ihre Grenzen.

Der 108. Deutsche Ärztetag 2005 hat die Reform-Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte beschlossen. Auf dieser Basis ist eine Modernisierung der Gebührenordnung für Ärzte zusammen mit den Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitet worden.

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist die Intention des Gesetzgebers, gesetzliche und private Krankenversicherung einander anzunähern, konkretisiert worden. Die Einführung des GKV-kompatiblen Basistarifs ebnet mittel- bis langfristig den Weg zu einer Bürgerversicherung, dann mit der Gefahr einer Vereinheitlichung des Gebüh-

renverzeichnis für ärztliche und vertragsärztliche Leistungen. Umso wichtiger ist es daher, die modernisierte GOÄ als eigenständige Gebührenordnung voranzutreiben.

Vergütung

1. Ärztemangel – Tarifverträge für Ärzte

Auf Antrag von Prof. Dr. Schulze (Drucksache V-25) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Ärztemangel darf durch Tarifunterschiede nicht verstärkt werden. Die politisch Verantwortlichen und Tarifpartner in Bund, Land und Kommune werden daher aufgefordert, die tariflichen Regelungen zur Vergütung von Ärzten so auszugestalten, dass keine gravierenden Unterschiede in der Vergütung für Ärzte von Instituten, für Oberärzte oder Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst bestehen und dadurch Fehlanreize für eine ärztliche Tätigkeit in Deutschland geschaffen werden.

Begründung:

Es gibt gravierende Unterschiede in der Vergütung von angestellten Ärzten. Durch diese Vergütungsunterschiede gibt es Mediziner 1. und 2. Klasse. Dadurch wird die Abwanderung und damit der Ärztemangel, vor allem in den neuen Bundesländern, verstärkt. Gleichzeitig werden langjährige Oberärzte durch den neuen Tarifvertrag der Länder wie Fachärzte vergütet. Und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst werden wie Verwaltungsangestellte eingestuft.

Neben dem unzeitgemäÙen "Ostabschlag", führen der Tarifvertrag der Länder (TV-L) und der Tarifvertrag für Ärzte (TV-Ärzte) zu einer als Diskriminierung empfundenen Differenzierung zwischen der Vergütung der Ärzte mit Aufgaben in der Patientenversorgung der Universitätsklinik einerseits sowie der in den medizinischen theoretischen Basisfächern beschäftigten ärztlichen Kollegen andererseits.

Die den Instituten zugeordneten Beschäftigten werden nach den Regelungen des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) vergütet. Die Entgeltzahlung für Ärzte von Universitätsklinik richtet sich stattdessen nach dem Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TV-Ärzte). In der hierzu geführten Diskussion wird gelegentlich argumentiert, die den TV-L zugeordneten Mediziner seien keine "vollgültigen" Ärzte. Insgesamt wird die Tätigkeit in der wissenschaftlichen Forschung deutlich schlechter vergütet als eine überwiegend klinische Tätigkeit.

Mit einem solchen Vorgehen verstärkt man den seit einigen Jahren zunehmenden Ärztemangel. Zugleich ergeben sich aus den tariflichen Ungleichheiten erhebliche Probleme für die Zukunft der Ärzteschaft wie zum Beispiel:

- eine Schwächung von Lehre und Forschung durch die "Ausdünnung" theoretischer Fächer seitens der ärztlichen Profession,
- eine verstärkte Beschäftigung von Naturwissenschaftlern in medizinischen Fachgebieten,
- eine Verlagerung von ärztlicher Tätigkeit hin zu neuen nichtärztlichen Assistenzberufen,
- eine unattraktive Bezahlung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst,
- die tarifliche Einstufung und Bezahlung von Oberärzten als Fachärzte,

- die damit verbundene Einschränkung ärztlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung in allen medizinischen Fachgebieten,
- die Störung des Arbeitsklimas und des Betriebsfriedens,
- eine personelle "Austrocknung" der medizinischen Forschung,
- eine Abwanderung von Leistungsträgern aus den Kliniken,
- eine Abwanderung junger Ärzte in andere, besser vergütete Bereiche oder Länder
- damit verbunden ist auch eine Abnahme der Attraktivität des Arztberufs.

Wir sehen aus diesen genannten Gründen erheblichen Handlungsbedarf seitens der Tarifpartner, um die Ärzte in deren Vergütung gleichzustellen, damit dem Ärztemangel entgegen gewirkt werden kann.

2. Gleiche Vergütungsgrundsätze für Ärztinnen und Ärzte verschiedener Tätigkeitsbereiche

Auf Antrag von Dr. Czeschinski, Prof. Dr. Knichwitz und Frau Dr. Bunte (Drucksache V-113) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Tarifpartner auf, in zukünftigen Tarifverträgen sicherzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte verschiedener Tätigkeitsbereiche wie Forschung, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Arbeitsmedizin etc., nach gleichen Vergütungsgrundsätzen (Vergütungstabellen) vergütet werden. Eine Diskriminierung von Ärztinnen und Ärzten in nichtklinischen Bereichen oder klinischen Randbereichen darf nicht erfolgen.

Begründung:

Zurzeit besteht eine deutliche Diskriminierung verschiedener Arztgruppen (Forschung, Betriebsärzte, Öffentlicher Gesundheitsdienst) denen bisher eine Vergütung nach einem Ärztetarifvertrag verweigert wird.

3. Anhebung der Gehälter von als Ärzten tätigen Beamten an den Unikliniken auf das Niveau der im Tarifvertrag-Ärzte an den Universitätskliniken angestellten Ärztinnen und Ärzte

Auf Antrag von Frau Dr. C. Borelli, Dr. Emminger, Frau Dr. H. Lux und Dr. Grommek (Drucksache V-41) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Finanzminister der Länder auf, die Gehälter der an den Unikliniken als Ärzte tätigen Beamten an die Höhe der Gehälter der nach Tarifvertrag-Ärzte angestellten Ärztinnen und Ärzte anzugleichen.

Auch die an den Unikliniken tätigen Beamten arbeiten in der Krankenversorgung, Lehre und Forschung. Es gibt keinen vernünftigen Grund, der eine geringere Bezahlung der Beamten gegenüber den angestellten Ärztinnen und Ärzten begründen könnte. Diese Ungleichbehandlung ist möglichst bald zu beenden.

4. Besserstellung der Medizinischen Fachangestellten (Arzthelferin)

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann (Drucksache V-49) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 110. Deutschen Ärztetages 2007 bitten den Vorstand der Bundesärztekammer, aktiv die Bemühungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich einer Gesetzesänderung zur Besserstellung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu unterstützen.

Begründung:

Die MFA (vormalig Arzthelferin) wird zukünftig in den sich ändernden ambulanten Versorgungsstrukturen neue und höher qualifizierte Aufgaben übernehmen müssen. Vielen Praxen ist aber unter den bestehenden Budgetbedingungen ohne Refinanzierung keine deutliche Erhöhung der Tarifgehälter oder die Zahlung von Zulagen zuzumuten. Damit die Vertreter der Ärzteschaft bei den laufenden Tarifverhandlungen für die MFA-Gehälter Steigerungen zustimmen können, bedarf es einer gesetzlichen Grundlage zur Refinanzierung der Gehaltserhöhungen durch die GKV. Entsprechende Vergütungsregelungen sind über eine neue GOÄ vorgesehen.

5. Angemessene Vergütung von Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten

Auf Antrag von Herrn E. Bodendieck (Drucksache V-66) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Vergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist zu erhöhen, um für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte ein Gehalt gewährleisten zu können, welches ihrer Verantwortung gerecht wird.

Begründung:

Das deutsche Gesundheitswesen und insbesondere die ärztliche Niederlassung gilt als einer der größten Arbeitgeber in der Bundesrepublik Deutschland.

Seit Monaten wird insbesondere durch die Politik, dabei speziell durch die SPD, eine Mindestlohndebatte geführt, in der auch immer wieder Arzthelferinnen respektive Medizinische Fachangestellte als Beispiel für den Niedriglohnsektor angesprochen werden.

Der Aufgabenbereich der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten vergrößert sich nicht zuletzt durch die demographische Entwicklung in unserem Land ständig. Demgegenüber steigert sich das ärztliche Honorar nur unwesentlich. Gleichzeitig nehmen fixe Kosten, wie z. B. Energie, Mehrwertsteuer oder Beschaffungskosten, zu. In den Praxen besteht seit Jahren infolge chronischer Unterfinanzierung ein Investitionsstau.

Aus diesen Gründen ist bei der jetzigen Situation keine angemessene Gehaltserhöhung zu gewährleisten und wird zu weiteren Entlassungen und weiterer untertariflicher Vergütung führen.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

1. Rabatte und Boni

Auf Antrag von Dr. Munte, Dr. von Römer, Dr. Eyrich, Dr. Kaplan, Dr. Rechl, Herrn W. Gradel, Dr. Baumgärtner, Dr. Joas und Dr. Reising (Drucksache V-20) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Boni und Rabatte bei der Versorgung mit Arzneimitteln müssen so gestaltet sein, dass dem Arzt in jedem Behandlungsfall ein ausreichender Entscheidungsspielraum verbleibt, aus Gründen medizinischer Notwendigkeit von einem mit finanziellen Anreizen bezweckten Verhalten abzuweichen.

Begründung:

Patienten müssen auch künftig darauf vertrauen können, dass sich der Arzt bei ihrer Behandlung nicht von kommerziellen Interessen, sondern ausschließlich von der medizinischen Notwendigkeit leiten lässt.

Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb den Bundesgesetzgeber, ebenso wie die Pharmaindustrie und die Krankenkassen auf, diesem Postulat bei der Gestaltung der Bedingungen für die Verordnung von Arzneimitteln Rechnung zu tragen.

Der Gesetzgeber versucht zunehmend mehr – dem Dogma der Beitragssatzstabilität verhaftet – den Kostendruck im Gesundheitswesen an die Leistungserbringer weiterzugeben.

Auch die in jüngster Zeit erweiterten kostensteuernden Instrumente wie Boni und Rabatte bei der Verordnung von Arzneimitteln heben ab auf die ökonomische Mitverantwortung des Arztes in der Behandlung. Diese Instrumente sind nur dann berufsrechtlich vertretbar, wenn sie nicht das Grundvertrauen der Patienten in die Unabhängigkeit des Arztes bei allen ärztlichen Entscheidungen beeinträchtigen.

2. Abschaffung der Bonus-Malus-Regelung

Auf Antrag von Frau Prof. Dr. Braun (Drucksache V-24) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die vom Gesetzgeber vorgegebene Festlegung, im Rahmen der so genannten Bonus-Malus-Regelung für die Arzneimittelgruppen bzw. Leitsubstanzen wie Statine, selektive Betablocker, Triptane, Alpha-1-Blocker und selektive Serotoninwiederaufnahmemermer einen zu erreichenden Verordnungsanteil zu bestimmen und für jede Arzneigruppe die Kosten der Defined Daily Dose (DDD) festzulegen, widerspricht wissenschaftlichen Grundlagen:

Die von der WHO definierte DDD beschreibt die durchschnittliche Erhaltungsdosis des jeweiligen Wirkstoffs in der Hauptindikation; diese Angaben sind keine Dosierungsempfehlungen, sondern lediglich statistische Rechengrößen. Um einer Malus-Regelung zu entgehen, wird empfohlen, Großpackungen in hoher Wirkstärke zu verordnen. Das steht im Gegensatz zu einer individuellen, auf den einzelnen Patienten bezogenen medizinisch und ökonomisch begründbaren Arzneitherapie. Für multimorbide alte Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion sind höhere Dosen gefährlich. Zusätzlich ist die häufig empfohlene Tablettenteilung von hochdosierten Medikamenten gerade für Hochbetagte oft unmöglich.

Bei der Einstellung von Herzinsuffizienzpatienten beispielsweise ist eine langsame Hochtitrierung niedriger Dosen leitliniengerecht.

In einer Malus-Regelung dafür bestraft zu werden, eine adäquate Arzneitherapie zu verordnen und darüber hinaus auch wirtschaftliche Aspekte zu vernachlässigen, ist inakzeptabel.

In einer Bonus-Regelung bei willfähriger Verordnungsweise finanziellen Vorteil zu gewinnen, ist andererseits berufsrechtlich fragwürdig.

Eine staatlich regulierte Zuteilungsmedizin ohne wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Hintergrund ist abzulehnen. Sie beeinträchtigt die Therapiefreiheit und bedroht die Patientensicherheit. Der Deutsche Ärztetag fordert vom Gesetzgeber, die Bonus-Malus-Regelung sehr kurzfristig abzuschaffen.

3. Priorisierung im Gesundheitswesen in Deutschland

Der Antrag von Dr. Pilz (Drucksache V-37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich mit dem Thema Priorisierung im deutschen Gesundheitswesen, wie sie in skandinavischen Gesundheitssystemen gängig ist, auseinander zu setzen und dies als eigenen Tagesordnungspunkt auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm zu diskutieren.

Begründung:

Die Gesundheitssysteme in Nordeuropa haben auf die Frage nach einer gerechten Verteilung knapper Ressourcen frühzeitig eine Antwort gegeben, die in anderen Ländern höchst umstritten ist. Weil die Bedürfnisse der Menschen in gesundheitspolitischer Hinsicht im Prinzip immer größer sein werden als die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Ressourcen, wird man in einem ersten Schritt das Angebot an gemeinschaftlich zu finanzierenden Gesundheitsleistungen im demokratischen Prozess festlegen. In einem zweiten Schritt wird man dann den Zugang zu diesen Leistungen nach Prioritäten regulieren, die im gesellschaftlichen Diskurs bestimmt werden. Diese Zugangsregulierung bezeichnet man als Priorisierung. Die Priorisierung wird in Deutschland durch die immer wiederholte Feststellung ersetzt, es gebe noch genügend große Rationalisierungsreserven, die nur gehoben werden müssten. Die Folge ist jedoch nicht etwa die Abwesenheit von Priorisierung oder Rationierung, sondern die Verlagerung von Priorisierungsentscheidungen auf nachgelagerte Ebenen. So fallen viele Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen im deutschen System auf der Ebene des Gemeinsamen Bundesausschusses; und noch häufiger werden diese Entscheidungen auf die direkte Versorgungsebene zwischen Arzt und Patient verlagert.

Ziel muss es sein, die Öffentlichkeit darüber zu informieren, dass nicht die Ärzteschaft für Rationierung und Priorisierung verantwortlich ist, sondern die Politik.

4. Kassenanfragen zum Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeit

Auf Antrag von Dr. Scheerer (Drucksache V-44) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ständig erreichen die Behandler Kassenanfragen zum Fortbestehen von Arbeitsunfähigkeiten ihrer Versicherten, wenn die Leistungspflicht der Krankengeldzahlung für die Kassen droht. Begründet werden diese Maßnahmen als Anfragen an den Behandler, in welchem Maße die Einleitung sozialmedizinischer Aktivitäten durch die Kassen erforderlich ist. Realität ist, dass nicht selten in kürzesten Abständen von wenigen Tagen diese Anfragen den Behandler erreichen und im Interesse des Patienten auch beantwortet werden müssen. Es entstehen dadurch Kosten durch Portogebühren und Vergütung des ärztlichen Berichtes mit 120 Punkten nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) pro Anfrage.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert daher, dass den gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts der Auftrag erteilt wird, die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit der Kassenanträge zum Fortbestehen einer Arbeitsunfähigkeit wissenschaftlich zu evaluieren.

Begründung:

Es bestehen große Zweifel, dass durch diese Anfragen die Arbeitsunfähigkeitsdauer signifikant gesenkt wird. Sinnvolle Einschränkungen der Anfragenflut sind ein Beitrag zur Entbürokratisierung und Kosteneinsparungen der Krankenkassen.

5. Aushöhlung der Gesetzlichen Krankenversicherung führt zur Zwei-Klassen-Medizin

Auf Antrag von Dr. Jonitz, Dr. Wyrwich, Frau Prof. Dr. Braun und Dr. Fitzner (Drucksache V-84neu) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag verurteilt die Kampagne des Bundesgesundheitsministeriums, wonach die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für eine Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat versicherten Patienten verantwortlich sein sollen. Statt mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) dafür Sorge getragen zu haben, die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten endlich wieder auf eine solide finanzielle Basis zu stellen, droht Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den Ärzten mit Sanktionen. Nachdem die Ministerin für ihre so genannte Gesundheitsreform von allen Seiten schärfste Kritik erhalten hat, versucht sie nun zum wiederholten Male, den Ärzten den Schwarzen Peter zuzuschieben, um von den fatalen Unzulänglichkeiten dieser Politik abzulenken. Diese Taktik ist inzwischen hinlänglich bekannt.

Der wesentliche Unterschied zwischen privater und gesetzlicher Krankenkasse ist der, dass die private Krankenkasse durch individuelle Prämien finanziert wird, die einen persönlichen Leistungsanspruch gewährleisten, die gesetzliche hingegen durch Pflichtbeiträge, die erheblichen politischen Einflussnahmen ausgesetzt sind.

Gesetzlich Krankenversicherte sind durch jahrelangen politischen Missbrauch ihrer Beiträge immer schlechter gestellt worden. Die Wiedervereinigung ist praktisch von den Sozialkassen bezahlt worden. So wurden 30 Milliarden Euro von 1995 bis 2003 zugunsten Renten- und Arbeitslosenversicherung abgezogen, drei Milliarden Euro fließen pro Jahr als Quersubvention an die Arbeitslosenversicherung. Allein die Er-

höhung der Mehrwertsteuer ab 2007 belastet die gesetzlichen Krankenversicherungen mit 600 Millionen Euro pro Jahr! "Kostentreiber im Gesundheitswesen Nummer eins ist der Staat" (Zitat Horst Seehofer, Gesundheitsminister a. D.).

Wie es um die finanzielle Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestellt ist, wird anhand der Kopfpauschalen deutlich, die die Krankenkassen pro Versichertem an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen. Diese schwanken z. B. in Berlin zwischen rund 50 und 130 Euro pro Versichertem (und Mitversichertem) und Quartal. Für völlig unterschiedliche Pauschalen sollen Kassenärzte eine absolut gleiche Behandlung gewährleisten. Dies ist nicht möglich.

Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland gehört – immer noch – zu den besten weltweit. So landete das deutsche Gesundheitswesen bei einem Sechsländer-Vergleich des US-amerikanischen Commonwealth Fund, bei dem tatsächlich Kranke befragt wurden, kürzlich klar auf Platz 1 – vor Neuseeland und Großbritannien (http://www.cmwf.org/usr_doc/Davis_mirormirror_915.pdf).

Der Blick auf die staatlich organisierten Gesundheitssysteme in Skandinavien und Großbritannien zeigt, was wirklich lange Wartezeiten und Zwei-Klassen-Medizin sind. Genau in Richtung dieser Art von Staatsmedizin bewegen wir uns mit der aktuellen Gesundheitsreform. Es wäre an der Zeit, mit der billigen Polemik in der Gesundheitspolitik aufzuhören. Stattdessen muss die Finanzierungsgrundlage des Gesundheitswesens verbessert, die Zusammenarbeit gestärkt und das Gesundheitswesen qualitätsorientiert weiterentwickelt werden.

6. Gegen den Missbrauch von Krankenkassenbeiträgen

Auf Antrag von Frau Dr. Blank und Dr. Peters (Drucksache V-93) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 110. Deutschen Ärztetags fordern die Krankenkassen auf, die Beitragszahlungen ihrer Mitglieder ausschließlich für primäre medizinische Leistungen zu verwenden. Sie sollen keine Mittel für Kampagnen und öffentliche Werbung einsetzen, die die Mittel für die Patientenversorgung schmälern.

Persönliche Leistungserbringung

1. Keine Anästhesieführung durch Medizinische Assistenten für Anästhesie

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-10) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In den Helios-Kliniken konnte seit 2003 die Überwachung der Anästhesie an speziell geschultes nichtärztliches Assistenzpersonal delegiert werden. Der sogenannte „Medizinische Assistent für Anästhesie - MAfA“ bezeichnet eine innerhalb des Helios-Konzerns fortgebildete Pflegekraft. Nach Aussagen der Konzernleitung bestünde das Ziel allein darin, eine Qualitätsverbesserung in der Betreuung zu erhalten. Es ergaben sich jedoch Hinweise, dass die Delegation auch für die Durchführung von Parallelnarkosen genutzt worden ist. In Anbetracht der massiven Kritik am MAfA-Konzept hat die Leitung des Helios-Konzerns zwischenzeitlich die Anweisung herausgegeben, dass den Empfehlungen der Fachgesellschaften Folge geleistet werden sollte.

Aus Gründen der Patientensicherheit bekräftigt der 110. Deutsche Ärztetag seine bereits anlässlich des 108. Deutschen Ärztetags geäußerte Position:

Die Anästhesieführung ist wegen ihrer besonderen Gefährlichkeit als Ausübung der Heilkunde nur dem approbierten Arzt und unter Beachtung des Facharztstandards dem Anästhesisten vorbehalten, so dass mit deren Durchführung nichtärztliches Personal – z. B. ein "Medizinisch technischer Assistent für Anästhesiologie (MAfA)" – keinesfalls beauftragt werden darf. Die Sicherheit des betäubten, seiner Schutzreflexe beraubten sowie meist relaxierten und beatmeten Patienten erlaubt keine Kompromisse.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass es als nicht vereinbar mit dem ärztlichen Berufsethos gelten kann, wenn leitende Ärzte weisungsgebundene Kollegen und Pflegekräfte anweisen, sich an solchen Arbeitsmodellen aktiv zu beteiligen.

2. Delegierbarkeit ärztlicher Leistungen

Auf Antrag von Herrn E. Bodendieck (Drucksache V-55) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, schnellstmöglich die gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu delegierbaren ärztlichen Leistungen aus 1988 zu überarbeiten.

Begründung:

Das Eindringen anderer Gesundheitsberufe in bisher unter Arztvorbehalt stehende Bereiche nimmt stetig zu. Dies wird durch die Finanzierungsnot der Gesetzlichen Krankenversicherung wie auch den Ärztemangel verstärkt und möglicherweise durch die Politik so gewollt. In dem sich erheblich und schnell modernisierenden Gesundheitswesen ist eine Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit allen anderen Gesundheitsberufen unumgänglich. Letztendlich haftet der Arzt aber immer für die durch ihn in aller Konsequenz angeordneten Leistungen. In der Diskussion um die Qualifizierung von Medizinischen Fachangestellten zu "Hausbesuchsassistenten" oder zur "neuen" Gemeindeschwester waren erhebliche Divergenzen bei der Aufgabenbeschreibung erkennbar. Dies kann flächendeckend zu erheblichen Missverständnissen bis hin zu juristischen Konsequenzen in der Frage der Abgrenzung ärztlicher zu nichtärztlichen Aufgaben führen.

Eine dezidierte Stellungnahme zu delegierbaren, also nicht persönlich durch den Arzt zu erbringenden Leistungen durch die Bundesärztekammer ist ebenso in der Diskussion um "Operations- oder Anästhesieassistenten" zwingend notwendig und darf keinen Aufschub dulden.

3. Entwicklung von Leitlinien/Richtlinien/Standards zur Begrenzung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal

Auf Antrag von Dr. Jäger, Dr. Scheiber, Dr. Montgomery und Dr. Jonitz (Drucksache V-72) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, unter Einbeziehung aller Fachgremien und der Ärztekammern bis zum nächsten Ärztetag dieses Thema zu bearbeiten und als Tagesordnungspunkt vorzubereiten um dann Leitlinien zu entwerfen, auf deren Grundlage die Delegierbarkeit ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Personal festgelegt und begrenzt werden kann mit dem Ziel, verbindliche und ggf. auch ein-

forderbare und justiziable Richtlinien und Standards für die Ausübung der ärztlichen Heilkunst zu entwickeln.

Dabei sollen neben anderen Kriterien folgende Aspekte besondere Berücksichtigung finden: Patientensicherheit und -aufklärung, Haftungsrecht, Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses, Vereinbarkeit mit dem ärztlichen Berufsethos; Wahrung der Eigenständigkeit ärztlicher Fachdisziplinen und der Arbeitsinhalte des ärztlichen Berufsbildes.

4. Verbesserung der Darstellung und Vertretung der ärztlichen Kompetenzen

Auf Antrag von Frau B. Löber-Kraemer, Herrn B. Zimmer, Frau Dr. Groß und Dr. Kaplan (Drucksache V-101) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Mit Sorge sehen wir Ärzte, dass immer mehr ärztliche Tätigkeiten außerhalb unserer ärztlichen Verantwortung erbracht werden oder erbracht werden sollen.

In diesem Zusammenhang würdigt der Deutsche Ärztetag das Engagement der Bundesärztekammer, die psychische Dimension von Erkrankungen inklusive ihrer psychosozialen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Aspekte nach dem 109. Deutschen Ärztetag verstärkt öffentlich thematisiert und vertreten zu haben. Damit wirkt er den sich bei diversen Berufen im Gesundheitsbereich abzeichnenden Tendenzen entgegen, ärztliche Tätigkeiten übernehmen zu wollen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, seine bisherigen Klarstellungen der Definition von ärztlichen Kompetenzen und ihren Schnittstellen zu anderen Heil- und Gesundheitsberufen noch weiter zu intensivieren und zu präzisieren.

Begründung:

Beispielhaft wird verwiesen auf die seit Inkrafttreten des Gesetzes für die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dort deutlich werdenden Bestrebungen (wie z. B. die Verschreibung von Medikamenten) dieser bereits verkammerten neu geschaffenen Heilberufe. Im Bereich der Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde u. a. zeichnen sich analoge Tendenzen ab. Es ist Aufgabe der Ärzteschaft, einerseits sinnvolle Kooperationen zu gestalten, andererseits aber auch durch Klarstellungen die Patienten zu schützen vor nur scheinbar effizienteren Versorgungsangeboten außerhalb ärztlicher Verantwortung.

Qualitätssicherung

1. Sektorübergreifende Qualitätssicherung fördern

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-13) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die deutsche Ärzteschaft begrüßt die sektorübergreifende Erweiterung der extern vergleichenden Qualitätssicherung, betrachtet jedoch mit Sorge die öffentliche Diskussion über die Umsetzung der neuen Aufgabestellungen nach § 137a SGB V.

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) wurde im Jahr 2001 als gemeinnützige GmbH von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie unter Beteiligung des Deutschen Pflegerats gegründet und hat sich seither zu einem allgemein anerkannten, vertrau-

enswürdigen Leistungsträger für fachlich unabhängige Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung im stationären Bereich entwickelt.

In die Fachgruppenarbeit zur Entwicklung neuer Qualitätssicherungs-Leistungsbereiche und Qualitätsindikatoren werden seit 2005 Vertreter der Patientinnen und Patienten routinehaft einbezogen. Es entspricht dem Selbstverständnis bzw. den Grundsätzen von Qualitätsmanagement, dass im Zuge einer sektorübergreifenden Erweiterung der Aufgabenstellung weitere Professionen des Gesundheitswesens in die Entwicklung und Umsetzung von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen einzubeziehen sind.

Unter den Rahmenbedingungen des vom Gesetzgeber gewollten zunehmenden Wettbewerbs unter den Leistungserbringern stellt die zukünftige Gewährleistung einer transparenten, strikt patientenorientierten, das heißt von Partikularinteressen freien Qualitätssicherung eine große Herausforderung dar. Die Erfahrungen und vorhandenen Strukturen aus der stationären Qualitätssicherung könnten hierbei von großem Nutzen sein. Aufgrund ihrer fachlichen Unabhängigkeit sowie der engen Vernetzung mit der Landesebene stellt die BQS eine für die Entwicklung und Umsetzung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung prädestinierte Institution dar.

Die Nutzung dieses Potentials wird jedoch durch das öffentliche Gerangel um die Trägerstruktur der BQS gefährdet. Dabei wird - wider besseres Wissen - der Selbstverwaltungscharakter der BQS als k.o.-Kriterium für die geforderte fachliche Unabhängigkeit hingestellt.

In den von verschiedenen Seiten erhobenen Forderungen nach Änderung der Organisationsform der BQS ist dabei leider nicht immer ein Interesse an Transparenz und Patientenorientierung im Gesundheitswesen erkennbar, sondern vielmehr der Wunsch nach mehr eigenem Einfluss und Macht.

Der Deutsche Ärztetag fordert:

Das Kaputtreden der BQS muss aufhören. Die BQS ist eine von Selbstverwaltungsorganisationen gegründete, gemeinnützige Institution für Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung, deren fachliches Potential und Verankerung im Versorgungsalltag für die sektorübergreifende Qualitätssicherung genutzt werden sollten. Der von Kritikern der jetzigen BQS favorisierte Weg in die „Institutokratie“ stellt keine Alternative dar, der einen Gewinn für die Patienten verspricht.

Ausbildung

1. Umsetzung der Beschlüsse des 108. Deutschen Ärztetages zur Praktisches-Jahr-Ausbildungsbeihilfe

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache V-21) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Wissenschaftsminister und Klinikträger dazu auf, endlich eine angemessene Ausbildungsbeihilfe für Medizinstudierende im Praktischen Jahr einzuführen und damit die EntschlieÙungen des 108. Deutschen Ärztetages endlich umzusetzen.

Begründung:

Medizinstudierende im Praktischen Jahr sind Arbeitskräfte, die bezahlt werden müssen. Bei einem Arbeitspensum von mindestens 40 Stunden pro Woche ist es unmöglich, zur Finanzierung des Lebensunterhalts einen Nebenjob zu absolvieren, so

dass der Lebensunterhalt der Studierenden nicht gesichert ist. In anderen Fächern (Pharmazie, Jura, Lehramt) wird die praktische Ausbildung vergütet.

2. Lernziele für das Krankenpflegepraktikum

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache V-23) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die verpflichtende Implementierung von Lernzielen für das Pflegepraktikum im Rahmen der ärztlichen Ausbildung (§ 6 Ärztliche Approbationsordnung - ÄAppO).

Begründung:

Häufig werden Pflegepraktikanten in pflegefernen Bereichen eingesetzt, die ein Lernziel nicht erkennen lassen. Eine Einbindung und Einführung in den Tätigkeitsbereich der Pflege ist nötig. Ziel soll der Erwerb eines grundlegenden Verständnisses der Arbeit der Pflegekräfte und des Stationsablaufes sein, um in der späteren ärztlichen Tätigkeit die wichtigen Bedingungen der Pflege angemessen zu berücksichtigen und die Teamarbeit zu fördern.

3. Förderung der Allgemeinmedizin an medizinischen Fakultäten

Auf Antrag von Dr. Fitzner (Drucksache V-28) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten Deutschlands sowie den Aufbau eines dazugehörigen Netzwerkes akademischer Lehrpraxen. Diese Einrichtungen bedürfen einer für die Lehre adäquaten, modernen technisch-apparativen Ausstattung.

Begründung:

Die Approbationsordnung für Ärzte sieht die Allgemeinmedizin sowohl als verpflichtendes Blockpraktikum als auch als Wahlpflichtfach im Praktischen Jahr vor. Hierfür müssen gleichermaßen hohe Anforderungen an die Qualität der Lehre und die Ausstattung gelten, wie dies für alle anderen klinischen Fächer vorgesehen ist.

4. Höhere Flexibilität im Praktischen Jahr

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn R. Henke, Dr. Wolter, Frau Dr. Gitter, Dr. Mitrenga, Dr. Emminger und Dr. Ungemach (Drucksache V-30) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Hochschulen und Landesprüfungsämter auf, den Studierenden im Praktischen Jahr (PJ) eine höhere Flexibilität zu ermöglichen. Dazu sollen PJ-Tertiale an bundesweit allen Kliniken, welche die Voraussetzungen des § 4 der Ärztlichen Approbationsordnung erfüllen, anerkannt werden.

5. Ausbildungsbeihilfe für die Tätigkeit im Praktischen Jahr

Auf Antrag von PD Dr. Lindhorst (Drucksache V-69) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag lehnt die zunehmende Geringschätzung von Aus- und Weiterbildung in der Humanmedizin ab. Er fordert deshalb, dass die Finanzierung der Kosten der Ableistung des Praktischen Jahrs in den Diagnosis Related Groups (DRG) oder über andere Refinanzierungswege gewährleistet wird. Die Tätigkeit im Praktischen Jahr sollte auf Grund der erbrachten Arbeitsleistung in der Patientenversorgung analog zur Tätigkeit der Referendariate von Juristen bzw. Lehramtsstudiengängen vergütet werden. Die Tarifpartner sind aufgefordert, dies zu berücksichtigen.

6. Bologna-Prozess

Auf Antrag von Herrn F. Stagge und Prof. Dr. Bertram (Drucksache V-86) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Erhalt des hochwertigen Staatsexamens für den medizinischen Studiengang – keine Bachelorisierung in der Medizin

Am 17. und 18. Mai 2007 werden die für Hochschulbildung zuständigen Minister aus 45 europäischen Ländern in London zusammenkommen, um die Fortschritte zu erörtern, die im Rahmen des Bologna-Prozesses mit dem Ziel, bis 2010 einen europäischen Hochschulraum zu schaffen, erzielt wurden.

Der Deutsche Ärztetag nimmt daher mit Sorge den Antrag der Bündnis 90/DIE GRÜNEN an den Bundestag zum Bologna-Prozess zur Kenntnis, der sich auch auf das Medizinstudium bezieht (in Absatz II 8. des Antrages).

Der 110. Deutsche Ärztetag setzt sich gegen eine Übertragung des "Bologna-Prozesses" auf den Medizinstudiengang ein. Dieser sieht im Rahmen der EU-weiten gegenseitigen Anerkennung von Studienabschlüssen in zahlreichen Studiengängen eine Zweiteilung in Bachelor- und Masterstudium vor. Mit dem Abschlussgrad eines Bachelors wird ein halbmedizinischer Zwischenberuf geschaffen, für den im Medizinbetrieb keine Verwendung ist.

Der 110. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung des Bachelors im Rahmen des Bologna-Prozesses für das Medizinstudium ab.

Das einheitliche und hochwertige Medizinstudium mit dem Abschluss "Staatsexamen" muss erhalten bleiben und eine modulare Zerfaserung des Studiums muss verhindert werden.

7. Studium während der Wartesemester für ein Medizinstudium

Auf Antrag von Frau H. Frei (Drucksache V-98) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt noch einmal seinen vor zwei Jahren verabschiedeten Antrag mit der Forderung, die Verweigerung eines Studiums während der Wartesemester auf ein Medizinstudium abzuschaffen.

Entsprechende konkrete Lösungsvorschläge des Vorstands der Bundesärztekammer in Abstimmung mit der Politik sind zum nächsten Ärztetag in Ulm vorzulegen.

Begründung:

Bei der derzeitigen desolaten Situation des ärztlichen Nachwuchses und als notwendige Motivation junger Menschen, den ärztlichen Beruf zu ergreifen, dürfen wir nicht länger lernwillige junge Menschen von jeglicher akademischer Tätigkeit fernhalten. Ein schlechterer Abiturschnitt weist sie nicht als später schlechtere Ärzte aus.

Komplementäre Studiensemester, den Wartesemestern vorgeschaltet, können sowohl der Beginn wissenschaftlichen Arbeitens sein wie auch ein besseres Fundament für den späteren Beruf darstellen. Das willkürliche Fernhalten von einem Studium ist kontraproduktiv.

8. Medizinisches Staatsexamen – Ärztliche Prüfung

Auf Antrag von Dr. Bolay (Drucksache V-109) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung, namentlich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), auf, zeitnah die Auswirkungen des so genannten Hammerexamens zu prüfen.

Dabei ist besonders zu prüfen, ob sich die Studienzeiten durch die veränderte Prüfungsvorbereitung verlängern, ob sich die Vorkenntnisse bei Beginn des Praktischen Jahres verschlechtern haben und ob die Gestaltung des Praktischen Jahres unter der bevorstehenden intensiven Prüfungsvorbereitung leidet.

Weiterbildung

1. Evaluation der Weiterbildung

Der Antrag von Dr. Wyrwich und Dr. Albrecht (Drucksache V-46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, die Evaluation der Weiterbildung nach einheitlichem Muster vorzunehmen und die Ergebnisse der Evaluationen zu veröffentlichen.

Begründung:

Durch die neue Weiterbildungsordnung sind Weiterbildungsinhalte und Zeiten definiert. Die Qualität der Weiterbildung ist bisher jedoch nicht transparent. Die begrüßenswerten Bestrebungen einzelner Landesärztekammern zur Qualitätserfassung

und -sicherung sollten jedoch nicht dazu führen, dass jede Landesärztekammer nach unterschiedlichen Kriterien die Qualität der Weiterbildung beurteilt.

2. Evaluation der Weiterbildung durch Landesärztekammern

Der Antrag von PD Dr. Lindhorst und Dr. Schulze (Drucksache V-64) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern auf, eine Evaluation der Qualität der Weiterbildung vorzunehmen und die Ergebnisse zu veröffentlichen.

Begründung:

Ein wesentliches Element der Proteste der Ärzte gegen die Arbeitsbedingungen in Deutschland ist auch die mangelnde innerärztliche Weiterbildung. Der Deutsche Ärztetag hat die Kritik an den von den Landesärztekammern mit zu verantwortenden Defiziten verstanden. Als erste Maßnahme auf dem Weg zur Verbesserung muss deshalb die Analyse dieser Defizite erfolgen.

3. Übergangsfristen Schwerpunkt-Weiterbildung

Auf Antrag von Dr. Wyrwich und Dr. Albrecht (Drucksache V-47) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnungen durch die Landesärztekammern sind beim Erwerb der Facharzt-Bezeichnung nach der alten Weiterbildungsordnung auch die Übergangsfristen für die Schwerpunkt-Weiterbildung danach entsprechend lang zu dimensionieren.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte, die unter den bestehenden Übergangsregelungen eine Facharztanerkennung nach der alten (Muster-)Weiterbildung erwerben, können einen Nachteil dadurch erfahren, dass bei der folgenden Weiterbildung in einem Schwerpunkt diese durch Ablauf der Übergangsfristen nicht mehr beendet werden kann.

4. Entbürokratisierung der ärztlichen Weiterbildung

Auf Antrag von San.-Rat. Dr. Gadomski (Drucksache V-60) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer werden beauftragt, dem nächsten Deutschen Ärztetag Vorschläge für einen weiteren Bürokratieabbau in der ärztlichen Weiterbildung vorzulegen.

Begründung:

Bei der Forderung nach einem weiteren Bürokratieabbau in der ärztlichen Weiterbildung wird vor allem an die Regelungen der §§ 5 und 8 (Muster-)Weiterbildungsordnung gedacht, die sich mit der Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis und mit der Dokumentation der ärztlichen Weiterbildung befassen.

Danach ist dem Antrag auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis nicht nur wie bisher ein Leistungsspektrum auf Grund des vorhandenen Patientengutes vorzulegen.

Die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung fordert darüber hinaus die Vorlage eines gegliederten Programms. In diesem Programm sollen die Inhalte, welche auf Grund des Leistungsspektrums der Klinik oder der Praxis vermittelt werden können, zeitlich untergliedert werden. Die Kammer und der Weiterbildungsassistent, dem ein solches Curriculum bei Antritt seiner Weiterbildungsstelle auszuhändigen ist, sollen daraus erkennen, welche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in welchem Weiterbildungsjahr an dieser Weiterbildungsstätte und unter Anleitung des zur Weiterbildung befugten Arztes erworben werden können.

Die Einführung eines solchen einmal festgelegten "Weiterbildungs-Programms" hat sich in der Realität als nicht sinnvoll erwiesen. Welche Kenntnisse dem Weiterbildungsassistenten an einer Weiterbildungsstätte zu einem bestimmten Zeitpunkt vermittelt werden können, ist zum einen von den Vorkenntnissen des Weiterbildungsassistenten und zum anderen vom Zeitpunkt der Weiterbildung in dem die Weiterbildungsstätte angetreten wird, abhängig.

Das "Weiterbildungs-Programm" stellt somit in der Praxis einen bürokratischen Aufwand dar, ohne dass ein vergleichbarer Nutzen damit verbunden wäre. Es erscheint daher sinnvoll, wenn die Weiterbildungsstellen die (Muster-)Weiterbildungsordnung unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität und des Bürokratieabbaus überprüfen.

5. Ermöglichung von Weiterbildung auch in weniger als 50 %-Stellen

Der Antrag von Frau Dr. Borelli, Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Lux, Dr. Emminger und Dr. Grommek (Drucksache V-63) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Weiterbildungsstellen der Ärztekammern auf, Weiterbildung auch in Teilzeit (auch weniger als 50 %) zu ermöglichen. Ärztliche Weiterbildung muss auch für Ärztinnen und Ärzte, die mehrere Kinder betreuen und deshalb nicht mindestens 50 % arbeiten können, möglich sein.

6. Weiterbildungsbedingungen und -realität als Thema für einen der nächsten Deutschen Ärztetage

Auf Antrag von PD Dr. Lindhorst, Dr. Eichelmann und Dipl.-Med. Michaelis (Drucksache V-75) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer bereitet für einen der nächsten Deutschen Ärztetage folgendes Thema vor: Die Weiterbildung der Ärzte in der Bundesrepublik im Spannungsfeld von Bedarf, Anspruch und Realität in den Jahren seit 2002.

Begründung:

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre erfordern eine berufspolitische Würdigung der Ergebnisse auf der Ebene der Bundesrepublik.

7. Verbindlichkeit der Mindestzeit der Weiterbildung

Der Antrag von PD Dr. Lindhorst und Dr. Voigt (Drucksache V-76neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern auf, dass § 4 (4) der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) folgendermaßen geändert wird (Neueinfügung Satz 3 und 4 wie folgt):

... Die festgelegten Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sind Mindestzeiten und Mindestinhalte. Nur unter besonderen Bedingungen darf von der Mindestzeit nach oben abgewichen werden. Der verantwortliche Weiterbildungsbefugte hat genau anhand des strukturierten Weiterbildungsplans darzulegen, wieso es zu einer Verlängerung der Mindestweiterbildungszeit gekommen ist. ...

Erläuterung:

Der Nachwuchs beklagt oft eine unkollegiale Art der Weiterbildung, die nicht strukturiert und zeitlich zügig an den Weiterbildungsstätten durchgeführt wird.

Erläuterung:

Zurzeit lautet

...

§ 4 MWBO

Art, Inhalt und Dauer

(4)

Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen dieser Weiterbildungsordnung. Die festgelegten Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sind Mindestzeiten und Mindestinhalte. Weiterbildungs- oder Tätigkeitsabschnitte unter sechs Monaten können nur dann auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden, wenn dies in Abschnitt B und C vorgesehen ist. Eine Unterbrechung der Weiterbildung, insbesondere aus Gründen wie Schwangerschaft, Elternzeit, Wehr- und Ersatzdienst – soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt –, wissenschaftliche Aufträge oder Krankheit kann nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden. Tariflicher Erholungsurlaub stellt keine Unterbrechung dar. ...

8. Überprüfung der Psychotherapie-Richtlinien in der (Muster-)Weiterbildung

Der Antrag von Dr. Bertram (Drucksache V-79) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, die Zielstellungen und Inhalte der Psychotherapie-Weiterbildung in den "Psycho-Fächern" (Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie - fachgebunden -) zu überprüfen und abzugleichen.

Begründung:

Die gegenwärtigen Vorschriften zu den Weiterbildungszeiten in den Gebieten Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie lassen zu, dass bei Inanspruchnahme aller alternativen Einsatzbereiche lediglich 24 Monate im gewählten (Haupt-)Gebiet geleistet werden müssen, um den Mindestanforderungen an den Facharztstandard gerecht zu werden.

Zu klären ist, ob Seminare "unter Supervision" oder unter fachlich qualifizierter Leitung (die nicht ausdrücklich formuliert werden muss) stattfinden sollen.

Die Begriffe "wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren", darunter dann ausschließlich "psychodynamisch/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie" sowie "Lernpsychologie" und "Verhaltenstherapie" bzw. "Balintgruppenarbeit" (in der psychoanalytisch/tiefenpsychologischen Psychotherapie), "interaktionsbezogene Fallarbeit" (in der Verhaltenstherapie) bzw. "patientenbezogene Selbsterfahrung" (so ohne Zuordnung zu den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren in der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie - fachgebunden -) sind hinsichtlich ihrer Anwendung im jeweiligen Kontext zu überprüfen und einheitlich zu verwenden.

9. Balintgruppenarbeit in der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Der Antrag von Dr. Scheerer (Drucksache V-45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Innere und Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie zum Erwerb der fachgebundenen Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie/tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist Balintgruppenarbeit obligat verankert.

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt den Landesärztekammern, dass Balintgruppenarbeit durch externe Balintgruppenleiter durchgeführt werden soll. Die Kosten werden von den Weiterbildungseinrichtungen nach den Honorarordnungen der Akademien für ärztliche Fort- und Weiterbildung getragen. Weiterhin sind die fachlichen Voraussetzungen der Balintgruppenleiter in Zusammenarbeit mit den zuständigen Fachgesellschaften abzustimmen. Gleiches gilt für die Weiterbildung in Verhaltenstherapie mit den Leitern der IFA-Gruppen.

Begründung:

Balintgruppenarbeit und IFA-Arbeit ist für die Gruppenteilnehmer Selbsterfahrung im professionellen Feld. Zur Vermeidung fachlicher, persönlicher und institutioneller Abhängigkeiten sind externe Balintgruppenleiter/IFA-Leiter erforderlich. Die Vereinheitlichung der fachlichen Qualifikation der Balintgruppen/IFA-Leiter ist Bestandteil der Qualitätssicherung in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung.

10. Migrationsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte in Europa

Auf Antrag von Frau B. Künanz, Dr. H. Lange und Dr. Hülskamp (Drucksache V-100) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, bei zukünftigen Änderungen oder Überarbeitungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) die MWBO auf die mit EU-Recht vereinbarte Möglichkeit der Migration zu überprüfen.

So soll sichergestellt werden, dass sowohl Ärztinnen und Ärzte aus dem EU-Ausland in Deutschland als auch deutsche Ärztinnen und Ärzte im europäischen Ausland in ihrem Fachgebiet arbeiten können.

Begründung:

Es dürfen weder ausländische Ärztinnen und Ärzte noch deutsche Ärztinnen und Ärzte in ihrer Berufsausübung benachteiligt werden, wenn sie innerhalb der EU migrieren.

Fachberufe im Gesundheitswesen

1. Medizinische Fachangestellte stärker in die medizinische Versorgung einbeziehen

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-12) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert alle Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere die Bundesregierung, die Landesregierungen und die Krankenkassen auf, die personellen Ressourcen der Medizinischen Fachangestellten bzw. Arzthelferinnen für eine flächendeckende, hochwertige ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte endlich gebührend anzuerkennen und aktiv zu nutzen. Neue Berufe oder gar neue Versorgungsebenen in der ambulanten medizinischen Versorgung sind weder notwendig noch effizient: Anstatt durch „Schwester AGnES“ alte Versorgungsmuster wiederzubeleben und neue Schnittstellen zu produzieren, muss die jahrelange Unterfinanzierung der ärztlichen Versorgung endlich gestoppt und eine ausreichende personelle Ausstattung der Arztpraxen sichergestellt werden.

Für die zukünftig veränderten Versorgungsbedarfe in Deutschland (z. B. Zunahme alter, multimorbider, chronisch kranker und pflegebedürftiger Patienten, Bedeutung ernährungsbedingter Krankheiten, Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung) sowie neue Versorgungsformen und -strukturen (Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme, Medizinische Versorgungszentren) stehen mehr als 300.000 Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen zur Verfügung; diese stellen damit die zweitgrößte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar. Ihre Ausbildung wurde zum 01.08.2006 deutlich modernisiert und umfasst sowohl medizinische als auch sozialkommunikative sowie verwaltungsbezogene Handlungskompetenzen einschließlich Telemedizin. Zusammen mit dem Arzt begleiten sie Patienten in Haus- oder Facharztpraxen kontinuierlich über verschiedene Lebensphasen und kennen über Jahre auch deren familiäre bzw. soziale Hintergründe. Durch zahlreiche spezialisierende Fortbildungen, z. B. in den Bereichen Patientenkoordinierung, Prävention, Ernährungsmedizin oder Versorgung älterer Menschen einschließlich Hausbesuchs- und Wundmanagement sind sie deshalb für die anstehenden Aufgaben bestens qualifiziert und einsatzbereit.

Demgegenüber gibt es für eine wirtschaftlichere oder/und bessere Versorgung durch anderes, noch langfristig zu schulendes Personal aus anderen Berufen keine evidenzbasierten Belege. Internationale Studien zeigen im Gegenteil, dass neue Versorgungsebenen keine Kostenersparnis, keine Verbesserung der Patientenzufriedenheit mit den Behandlungsergebnissen und keine Entlastung der Ärzte bringen.

2. Medizinische Assistenzberufe

Der Antrag von Prof. Dr. Bach und Herrn E. Bodendieck (Drucksache V-57) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, dem Phänomen einer zunehmenden "Entprofessionalisierung" der ärztlichen Tätigkeit durch Akademisierungen und Teilqualifizierungen medizinischer Assistenzberufe sowie deren schrittweise Herauslösung aus der ärztlichen Gesamtverantwortung über therapeutische Prozesse besondere Aufmerksamkeit zu schenken und das Thema in Vorbereitung auf den 111. Deutschen Ärztetag 2008 in einer Arbeitsgruppe weiter zu verfolgen.

Begründung:

In den letzten Jahren zeigt sich eine zunehmende Tendenz – sicher im Interesse der Verbesserung der medizinischen Betreuung der Bevölkerung, aber möglicherweise auch zur Durchsetzung berufsständischer Interessen –, bisherige so genannte medizinische Assistenzberufe zu akademisieren und von der ärztlichen Gesamtverantwortung zu lösen.

Hierzu gehören etwa die Einführung von Studiengängen (z. B. Pflege, Physiotherapie) oder die Diskussionen um die Rettungsassistenten, die anästhesietechnischen Assistenten sowie die operationstechnischen Assistenten und schließlich auch die „Schwester-AGnES-Diskussionen“.

Zwei Gründe sprechen aus Sicht der Antragsteller dafür, hierzu einen Ärztetagsbeschluss herbeizuführen:

- Die Qualität der Patientenbetreuung darf nicht durch Parzellierung des Betreuungsprozesses und durch Parallelisierung eigentlich komplexer und teambezogener Handlungsabläufe und damit durch Verlust einer klaren Verantwortungshierarchie gefährdet werden.
- Die damit unweigerlich verbundene Einengung der ärztlichen Handlungsfelder mit den damit verbundenen wirtschaftlichen Implikationen ist aus berufsständischer Sicht auch im Auge zu behalten.

3. Modellprojekt Gemeindeschwester

Der Antrag von Herrn E. Bodendieck (Drucksache V-58) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag stellt die zunehmende Gefährdung flächendeckender hausärztlicher Versorgung fest. Ziel muss die ärztliche Besetzung von Hausarztpraxen sein.

Mit Modellprojekten einer "Gemeindeschwester" sollte lediglich untersucht werden, ob Ärzte entlastet werden können. Es darf nicht dazu führen, dass ein neuer Beruf entsteht.

Die Projektträger werden zudem aufgefordert, den Finanzierungsbedarf des Einsatzes einer qualifizierten Kraft in Hausarztpraxen in den Modellprojekten dezidiert zu untersuchen. Eine Finanzierung bei regelmäßiger Einführung der "Gemeinde-

schwester“ kann nicht aus den Mitteln der ärztlichen Versorgung erfolgen und muss durch zusätzliche Mittel der Krankenkassen abgedeckt werden.

Begründung:

Die Behandlung von Patienten ist und bleibt originäre ärztliche Aufgabe. Die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland fordert einen zunehmend erhöhten medizinischen Aufwand.

Eine flächendeckende ärztliche Versorgung ist durch entsprechende Maßnahmen, wie Bürokratieabbau, Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch in der Praxis, bessere Infrastruktur auf dem Lande und finanzielle Anreize, zu gewährleisten.

Eine Gemeindeschwester kann deshalb nur delegierbare Aufgaben des Arztes im Hausbesuch wahrnehmen. Die Etablierung einer neuen Profession wird abgelehnt!

Die bereits heute im Einheitlichen Bewertungsmaßstab eingestellte Abrechnungsziffer und deren Finanzierung sind keinesfalls deckend, wie durch Hausärzte bereits heute genutzte Möglichkeiten beweisen. Ärzte in der Versorgung müssen bei Unterversorgung Mehrarbeit leisten, welche auch in vollem Umfang abgegolten werden muss. Aus diesem Grunde stehen keine freien Mittel aus der ärztlichen Vergütung für die Arbeit der qualifizierten Kraft zur Verfügung und müssen nach ordentlicher Berechnung zusätzlich zur Aufrechterhaltung der Versorgung unserer älter werdenden Bevölkerung bereitgestellt werden.

4. Qualifikation "Gesundheitsberatung" für Medizinische Fachangestellte

Auf Antrag von Frau Dr. Aden (Drucksache V-82) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Für das Berufsbild Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter soll eine zusätzliche Qualifikationsstufe "Gesundheitsberatung" eingeführt werden. Die Bundesärztekammer wird mit der Ausarbeitung des Konzeptes dieser Zusatzausbildung beauftragt.

5. Beteiligung der Freien Berufe am Nationalen Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in Deutschland (2007 – 2010)

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-11) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag begrüÙt und unterstützt die Beteiligung des Bundesverbandes der Freien Berufe am Nationalen Ausbildungspakt zwischen der Bundesregierung und der deutschen Wirtschaft. Trotz der demotivierenden gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist die Ärzteschaft bereit, durch Schaffung neuer Ausbildungsplätze für Medizinische Fachangestellte nicht nur ihrer sozial- und gesellschaftspolitischen Verantwortung Rechnung zu tragen, sondern auch die personellen Voraussetzungen für die Bewältigung der Versorgungsaufgaben der Zukunft zu schaffen.

Eine neue Ausbildungsverordnung sowie Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte sind geschaffen worden. Um den niedergelassenen Ärzten die Schaffung neuer Ausbildungsplätze überhaupt zu ermöglichen ist es allerdings dringend erforderlich, die jahrelange Unterfinanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung

zu beenden und die Personalkosten in den Arztpraxen kalkulatorisch bei der Finanzierung durch die Krankenkassen stärker zu berücksichtigen.

Durch den Pakt und seine Erfolge konnte bis jetzt gezeigt werden, dass die Einführung einer Ausbildungsplatzabgabe durch die Bundesregierung nicht erforderlich ist. Angesichts des prognostizierten Rückgangs der Schulabgängerzahlen und des absehbaren Fachkräftemangels müssen durch die Akteure im Gesundheitswesen die Weichen für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland gestellt werden. Insbesondere Arztpraxen, die noch nie oder in den letzten zwei Jahren nicht mehr ausgebildet haben, sollten prüfen, ob sie Ausbildungsplätze einrichten können.

Von den Freien Berufen insgesamt werden 4.000 neue Ausbildungsplätze erwartet. Die Landesärztekammern als „zuständige Stellen“ nach dem Berufsbildungsgesetz sowie die Bundesärztekammer unterstützen den Bundesverband der Freien Berufe bei der Umsetzung der übernommenen Verpflichtungen aus dem Pakt.

Flexible Arbeitszeit und Kinderbetreuung

1. Schaffung von mehr Teilzeitstellen an Kliniken und flexible Arbeitszeiten

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Dr. Lux, Dr. Emminger und Dr. Grommek (Drucksache V-62) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitgeber im Gesundheitswesen auf, vermehrt Teilzeitstellen in Kliniken einzurichten und flexible Arbeitszeiten zu ermöglichen, um eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gewährleisten. Dadurch können auch Ärztinnen und Ärzte im Beruf bleiben, die sonst aus dem Beruf ausscheiden würden.

2. Teilzeit – Arbeitgeber – Elternzeit

Auf Antrag von PD Dr. Lindhorst (Drucksache V-51) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert von den Arbeitgebern die Schaffung einer höheren Anzahl von Teilzeitstellen für Ärztinnen und Ärzte, insbesondere um Elternzeiten und Kindererziehung zu ermöglichen.

3. Teilzeit – Leitende Ärzte – Elternzeiten

Auf Antrag von PD Dr. Lindhorst (Drucksache V-52) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Leitenden Ärztinnen und Ärzte auf, sich für die Schaffung von Teilzeitstellen für Ärztinnen und Ärzte einzusetzen, insbesondere um Elternzeiten und die Kindererziehung zu ermöglichen.

4. Ausbeutung und Lohndumping auf Teilzeitstellen

Auf Antrag von PD Dr. Lindhorst (Drucksache V-53) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitgeber und Leitenden Ärztinnen und Ärzte dazu auf, Arbeitsverhältnisse auf Teilzeitstellen für Ärztinnen und Ärzte im Arbeitsalltag auch so zu gestalten, dass Ärztinnen und Ärzte nach Ableistung der vereinbarten Teilzeit ihres Arbeitsvertrags nicht zu unvergüteter Weiterarbeit gezwungen sind.

Der Deutsche Ärztetag verurteilt solche Formen der Ausbeutung und des Lohndumpings.

5. Ausbau bedarfsgerechter Kinderbetreuungseinrichtungen für Kinder von medizinischem Personal, insbesondere Ärztinnen und Ärzten

Der Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Borelli, Dr. Emminger, Frau Dr. Lux und Dr. Grommek (Drucksache V-61) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitgeber im Gesundheitswesen auf, zeitnah bedarfsgerecht arbeitszeitkompatible und arbeitsplatznahe Kinderbetreuungseinrichtungen für die Kinder ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere auch der ärztlichen Mitarbeiter zu schaffen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind zur Betreuung ihrer Kinder in besonderem Maß auf Krippen und Kindergärten mit arbeitszeitkompatiblen Öffnungszeiten angewiesen, da die meisten im Schichtdienst arbeiten oder auch an Feiertagen die Versorgung kranker Menschen gewährleisten.

Das Gesundheitssystem in Deutschland kann es sich nicht leisten, dass hoch qualifizierte ärztliche und andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen mangels adäquater Kinderbetreuung ihrer Tätigkeit nicht nachgehen können.

6. Dringender Ausbau bedarfsgerechter und qualitätsorientierter Kinderbetreuungseinrichtungen

Der Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Borelli, Dr. Emminger, PD. Dr. Lindhorst und Dr. Boie (Drucksache V-85) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt die Bemühungen der Politik, endlich auch in Deutschland entsprechend dem EU-Standard ausreichend viele Kinderbetreuungsplätze für Kinder bis zum Alter von drei Jahren qualitätsorientiert – insbesondere auch im Hinblick auf eine adäquate Ausbildung der Erzieherinnen und Erzieher – bereit zu stellen.

Laut Statistischem Bundesamt sind 3,1 Millionen der insgesamt 4,3 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen Frauen. Das entspricht einem Anteil von 72,3 %, in der Gesamtwirtschaft liegt er bei 44,9 % (Daten für 2005).

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die Kinder haben, sind in besonderem Maße auf Krippen, Kindergärten und Horte mit arbeitszeitkompatiblen Öffnungszeiten angewiesen. Viele sind zudem im Schichtdienst tätig und müssen selbstverständlich auch an Sonn- und Feiertagen den Dienst am Kranken versehen.

Begründung:

In allen Beschäftigungsbereichen in Klinik, Praxis und Forschung sind Ärztinnen und Ärzte als Eltern darauf angewiesen, dass sie ihre Kinder in allen Altersgruppen während ihrer Arbeitszeit gut betreut wissen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie muss schnellstmöglich deutlich verbessert werden, sonst werden weiterhin zu viele Ärzte und Ärztinnen ins Ausland abwandern oder nicht in dem zeitlichen Ausmaß berufstätig sein können, wie sie es selbst wünschen und wie es für die Krankenversorgung erforderlich wäre. Gleichfalls gehen der Wissenschaft vor allem die Forschungsimpulse der jungen Wissenschaftlerinnen verloren, deshalb hat das 209. Plenum der Hochschulrektorenkonferenz im November 2006 entsprechend in seiner Zusammenfassung der wichtigsten Erfordernisse auf die Lösung der Probleme der Vereinbarkeit hingewiesen, die durch die zeitliche Parallelität von Elternschaft und karriererelevanter Qualifizierung entstehen.

Asylbewerber

1. Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung aufenthalts- und asylrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union in der Fassung vom 8. Februar 2007

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-14) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, bei der Umsetzung aufenthalts- und asylrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union die Übermittlungspflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) (und § 11 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)) für öffentliche Stellen (öffentliche Krankenhäuser, Sozialämter) an die Ausländerbehörde im ärztlichen Behandlungsfall aufzuheben. Eine entsprechende Gesetzesänderung würde sicherstellen, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus Ärzte und Krankenhäuser rechtzeitig aufsuchen und Anträge zur Kostenübernahme bei den zuständigen Behörden gestellt werden.

Weiterhin darf die medizinische Hilfe durch Ärzte und medizinisches Personal nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zur illegalen Einreise und zum illegalen Aufenthalt im Sinne des § 96 AufenthG fallen. Eine ausdrückliche Ausnahmeregelung in § 96 AufenthG würde Rechtssicherheit für Ärzte und medizinisches Personal schaffen, die Menschen ohne Aufenthaltsstatus behandeln.

Begründung:

Beide Forderungen wurden seitens der Vertreter der Bundesärztekammer in der Anhörung vor dem Innenausschuss des Deutschen Bundestages zur BT-Drucksache 16/445 vorgetragen. Der Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung aufenthalts- und asylrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union berücksichtigt diese Forderungen nicht und erschwert ärztliches Handeln in unverantwortlichem Maße.

2. Keine Beteiligung von Ärzten bei Altersfeststellung im Asylverfahren

Auf Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser und Prof. Dr. Kahlke (Drucksache V-54) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 in Münster lehnt jegliche Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten zur Feststellung des Alters von Ausländern mit aller Entschiedenheit ab, wie das in der Neufassung des § 49 Aufenthaltsgesetz im Rahmen des geplanten Gesetzes zur Umsetzung aufenthalts- und asylrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union vorgesehen ist.

§ 49 Absatz 6 Satz 1 und 2 sollen wie folgt gefasst werden:

"Maßnahmen im Sinne der Absätze 3 bis 5 mit Ausnahme des Absatzes 5 Nr. 5 sind das Aufnehmen von Lichtbildern, das Abnehmen von Fingerabdrücken sowie Messungen und ähnliche Maßnahmen, einschließlich körperlicher Eingriffe, die von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zweck der Feststellung des Alters vorgenommen werden, wenn kein Nachteil für die Gesundheit des Ausländers zu befürchten ist. Die Maßnahmen sind zulässig bei Ausländern, die das 14. Lebensjahr vollendet haben; Zweifel an der Vollendung des 14. Lebensjahres gehen dabei zu Lasten des Ausländers."

Begründung:

Die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten zur Feststellung des Alters von Ausländern ist mit dem Berufsrecht nicht vereinbar, da es sich dabei weder um eine Maßnahme zur Verhinderung noch um die Therapie einer Erkrankung handelt. In der Regel kommen bei der Altersfeststellung Röntgenstrahlen zum Einsatz, die potenziell gefährlich sind und nur nach strenger medizinischer Indikationsstellung (Röntgenverordnung) angewandt werden dürfen. Außerdem ist die Altersfeststellung durch Röntgen der Handwurzelknochen von Jugendlichen wissenschaftlich höchst umstritten und sollte daher auf keinen Fall angewandt werden.

Verschiedene Aspekte der ärztlichen Berufsausübung

1. Ächtung des "Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" von 1933

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-04) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag unterstützt das Anliegen, welches in dem Antrag der Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD vom 13. Dezember 2006 (BT-Drs. 16/3811) zum Ausdruck gebracht wird, nämlich das nationalsozialistische „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aus dem Jahr 1933 als nationalsozialistisches Unrecht zu ächten.

Der Deutsche Ärztetag bekundet den Opfern und ihren Angehörigen seine Achtung und sein Mitgefühl.

Begründung:

Während der Zeit des NS-Gewaltregimes sind rund 350.000 bis 360.000 Männer und Frauen auf Grundlage des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ zwangssterilisiert worden. 5000 bis 6000 Frauen und ungefähr 600 Männer starben nach diesen Eingriffen. Dort, wo das Gesetz mit dem Grundgesetz kollidierte, ende-

te seine Gültigkeit gemäß Art. 123 Abs.1 GG mit dem Inkrafttreten des Grundgesetzes. Noch bestehende Vorschriften über Maßnahmen mit Einwilligung des Betroffenen wurden 1974 förmlich außer Kraft gesetzt.

1988 stellte der Bundestag in einer EntschlieÙung fest, dass die auf der Grundlage des „Erbgesundheitsgesetzes“ vorgenommenen Zwangssterilisierungen nationalsozialistisches Unrecht waren. Das „Erbgesundheitsgesetz“ selbst wurde jedoch nicht als nationalsozialistisches Unrecht geächtet, weshalb der Nationale Ethikrat in seiner Erklärung vom 14. Dezember 2005 das Anliegen des Bundes der „Euthanasie“ - Geschädigten und Zwangssterilisierten e. V. (BEZ) aufgriff und den Bundestag aufforderte, seine Ächtung auf das Gesetz selbst und zugleich auf jegliche Regelungen solcher Art auszuweiten.

Dieser Anregung kommt der Antrag der Koalitionsfraktionen (BT-Drs. 16/3811) nach. In dem Antrag heisst es: "Die gesetzlich vorgegebene Handlungsanweisung und die aufgrund dieser Anweisung durchgeführten Zwangssterilisationen können vor dem Hintergrund einer totalitären Staatspraxis nicht voneinander getrennt werden. Beides ist Ausdruck der gleichen verbrecherischen nationalsozialistischen "Weltanschauung". Beiden gebührt die gleiche Ächtung."

2. Gesundheitsschutz des Ersthelfers

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V-15) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Länder auf, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, wonach es zu Zwecken des Gesundheitsschutzes der Ersthelfer, wie z. B. Ärzte, Krankenpflegepersonal, Strafvollzugsbedienstete oder Polizeibeamte zulässig ist, bei Unfallopfern oder Beschuldigten die Entnahme einer Blutprobe anzuordnen.

Begründung:

Ersthelfer können während der Ausübung ihres Berufs besonderen Infektionsgefahren ausgesetzt sein. Für eine rasche Diagnose, ob bestimmte Krankheitserreger übertragen wurden und für die Verabreichung einer Postexpositionsprophylaxe ist es im Einzelfall erforderlich, dem Unfallopfer oder dem Beschuldigten eine Blutprobe zu entnehmen. Die politischen Bemühungen, ob das Infektionsschutzgesetz um eine Rechtsgrundlage ergänzt werden könnte, waren auf Bundesebene ergebnislos. Es wurde keine Einigung über den Standort einer gesetzlichen Regelung für die Entnahme von Blutproben zum Zweck der Gefahrenabwehr zugunsten Dritter erzielt. Dieser Zustand ist angesichts der schwerwiegenden drohenden Gefahr einer Infektion und der Eilbedürftigkeit für die betroffenen Ersthelfer untragbar.

Die Länder sind daher aufgerufen, umgehend Abhilfe zu schaffen.

3. Kein Lauschangriff auf Ärzte

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn R. Henke, Dr. Wolter, Frau Dr. Gitter, Dr. Emminger, Dr. Ungemach und Frau Dr. C. Groß M.A. (Drucksache V-27) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 110. Deutschen Ärztetages lehnen den von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzesentwurf zur Verschärfung staatlicher Überwachungsmaßnahmen ("Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Telekommunikations-

überwachung und anderer verdeckter Ermittlungsmaßnahmen sowie zur Umsetzung der Richtlinie 2006/24/EG") ab. Er stellt einen unverantwortlichen Angriff auf die Bürgerrechte, die ärztliche Schweigepflicht und das schützenswerte Patienten-Arzt-Verhältnis dar. So sollen beispielsweise Telefon- und Internetverbindungsdaten unabhängig von einem Verdacht sechs Monate gespeichert werden können.

Besonders schwer wiegt, dass der Gesetzgeber plant, die Freiberufler in eine schützenswerte und weniger schützenswerte Gruppe einzuteilen. Während die erste Gruppe (§ 53b Abs. 1), der Seelsorger, Strafverteidiger und Abgeordnete angehören, besonders vor staatlichen Überwachungsmaßnahmen geschützt bleiben soll, unterliegt die zweite Gruppe (§ 53b Abs. 2), der u. a. auch Ärzte zugeordnet wurden, den verschärften staatlichen Kontrollmaßnahmen. Damit würde ein nicht zu rechtfertigendes Zwei-Klassensystem bei Berufsgeheimnisträgern geschaffen, das insbesondere im Falle der Ärzte zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Medizinern führt.

Die Begründung des Gesetzgebers, staatliche Überwachung zur Bekämpfung von Terrorismus und Kriminalität auszuweiten, ist kein Argument für die geplante Ungleichbehandlung von Berufsgeheimnisträgern einerseits und insbesondere für die Aufweichung von Bürgerrechten und des schützenswerten Arztgeheimnisses andererseits. Mit diesem Gesetzentwurf läuft der Gesetzgeber jeglichen Angemessenheits- und Zweckmäßigkeitserwägungen zuwider, die für Grundrechteingriffe nachprüfbar als Rechtfertigung vorgehalten werden müssen. Es gibt zudem keine schlüssige Begründung dafür, dass das Verhältnis zwischen Abgeordneten und Wählern schützenswerter ist als das zwischen Ärzten und Patienten. Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung deshalb auf, den Gesetzentwurf zurückzuziehen.

4. Lauschangriff

Auf Antrag von Frau A. Nießing (Drucksache V-29) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesregierung und alle an der Gesetzgebung beteiligten Politiker werden aufgefordert, bei der Novellierung des Lauschangriff-Gesetzes die Speicherung und Erhebung von Telefon- und Computerdaten nicht nur bei Abgeordneten, Priestern und Strafverteidigern zu verbieten, sondern auch Ärzte bei der Speicherung auszunehmen.

Begründung:

Die Speicherung greift stark in das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ein und verhindert einen Vertrauensschutz zwischen Arzt und Patient. Historisch ist dieses besondere Verhältnis extra gesetzlich geschützt worden und darf nicht ausgehöhlt werden.

5. Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger

Auf Antrag von Dr. Albrecht und Dr. Wyrwich (Drucksache V-36) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Wir fordern die zuständigen Gremien in Politik und Verbänden auf, die hausärztliche und fachärztliche Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern sowie

anderer pflegebedürftiger Menschen zu stärken. Bei der anstehenden Reform der Pflegeversicherung muss die Ärzteschaft frühzeitig mit einbezogen werden. Des Weiteren fordern wir erneut, das Thema "Sicherung einer umfassenden Versorgung pflegebedürftiger Menschen" zu einem Tagesordnungspunkt des nächsten Deutschen Ärztetags zu machen.

Begründung:

In Deutschland leben derzeit etwa 650.000 Menschen in Pflegeheimen, eine weit größere Anzahl von Pflegebedürftigen wird zu Hause von Angehörigen und Pflegediensten betreut. Aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts steigt die Lebenserwartung und damit auch die Zahl der alten und pflegebedürftigen Menschen stetig an. Die ärztliche, pflegerische und soziale Versorgung vieler pflegebedürftiger Menschen ist dabei zunehmend unzureichend.

Es muss Teil des ärztlichen Selbstverständnisses sein und bleiben, allen Patientinnen und Patienten ein möglichst gesundes Alter und bei Pflegebedürftigkeit und Krankheit eine hochwertige medizinische Versorgung und Lebensqualität zu ermöglichen.

Dazu gehören neben der professionellen ärztlichen Tätigkeit auch gezielte Fort- und Weiterbildung der haus- und fachärztlich tätigen Ärzte und der Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, die an der Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen beteiligt sind.

Die Ärztinnen und Ärzte, die die medizinische Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Heimen, anderen Wohnformen oder zu Hause übernehmen müssen darin unterstützt werden, dies auf fachlich hohem Niveau und für eine angemessene Vergütung tun zu können.

6. *Verlässlichkeit der Information*

Auf Antrag von Dr. Josten, Dr. Hülskamp und Frau Dr. Gitter (Drucksache V-40) wird in zweiter Lesung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag respektiert die Bemühungen des "Aktionsbündnis Patientensicherheit" um die Qualität medizinischer Leistungen, insbesondere um die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen bei ärztlichen Eingriffen.

Die ärztlichen Möglichkeiten zur Hilfe – selbst in äußerst schwierigen Fällen – konnten in den letzten Jahren in erheblichem Umfang erweitert werden, dennoch können medizinische Eingriffe nicht völlig risikolos sein.

Diesem unvermeidbar "risikogeneigten" Handeln des Arztes wird in Deutschland durch Maßnahmen der Fortbildung, der externen Qualitätssicherung, der Zertifizierung, berufsrechtlichen Prüfungen, der systematischen Evaluation sowie der Fehlerauswertung Rechnung getragen.

Die deutsche Ärzteschaft weist mit Nachdruck darauf hin, dass die vom "Aktionsbündnis Patientensicherheit" auf der Basis ausländischer Studien ermittelte und durch Analogien hochgerechnete Zahl von 17.000 Toten in deutschen Krankenhäusern objektiv falsch ist.

Es lässt sich nicht die geringste Evidenz nachweisen, dass diese Zahl die realen Verhältnisse in Deutschland trifft.

Nach sorgfältiger Recherche der zur Verfügung stehenden deutschen Daten der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, der Staatsanwaltschaften und der

Haftpflichtversicherungen ist anzunehmen, dass bei ca. 17 Millionen medizinischen Prozeduren pro Jahr in allen deutschen Krankenhäusern ca. 700 behandlungsbedingte Todesfälle zu verzeichnen sind.

Es ist mehr als unwahrscheinlich, dass die nicht zu Arzthaftungsverfahren führende Dunkelziffer behandlungsbedingter Todesfälle die Differenz von ca. 16.300 Todesfällen ergeben sollte.

Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass die positiven Bemühungen des Aktionsbündnisses durch unseriöse "Zahlen" gefährdet und bei Patienten unnötige Ängste geschürt werden.

Der Deutsche Ärztetag ruft alle Verantwortlichen auf, bei Informationen und Aufklärung über die Folgen des ärztlichen Handelns, evidenzbasierte Erkenntnisse zu nutzen und die Bevölkerung nicht unnötig mit Halbwahrheiten zu verunsichern.

Ziel der deutschen Ärzteschaft ist es, durch offene, selbstkritische, faire und sachgemäße Information aufzuklären und dazu beizutragen, ein realistisches Bild des medizinischen Leistungsgeschehens in Deutschland zu zeichnen.

7. Vertrieb von Blitzlampen oder Lasergeräten zur Selbstanwendung an Privatpersonen

Der Antrag von Frau Dr. Borelli, Dr. Emminger, Frau Dr. Lux und Dr. Grommek (Drucksache V-42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Herstellerfirmen von Lasergeräten und Blitzlampen auf, keine Geräte dieser Art zur selbstständigen Anwendung am Menschen für den Menschen zu vertreiben. Die Anwendung von Lasern und Blitzlampen erfordert besondere Kenntnisse. Ärzte müssen vor dem Gebrauch von Lasern die Laserfachkunde (Laserschutzkurs) erwerben. Aber auch die Behandlung mit Blitzlampen kann bei unsachgemäßem Gebrauch oder Unkenntnis gewisser Vorsichtsmaßnahmen (z. B. Sonnenkarenz) zu unerwünschten Wirkungen, wie Hyperpigmentierungen oder gar Narben führen. Patienten bzw. Menschen allgemein müssen vor dem unsachgemäßen Gebrauch dieser Geräte geschützt werden.

Der 110. Deutsche Ärztetag lehnt den Vertrieb von Lasern und Blitzlampen durch Hersteller aus kommerziellen Gründen an Privatpersonen zur Selbstanwendung kategorisch ab und fordert den Gesetzgeber auf, entsprechende Regelungen zu treffen.

8. Keine Geschlechtsbestimmung vor Ablauf der 12. Schwangerschaftswoche post conceptionem ohne medizinische Indikation

Auf Antrag von Frau Dr. A. Bühren, Dr. Albring, Dr. König und Dr. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache V-43) unter Berücksichtigung des Änderungsantrages von Dr. Döhmen, Herrn B. Zimmer, Dr. Schüller, Dr. Rütz und Dr. Holzborn (Drucksache V-43a) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt die Anwendung neuer Labortests zur Geschlechtsbestimmung ohne ärztliche Indikation vor Ablauf der Frist des straffreien Schwangerschaftsabbruchs ab.

Der Deutsche Ärztetag verwahrt sich entschieden gegen eine durch den Testbefund mögliche Geschlechtsselektion mittels Schwangerschaftsabbruch.

Begründung:

Derzeit bieten eine und ggf. weitere Firmen DNA-Tests im Internet an, mit denen bereits sechs bis acht Wochen nach der Empfängnis mit der Untersuchung des mütterlichen Blutes durch Nachweis des Y-Chromosoms das kindliche Geschlecht festgestellt werden kann.

9. Empfehlungen des Vorstands der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren und Frau Dr. Goesmann (Drucksache V-48) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 110. Deutschen Ärztetags 2007 bekräftigen nochmals die Beschlüsse vormaliger Ärztetage bezüglich der weltweiten Ächtung und Abschaffung der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM). Diese ist als schwere Menschenrechtsverletzung wie auch als Körperverletzung zu ahnden und zu verhindern.

Der 110. Deutsche Ärztetag begrüßt ausdrücklich die inzwischen von einer Arbeitsgruppe des Vorstands der Bundesärztekammer erstellten "Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit von FGM betroffenen Patienten".

Er fordert, diese Empfehlungen einschließlich des inzwischen verfügbaren und umfangreichen Informationsmaterials in die Ausbildung der Studierenden und in die Fortbildung betroffener Fachgruppen zu integrieren und begrüßt das hierzu geplante Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer.

10. Professionelles Marketing der Aktivitäten der Ärzteschaft

Der Antrag von Dr. Lipp (Drucksache V-56) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, einen erfahrenen externen Marketing-Experten mit dem Aufbau einer Marketing-Abteilung für eine professionelle Kommunikation und auch zum Schutz vor ungerechtfertigten Angriffen auf die verfasste Ärzteschaft zu beauftragen.

Begründung:

Die Ärzteschaft sieht sich kontinuierlich Angriffen und diffamierenden Äußerungen seitens der Politik und der Medien ausgesetzt.

Aufgabe einer solchen Marketing-Abteilung soll die gezielte Imagepflege, der Schutz des Ansehens, die Aufrechterhaltung der noch hohen Akzeptanz der Ärzteschaft sowie die Entwicklung und Umsetzung von konkreten strategischen Zielen sein.

11. Doping bei Sportwettkämpfen

Auf Antrag von PD Dr. Lindhorst (Drucksache V-71) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 verurteilt das systematische Doping zur Erzielung von Wettbewerbsvorteilen in jeglicher Form sportlicher Wettkämpfe. Es ist eine ethisch zweifelhafte und überflüssige Maßnahme, menschliche Gesundheit und schwere Schäden bis hin zur Todesfolge durch Doping zu riskieren. Insbesondere die Idee, durch systematische ärztliche Unterstützung von Dopingmaßnahmen angeblich die Sicherheit der Dopenden erhöhen zu können, darf nicht als Rechtfertigung für ärztlich gesteuertes Doping dienen, da dadurch Doping grundsätzlich als ethisch vertretbar eingeschätzt wird und so eine Risikospirale entsteht, die nie zum Stillstand des Dopings führen kann und damit einen Wettlauf mit unnötigen Risiken fördert.

12. Systematisches Doping

Auf Antrag von PD Dr. Lindhorst (Drucksache V-67) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag verurteilt das systematische Doping zur Erzielung von Wettbewerbsvorteilen in jeglicher Form sportlicher Wettkämpfe. Die strafrechtliche Verfolgung systematischen Dopings muss gesetzlich verschärft und durch entsprechende Rechtsprechung verfolgt werden.

13. Industrialisierung des Arztberufs

Auf Antrag von PD Dr. Lindhorst (Drucksache V-68) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag lehnt die "Industrialisierung" des Arztberufs, wie es beispielhaft Diplom-Kaufmann Wolfgang Pföhler, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, gefordert hat, ab.

Der Arztberuf ist von einem individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis geprägt. In dieser Beziehung ist der Patient kein Objekt und Werkstück, das im Rahmen des Fertigungsprozesses optimal zugerichtet werden kann, sondern ein Subjekt und Individuum. Der Mensch Patient wird im Rahmen dieses vom Vertrauen getragenen Prozesses von einem oder mehreren Kollegen beraten und behandelt. Der rein technische Akt wie beim Werkstück steht dabei nicht im Vordergrund der Behandlung und ist nur ein Element der Beratung und Therapie. Auch unter diesen Prämissen sind Verbesserungen in der Organisation der Arbeitsprozesse grundsätzlich möglich.

14. Keine Industrialisierung ärztlicher Tätigkeiten

Auf Antrag von Dr. Tegethoff (Drucksache V-108) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert die Fachgesellschaften auf, einer Industrialisierung ärztlicher Tätigkeiten entgegenzuwirken. Das Vertrauensverhältnis zwischen

Arzt und Patient stellt eine wesentliche Ressource der Behandlung dar und darf nicht durch Entpersonalisierung beeinträchtigt werden.

In großen Krankenhäusern werden Tätigkeiten am Patienten immer weiter aufgeteilt. Schon bei der Aufnahme stehen oft zunächst verwaltungstechnische Dinge im Vordergrund. Die allgemeine Anamnese wird von der Pflegekraft oder der medizinischen Dokumentationsassistent/-in (MDA) erhoben. Der Stationsarzt muss gerade operieren und hat anschließend Bereitschaftsdienst, etc. Ein anderes Beispiel aus der Anästhesie: Die Aufklärung erfolgt in der Ambulanz, die Narkose beginnt in der zentralen Einleitung, sie wird von einem anderen Arzt fortgeführt und endet in der Post Anesthesia Care Unit (PACU) zur Ausleitung. Der Patient hatte keine Möglichkeit, "seinen" Narkosearzt kennen zu lernen.

Die Arzt-Patienten-Beziehung wird durch derartige Organisationsformen nachhaltig gestört. Es liegt in der Hand der Ärzteschaft, dem entgegenzuwirken.

15. Bürokratie-Abbau

Auf Antrag von Prof. Dr. Bach (Drucksache V-83) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, eigengenerierte Bürokratieprozesse abzubauen und dies unter Kontrolle zu nehmen.

Begründung:

Der zunehmenden Bürokratisierung gesellschaftlicher Prozesse unterliegt die Ärzteschaft, die natürlich berufsbedingt einer besonders hohen Regelungsdichte ausgesetzt ist, in außerordentlichem Maße. Dem zu begegnen genügen Appelle an die Politik und den Gesetzgeber nicht allein. Dem Bürokratie-Abbau sollte in den eigenen Verwaltungsstrukturen hohe Aufmerksamkeit gewidmet werden. Nur wenn wir selbst etwas ändern, kann sich etwas ändern.

16. Einrichtung eines W-LAN auf Ärztetagen

Der Antrag von PD Dr. Lindhorst, Dr. Moreth, Dr. Rudolph und Frau Dr. Johna (Drucksache V-114) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, kostenfreie W-LAN-Konten für jeden Delegierten auf den Ärztetagen einzurichten und jedem Delegierten an seinem Sitzplatz damit die Möglichkeit des Einloggens zu geben.

Begründung:

Z. B. die Papierflut der Anträge und Vorträge wird so schrittweise reduziert werden können.

17. Internet-Verfügbarkeit während des Deutschen Ärztetags

Der Antrag von Dr. Miller und Dr. Fabian (Drucksache V-87) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auch im Verhandlungssaal des Deutschen Ärztetags sind den Delegierten ausreichend Internetzugänge zur Verfügung zu stellen. Nachdem die Realisierbarkeit eines Kabelgebundenen Netzwerks aus Kostengründen nicht gegeben ist, soll ein Funknetzwerk (W-LAN) eingerichtet werden. Die Kosten sind zu ermitteln und ins Budget für die Durchführung des Deutschen Ärztetags einzuplanen.

Begründung:

Der Rechner mit Internetzugang ist zum alltäglichen Arbeitsmittel für immer mehr Kollegen geworden, das sie auch und gerade während der Arbeit auf dem Ärztetag nicht missen können. Die meisten Kollegen verfügen hierzu über einen tragbaren Computer, die wenigsten aber über einen direkten Netzzugang z. B. via UMTS. Die Internetarbeitsplätze im Delegiertenzentrum sind bei weitem zu wenig und bedingen, dass der Kollege dann nicht an den Beratungen teilnehmen kann.

Erfahrungen mit den Internetzugängen, die letztlich eine Vernetzung der Kollegen während des Ärztetags darstellen, könnten genutzt werden, um ggf. in späteren Jahren auch Materialien, wie z. B. den Tätigkeitsbericht, Referate oder Zahlenmaterial auf diesem Weg direkt im Saal zur Verfügung zu stellen. Die papiergebundene Schriftform der Anträge in den Beratungen steht für die Antragsteller aus ganz grundsätzlichen Überlegungen heraus absehbar nicht zur Disposition.

18. Unabhängige Patientenberatung (UPD)

Der Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache V-89) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 in Münster begrüßt die Einrichtung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, um die Aufgaben nach § 65 b SGB V (Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung) umzusetzen und fordert die Ärztlichen Landesorganisationen auf, mit diesen Einrichtungen konstruktiv zusammen zu arbeiten.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte machen gute Erfahrungen mit informierten Patientinnen und Patienten, die an medizinischen Entscheidungsprozessen beteiligt werden.

Um verantwortungsvolle Entscheidungen treffen zu können, benötigen Patientinnen und Patienten Informationen über Behandlungsangebote, über Anspruchsgrundlagen aus dem Sozialgesetzbuch V, über ihre Rechte als Patientinnen und Patienten und über Pflichten seitens der Ärztinnen und Ärzte.

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) stellt zudem ein wichtiges Angebot für Ratsuchende dar, die in der komplexen Versorgungslandschaft des deutschen Gesundheitswesens Orientierung suchen.

Sie bietet dafür als gemeinnützige GmbH an bundesweit 22 Standorten modellhaft und niedrigschwellig bis Ende 2010 Patientenberatung an. Fokussiert auf das SGB V umfasst das Angebot sozialrechtliche Information und Beratung und gibt

Hinweise und Anregungen für Patientinnen und Patienten, die Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Leistungsanbietern oder Leistungserbringern und ihnen selbst identifiziert haben.

So reicht das Spektrum der Beratung von der Suche nach krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen über den Check von Privatvereinbarungen bis zum Verhalten bei Verdacht auf Fehlbehandlung.

19. Keine Verschärfung von Gesundheitspatenten

Auf Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser, Dr. Joas, Frau Dr. C. Lutz und Dr. Pickerodt (Drucksache V-90) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 in Münster fordert einen Wandel in der globalen Medikamentenpolitik, wie dies von den Organisationen wie der Gesundheitsorganisation medico international, den kirchlichen Hilfswerken Brot für die Welt und Misereor sowie dem pharmakritischen Netzwerk BUKO Pharma-Kampagne gefordert wird (Bundeskoordination Internationales). Notwendige Arzneimittel sind als öffentliche Güter zu betrachten und eine weitere Verschärfung des Patentschutzes ist nicht hinnehmbar.

Begründung:

Die o. g. Organisationen sowie Gesundheitsexperten aus den USA, Thailand, Kenia, Brasilien, Südafrika und anderen Ländern üben massive Kritik an der globalen Gesundheitssituation. Der beispiellose medizinische Fortschritt der letzten Jahrzehnte ist an der Mehrheit der Weltbevölkerung nahezu vollständig vorbeigegangen. 13 Millionen Menschen sterben jährlich an Krankheiten, die eigentlich behandelbar wären. Angesichts des bevorstehenden G8-Gipfels in Heiligendamm fordern sie, alle Pläne zur Verschärfung des weltweiten Patentrechtes aufzugeben. In der von allen Organisationen unterzeichneten "Berliner Erklärung" heißt es, dass viele Menschen deshalb sterben, "weil Pharma-Patente als De-facto-Monopole dafür sorgen, dass selbst lebensnotwendige Medikamente unerschwinglich teuer sind oder gar nicht erst entwickelt werden."

Systematisch werden die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen, die über keine oder zu geringe Kaufkraft verfügen, vernachlässigt. Damit werden gerade jene Menschen vom Zugang zu Arzneimitteln ausgeschlossen, die sie am dringendsten bräuchten. Alternativen, die einen Zugang zu notwendigen Medikamenten für alle gewährleisten, sind vorhanden. Das spiegelt sich in den jüngsten Auseinandersetzungen um die Außerkraftsetzung von pharmazeutischen Patenten in Thailand und Brasilien und in den Vereinbarungen der Clinton Foundation mit indischen Generika-Firmen zur Sicherstellung einer lebenslangen Behandlung von AIDS-Patienten in Afrika. Ein Politikwechsel müsse deshalb darin bestehen, die lokale Medikamentproduktion in den Entwicklungsländern zu fördern, Patentpools zur einfacheren und kostengünstigeren Handhabung von Lizenzverträgen zu ermöglichen. Um eine Gesundheitsforschung im öffentlichen Interesse zu gewährleisten, fordern die o. g. Organisationen, unter anderem die "direkte öffentliche Finanzierung essentieller Gesundheitsforschung, um gezielt und bedarfsgerecht die Entwicklung von Impfstoffen, Diagnostikverfahren und Arzneimitteln in Auftrag zu geben bzw. über Zuschüsse in Gang zu setzen".

20. Pharmaindustrie - Mein Essen zahl ich selbst (MEZIS)

Auf Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser, Dr. Munte und Dr. Joas (Drucksache V-91) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Die immer subtileren Marketingmaßnahmen der Pharmaindustrie sind für die Ärztinnen und Ärzte kaum noch durchschaubar. Deshalb begrüßt der 110. Deutsche Ärztetag in Münster die Gründung der Initiative MEZIS "Mein Essen zahl ich selbst".

Der Vorstand der Bundesärztekammer sowie die Vorstände der Landesärztekammern werden gebeten, die Initiative zu unterstützen und sie z. B. in ihren Ärzteblättern entsprechend bekannt zu machen.

Der diesjährige Träger der Paracelsus-Medaille, Prof. Dr. Müller-Oerlinghausen, Gründungsmitglied von MEZIS sei hier zitiert: "dass den einseitigen Werbeanstrengungen der Arzneimittelhersteller etwas entgegengesetzt werden muss".

Begründung:

Rund 15 000 PharmareferentInnen reisen durchs Land, um ÄrztInnen neue Medikamente und deren Vorzüge nahe zu bringen – und die Hersteller wollen ihre Werbestrategien noch intensivieren. Dabei gehen pharmazeutische Unternehmen und ihre AußendienstmitarbeiterInnen, die auch auf Kongressen und Messen Präsenz zeigen, durchaus planmäßig vor. Auf der Homepage www.mezis.de können sie lesen: "Mit langem Atem und zusammen mit dem Marktforschungsinstitut IMS analysieren sie das Verschreibungsverhalten jedes Verschreibers und beeinflussen es durch Gespräche, Bücher, Ärztemuster und andere geldwerte Leistungen."

Nur durch zunehmende Einschränkung des direkten Ärztekontaktes kann diese einseitige, unvalidierte Information über Pharmaka unterbunden werden.

21. Für den Erhalt der ambulanten ärztlich-psychosomatisch-psychotherapeutischen Medizin

Auf Antrag von Dr. Lorenzen (Drucksache V-94) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag sieht die Entwicklung der Situation der psychosomatisch-psychotherapeutischen Betreuung von Patienten in ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Praxen mit großer Sorge. Er fordert von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Gemeinsamer Bundesausschuss eine klare Stellungnahme zu Stärkung und Erhalt von ganzheitlich psychosomatischer und psychotherapeutischer Diagnostik, Behandlung und Betreuung in der ambulanten Medizin.

Durch die zunehmende Pauschalisierung der Vergütung ärztlicher Tätigkeit und die damit zusammenhängende Entwertung der sprechenden Medizin ist innerhalb der hausärztlichen und der fachärztlichen Behandlung als Schwerpunkttätigkeit die ärztliche Leistung in absehbarer Zeit nicht mehr wirtschaftlich zu erbringen. Gerade kleine fachärztliche und hausärztliche Praxen mit psychosomatisch psychotherapeutischem Arbeitsschwerpunkt sind in der ambulanten Versorgung unverzichtbar. Durch die neuen Strukturen von Einheitlichem Bewertungsmaßstab/GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sind diese Praxen in ihrer Existenz gefährdet oder müssen entweder nur somatisch oder psychotherapeutisch arbeiten. Der so er-

zwungene Strukturwandel zerstört ein bewährtes psychosomatisches Angebot, das für die Behandlung funktioneller Störungen unverzichtbar ist.

22. Zur Substitutionsbehandlung: Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

Auf Antrag von Dr. Lorenzen (Drucksache V-95) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert eine Novellierung der BtMVV, bei der die medizinische Behandlung Opiatabhängiger nicht mit strafrechtlichen Mitteln reguliert wird. Die Qualitätssicherungs- und Beratungskommissionen der Ärztekammern sollen dazu Vorschläge unterbreiten, wie die Qualitätssicherung durch die Selbstverwaltungsgremien erfolgen kann.

Begründung:

Die substitutionsgestützte Therapie Opiatabhängiger ist eine durch viele Studien belegte evident erfolgreiche Behandlungsform der schweren chronischen Erkrankung "Opiatabhängigkeit". Sie dient der gesundheitlichen Stabilisierung und der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten. Es werden derzeit ca. 65.000 Patienten von etwa 2.700 Ärzten behandelt. Die behandelnden Ärzte sind immer noch mit einem großen bürokratischen Aufwand belastet und einer hohen Gefahr ausgesetzt wegen formaler (nicht medizinischer) Fehler strafrechtlich verfolgt zu werden bei medizinisch angemessenem Vorgehen. Die Regelungen des § 5 BtMVV sind ungeeignet als Instrumente einer medizinischen Behandlung. Wie auch die Behandlung anderer chronischer Erkrankungen sollte eine Qualitätssicherung durch innerärztliche und selbstverwaltete Gremien erfolgen.

23. Vertretung ärztlicher Psychotherapie in der Bundesärztekammer

Auf Antrag von Dr. Munte, Dr. von Römer, Frau Dr. B. Clever, Frau Dr. Ende, Dr. Montgomery, Dr. Ramm, Frau Dr. Bühren und Frau Dr. Groß (Drucksache V-96) unter Berücksichtigung des Änderungsantrages von Dr. Ramm (Drucksache V-96a) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag würdigt das Engagement der Bundesärztekammer, die psychische Dimension von Erkrankungen verstärkt öffentlich zu vertreten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird dringend gebeten, in allen Gremien zu prüfen, auf welche Art und Weise auch die Anliegen Ärztlicher Psychotherapeuten weiter verstärkt unterstützt, gefördert und vertreten werden können. Ziel ist die Schaffung einer strukturell verankerten effizienten und öffentlichkeitswirksamen Interessenvertretung im Sinne der Patienten.

Begründung:

Im Gegensatz zu den ärztlichen Psychotherapeuten haben die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch den Gesetzgeber eigene Heilberufekammern auf Bundes- und Landesebene. Dadurch haben sie die Möglichkeit einer eigenständigen und ausschließlich auf den Bereich der Psychotherapie konzentrierten, wirksamen Profilierung.

Demgegenüber darf die Interessenvertretung der Psychotherapie auf Ärzteseite durch die Bundesärztekammer nicht zu kurz kommen. Unsere ärztliche Kernkompetenz ist die psychotherapeutische und psychosomatische Krankenbehandlung.

24. Ansprache der Bundesgesundheitsministerin Schmidt im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des 110. Deutschen Ärztetags

Auf Antrag von Prof. Dr. Kunze, Dr. Emminger, Dr. Stöckle und Dr. von Römer (Drucksache V-102) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 110. Deutsche Ärztetag stellt mit Bestürzung fest, dass Frau Ministerin Schmidt in ihrer Ansprache auf der Eröffnungsveranstaltung in längeren Passagen öffentlich den Versuch unternommen hat, die innerärztliche Entscheidung zum Inhalt der Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärzte einseitig zu beeinflussen.

Der Deutsche Ärztetag sieht hier die dringend notwendige Neutralität einer Bundesministerin verletzt, abgesehen von der Tatsache, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in dieser Frage gar keine Zuständigkeit hat.

Der 110. Deutsche Ärztetag fordert das Präsidium der Bundesärztekammer auf, diese Kritik und Verärgerung des Deutschen Ärztetages der Ministerin im Rahmen einer Pressemitteilung offiziell zu erklären.

25. Aufnahme eines ethischen Kodex zur Ablehnung der Zusammenarbeit mit der Tabakindustrie in die (Muster-)Berufsordnung

Der Antrag von Frau Dr. Lutz (Drucksache V-103) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 110. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand, die (Muster-)Berufsordnung (MBO) um einen ethischen Kodex zu ergänzen, eine Zusammenarbeit mit der Tabakindustrie abzulehnen.

In Anlehnung an den vom Deutschen Krebsforschungszentrum und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin formulierten Kodex sollte dieser wie folgt lauten:

"Ärztinnen und Ärzten ist aus ethischen Gründen die Zusammenarbeit mit der Tabakindustrie sowie mit Dritten, die maßgeblich von der Tabakindustrie finanziert werden, nicht gestattet. Insbesondere ist Ärzten und Ärztinnen die Annahme von finanziellen Mitteln der Tabakindustrie für Forschungsförderung, Gutachterhonorare, Vortragshonorare, Reisekosten, Wissenschafts- und andere Preise sowie die Mitwirkung an Veranstaltungen der Tabakindustrie oder Dritter, die von der Tabakindustrie maßgeblich finanziert werden, nicht gestattet."

Begründung:

Untersuchungen interner Industriedokumente belegen einen tief greifenden, jahrzehntelangen Einfluss der Tabakindustrie auf die medizinische Forschung in Deutschland. Ärzte und Wissenschaftler haben in großer Zahl teilweise intensiv mit der Tabakindustrie zusammengearbeitet. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Gesundheitsschäden des Rauchens wurden verfälscht und eine effektive Tabakkontrollpolitik blockiert. Es ist bekannt, dass eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und der Tabakindustrie noch immer stattfindet. International wird in zunehmendem Maße die Annahme von Forschungsgeldern der Tabakindustrie von Forschungseinrichtungen abgelehnt. In Deutschland haben kürzlich das Deutsche Krebsforschungs-

zentrum und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin einen ethischen Kodex verabschiedet, der jede Kooperation mit der Tabakindustrie ablehnt. Grundlagen und Argumente für einen solchen Kodex gegen die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit der Tabakindustrie sind kürzlich im Deutschen Ärzteblatt ausführlich dargelegt worden. Aus wissenschafts-ethischen Gründen sollten Ärztinnen und Ärzte jede Form der Zusammenarbeit mit der Tabakindustrie ablehnen:

Erstens werden Kriterien einer freien Wissenschaft nicht erfüllt und zweitens werden Prinzipien der allgemeinen und ärztlichen Ethik verletzt. Ein ethischer Kodex der Bundesärztekammer könnte zu einem Abbruch der für die Tabakindustrie so wichtigen Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten führen. Darüber hinaus würde ein solcher Kodex ein wirksames Signal der Ärzteschaft an Politik und Gesellschaft zu den katastrophalen Folgen der Aktivitäten dieser Industrie darstellen. Die Bundesärztekammer würde international innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung in dieser gesundheitspolitisch wichtigen Thematik eine Vorreiterrolle einnehmen.

26. Befreiung der Medikamente von der Mehrwertsteuer (MwSt.)

Auf Antrag von PD Dr. Scholz, Dr. Moreth, Dr. Rudolph, Dr. Windhorst und Herrn R. Henke (Drucksache V-104) fasst der 110. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer soll initiativ werden mit dem Ziel: "Verschreibungspflichtige Medikamente müssen von der hohen MwSt. befreit werden!"

Hierbei soll die Bundesärztekammer federführend klar stellen, dass bei der Verordnung von Medikamenten nicht der volle hohe Mehrwertsteuersatz berechnet wird, der eine soziale Ungerechtigkeit zu Lasten der Patienten bedeutet. Es muss im Ergebnis der Kampagne als Minimalzugeständnis der reduzierte Mehrwertsteuersatz erreicht werden.

Auch wenn die Begehrlichkeiten bei steigenden Steuereinnahmen von vielen Seiten auf die Politik erfolgt, sollte dieses positive Ansinnen der deutschen Ärztinnen und Ärzte ein spezieller Fall sein; die Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens sind allen Beteiligten bekannt. Dieser Antrag kann einen erheblichen Beitrag zur Reduzierung auf der Ausgabenseite bringen und somit "Luft" für die Budgets und auch Beitragsstabilität aller (!) Versicherten bringen. Auch in der EU sind solche Befreiungen und reduzierten Sätze für Medikamente kein unbekanntes Vorgehen.

Begründung:

Es ist sicher auch in der Bevölkerung eine schwer verständliche Vorgabe in der Finanzpolitik, dass diese sich indirekt über die MwSt. an der "Gesundheit" bedient und keine Befreiung hat, aber Dinge des alltäglichen Lebens (z. B. Katzen-, Hundefutter aber auch Sammel- und Kunstgegenstände, Blumen, Taxi etc.) dem reduzierten Satz unterliegen.

27. Rubrik "Schleichende Rationierung" im Deutschen Ärzteblatt

Der Antrag von Dr. Jonitz (Drucksache V-105) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das Deutsche Ärzteblatt wird aufgefordert, sowohl in der gedruckten als auch in der Internet-Ausgabe eine ständige Rubrik einzurichten, in der exemplarisch über die

alltäglichen extern bedingten Einschränkungen und Behinderungen ärztlicher Arbeit berichtet wird.

Durch die kontinuierliche Information kann nicht nur die Öffentlichkeit besser auf die Urheberchaft von Einschränkungen und Belastungen der Patientenversorgung aufmerksam gemacht, sondern auch Schwerpunkte für die politische Arbeit und Argumentation gesetzt werden.

28. Elektronisches Wahlverfahren

Auf Antrag von Dr. Schade und Prof. Dr. Niebling (Drucksache V-106) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten zu prüfen, ob bei kommenden Wahlen auf Deutschen Ärztetagen ein elektronisches Wahlverfahren bereit gestellt werden kann.

Begründung:

Bei geheimen und schriftlichen Wahlen ist der bisherige Zeitaufwand unwirtschaftlich, ein elektronisches Verfahren bringt zeitschnell exakte Ergebnisse.

29. Öffentlichkeitsdarstellung

Der Antrag von Dr. Handrock, Dr. König und Dr. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache V-107) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Patienten brauchen gezielte gesundheitspolitische Informationen durch die Ärzteschaft von autorisierter Stelle. Leider wurde die Patienteninformation "medizin heute" als Beilage zum Deutschen Ärzteblatt eingestellt. Dieses Forum fehlt der Ärzteschaft zur Weitergabe an die Patienten. Die Fehlinformation durch Presse und Politik macht eine Wiederaufnahme dieser Beilage notwendig.

30. Förderung der automatischen externen Defibrillatoren (AED)

Der Antrag von Dr. Graudenz (Drucksache V-115) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, ihre Einstellung zur Anwendung von automatischen externen Defibrillatoren AED zu überprüfen.

In ihrer Stellungnahme vom 19.06.2006 fordert die Bundesärztekammer, dass die AED nur von Personen angewendet werden, die eine entsprechende Ausbildung haben.

So wünschenswert Ausbildung und Kenntnisse in der Basis-Reanimation sind, würde diese Forderung der sinnvollen Verbreitung und Anwendung entgegenstehen.

Zu Punkt VI der Tagesordnung:
BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER
BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2005/2006
(01.07.2005 - 30.06.2006)

1. Jahresrechnung 2005/ 2006

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI-01) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 – 30.06.2006) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V., Münster.

Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 – 30.06.2006) wird gebilligt.

Zu Punkt VII der Tagesordnung:
ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER
FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2005/2006 (01.07.2005 - 30.06.2006)

1. Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer

Auf Antrag von Dr. Köhler (Drucksache VII-01) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2005/2006 (01.07.2005 - 30.06.2006) Entlastung erteilt.

Zu Punkt VIII der Tagesordnung:
HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR
2007/2008 (01.07.2007 - 30.06.2008)

1. Haushaltsvoranschlag

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-01) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 bis 30.06.2008) in Höhe von EUR 15.144.000,00 wird genehmigt.

Zu Punkt IX der Tagesordnung:

WAHLEN

1. Wahl des Präsidenten

Auf Antrag von Dr. Schüller (Drucksache IX-04) wählt der 110. Deutsche Ärztetag im ersten Wahlgang in geheimer Wahl **Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe** mit 202 von 241 gültigen Stimmen in das Amt des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages.

2. Wahl der Vizepräsidenten

Auf Antrag von Dr. Windhorst (Drucksache IX-07) wählt der 110. Deutsche Ärztetag im dritten Wahlgang in geheimer Wahl **Dr. Frank Ulrich Montgomery** mit 121 von 245 gültigen Stimmen in das Amt des 1. Vizepräsidenten der Bundesärztekammer.

Auf Antrag von Herrn J. Wagenknecht (Drucksache IX-09) wählt der 110. Deutsche Ärztetag im ersten Wahlgang in geheimer Wahl Frau **Dr. Cornelia Goesmann** mit 162 von 241 gültigen Stimmen in das Amt des 2. Vizepräsidenten der Bundesärztekammer.

3. Wahl der weiteren Ärztinnen/Ärzte in den Vorstand der Bundesärztekammer

Auf Antrag von Dr. Schüller, Dr. Mitrenga, Frau A. Haus, Frau E. Köhler, Dr. Wolter und Dr. Windhorst (Drucksache IX-10) wählt der 110. Deutsche Ärztetag im dritten Wahlgang in geheimer Wahl Herrn **Rudolf Henke** mit 128 von 241 gültigen Stimmen in das Amt eines Mitglieds des Vorstands der Bundesärztekammer.

Auf Antrag von Dr. Calles, Dr. Rechl und Dr. Zollner (Drucksache IX-12) wählt der 110. Deutsche Ärztetag im zweiten Wahlgang in geheimer Wahl **Dr. Max Kaplan** mit 120 von 237 gültigen Stimmen in das Amt eines Mitglieds des Vorstands der Bundesärztekammer.

4. Wahl der ordentlichen Mitglieder des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX-01) wählt der 110. Deutsche Ärztetag folgende Persönlichkeiten als ordentliche Mitglieder in den Vorstand des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung:

Prof. Dr. Otto Bach, Dresden
Dr. Franz-Joseph Bartmann, Bad Segeberg
Prof. Dr. Jürgen Gedschold, Magdeburg
Dr. H. Hellmut Koch, München
Prof. Dr. Wilfred Nix, Mainz
Dr. Wolf von Römer, München
Jens Wagenknecht, Varel

5. Wahl des Vorstands der "Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin"

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX-02) wählt der 110. Deutsche Ärztetag folgende Persönlichkeiten in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin:

Prof. Dr. med. Vittoria Braun, Berlin
Dr. med. Cornelia Goesmann, Hannover
Dr. med. Max Kaplan, Pfaffenhausen
Dr. med. Gitta Kudela, Magdeburg
Bernd Zimmer, Wuppertal

6. Wahl des Vorstands der "Deutschen Akademie der Gebietsärzte"

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX-03) wählt der 110. Deutsche Ärztetag folgende Persönlichkeiten in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte:

Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Bad Segeberg
Dr. med. Horst Feyerabend, Hagen
Dr. med. Klaus Ottmann, München
Dr. med. Christa Schaff, Weil der Stadt
Dr. med. Martina Wenker, Hannover

Zu Punkt X der Tagesordnung:

WAHL DES TAGUNGORTES FÜR DEN 112. DEUTSCHEN ÄRZTETAG 2009

1. Wahl des Tagungsortes für den 112. Deutschen Ärztetag 2009

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache X-01) beschließt der 110. Deutsche Ärztetag:

Als Tagungsort für den 112. Deutschen Ärztetag vom 19. bis 22.05.2009 wird Mainz bestimmt.

Für die Richtigkeit
Berlin, den 18. Mai 2007

Dr. Hans-Jürgen Maas

unter Mitwirkung von

Dr. Annegret Schoeller

Karin Brösicke

Markus Rudolphi

Jana Köppen

Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin

12.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin

(Internist / Internistin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin
und
- 24 Monate stationäre Weiterbildung in Innerer Medizin, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können

oder

24 Monate stationäre Weiterbildung in den Facharztkompetenzen 12.2 und/oder 12.3, die in mindestens 2 verschiedenen Facharztkompetenzen abgeleistet werden, davon

- 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Anlage 2 (zu Beschluss IV- 02)



Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern)

(Muster-)Weiterbildungsordnung

**Änderungen in der MWBO, die sich bei
Einführung einer neuen Säule 12.2
„Facharzt/Fachärztin Innere Medizin“ ergeben**

Stand: 17.05.2007

Abschnitt A: Paragrafenteil	5
Begriffserläuterungen	15
Allgemeine Bestimmungen für die Abschnitte B und C	16
Abschnitt B: Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen	17
1. Gebiet Anästhesiologie	19
2. Gebiet Anatomie	21
3. Gebiet Arbeitsmedizin	22
4. Gebiet Augenheilkunde	24
5. Gebiet Biochemie	26
6. Gebiet Chirurgie	27
6.1 FA Allgemeine Chirurgie	29
6.2 FA Gefäßchirurgie	31
6.3 FA Herzchirurgie	32
6.4 FA Kinderchirurgie	34
6.5 FA Orthopädie und Unfallchirurgie	36
6.6 FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	38
6.7 FA Thoraxchirurgie	40
6.8 FA Visceralchirurgie	42
7. Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	44
SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	46
SP Gynäkologische Onkologie	47
SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	48
8. Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	49
8.1 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	51
8.2 FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	53
9. Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	55
10. Gebiet Humangenetik	57
11. Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	59
12. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin	60
12.1 FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	62
12.2 FA Innere Medizin	63
12.3 FA Innere Medizin und SP Angiologie	
FA Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	
FA Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
FA Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	
FA Innere Medizin und SP Kardiologie	
FA Innere Medizin und SP Nephrologie	
FA Innere Medizin und SP Pneumologie	
FA Innere Medizin und SP Rheumatologie	
13. Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	
SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	
SP Kinder-Kardiologie	
SP Neonatologie	
SP Neuropädiatrie	
14. Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
15. Gebiet Laboratoriumsmedizin	
16. Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
17. Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
18. Gebiet Neurochirurgie	
19. Gebiet Neurologie	
20. Gebiet Nuklearmedizin	
21. Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	
22. Gebiet Pathologie	
22.1 FA Neuropathologie	
22.2 FA Pathologie	
23. Gebiet Pharmakologie	
23.1 FA Klinische Pharmakologie	
23.2 FA Pharmakologie und Toxikologie	

24. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin
25. Gebiet Physiologie
26. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie
SP Forensische Psychiatrie
27. Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
28. Gebiet Radiologie
SP Kinderradiologie
SP Neuroradiologie
29. Gebiet Rechtsmedizin
30. Gebiet Strahlentherapie
31. Gebiet Transfusionsmedizin
32. Gebiet Urologie

Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen

Ärztliches Qualitätsmanagement
Akupunktur
Allergologie
Andrologie
Betriebsmedizin
Dermatohistologie
Diabetologie
Flugmedizin
Geriatric
Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
Hämostasologie
Handchirurgie
Homöopathie
Infektiologie
Intensivmedizin
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
Kinder-Gastroenterologie
Kinder-Nephrologie
Kinder-Orthopädie
Kinder-Pneumologie
Kinder-Rheumatologie
Labordiagnostik - fachgebunden -
Magnetresonanztomographie - fachgebunden -
Manuelle Medizin / Chirotherapie
Medikamentöse Tumorthherapie
Medizinische Informatik
Naturheilverfahren
Notfallmedizin
Orthopädische Rheumatologie
Palliativmedizin
Phlebologie
Physikalische Therapie und Balneologie
Plastische Operationen
Proktologie
Psychoanalyse
Psychotherapie - fachgebunden -
Rehabilitationswesen
Röntgendiagnostik - fachgebunden -
Schlafmedizin
Sozialmedizin
Spezielle Orthopädische Chirurgie
Spezielle Schmerztherapie
Spezielle Unfallchirurgie
Sportmedizin
Suchtmedizinische Grundversorgung
Tropenmedizin

...

Begriffserläuterungen

für die Anwendung im Rahmen der (Muster-)Weiterbildungsordnung

- Ambulanter Bereich:** Ärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Tageskliniken, poliklinische Ambulanzen, Medizinische Versorgungszentren
- Stationärer Bereich:** Krankenhausabteilungen, Rehabilitationskliniken, Belegabteilungen und Einrichtungen, in denen Patienten über Nacht ärztlich betreut werden; medizinische Abteilungen, die einer Klinik angeschlossen sind
- Notfallaufnahme:** Funktionseinheit eines Akutkrankenhauses, in welcher Patienten zur Erkennung bedrohlicher Krankheitszustände einer Erstuntersuchung bzw. Erstbehandlung unterzogen werden, um Notwendigkeit und Art der weiteren medizinischen Versorgung festzustellen.
- Basisweiterbildung:** Definierte gemeinsame Inhalte von verschiedenen Facharztweiterbildungen innerhalb eines Gebietes
- Kompetenzen:** Die Kompetenzen (Facharzt-, Schwerpunkt-, Zusatz-Weiterbildungen) spiegeln die Inhalte eines Gebietes wider, die Gegenstand der Weiterbildung und deren Prüfung vor der Ärztekammer sind. Die Inhalte dieser Kompetenzen stellen eine Teilmenge des Gebietes dar.
- Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung:** Anästhesiologie, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Humangenetik, Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologie
- Fallseminar:** Weiterbildungsmaßnahme mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers, wobei unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten anhand von vorgestellten Fallbeispielen und deren Erörterung Kenntnisse und Fähigkeiten sowie das dazugehörige Grundlagenwissen erweitert und gefestigt werden.

Abschnitt B

Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen

Gebiete	FA- und SP-Kompetenz
1. Anästhesiologie	FA Anästhesiologie
2. Anatomie	FA Anatomie
3. Arbeitsmedizin	FA Arbeitsmedizin
4. Augenheilkunde	FA Augenheilkunde
5. Biochemie	FA Biochemie
6. Chirurgie	6.1 FA Allgemeine Chirurgie 6.2 FA Gefäßchirurgie 6.3 FA Herzchirurgie 6.4 FA Kinderchirurgie 6.5 FA Orthopädie und Unfallchirurgie 6.6 FA Plastische und Ästhetische Chirurgie 6.7 FA Thoraxchirurgie 6.8 FA Visceralchirurgie
7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe <i>Schwerpunkte:</i> - Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin - Gynäkologische Onkologie - Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	8.1 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 8.2 FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
9. Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten
10. Humangenetik	FA Humangenetik
11. Hygiene und Umweltmedizin	FA Hygiene und Umweltmedizin
12. Innere Medizin und Allgemeinmedizin	12.1 FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) 12.2 FA Innere Medizin 12.3 FA Innere Medizin und <i>Schwerpunkte:</i> FA Innere Medizin und Angiologie FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie FA Innere Medizin und Gastroenterologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie FA Innere Medizin und Kardiologie FA Innere Medizin und Nephrologie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Innere Medizin und Rheumatologie

Gebiete	FA- und SP-Kompetenz
13. Kinder- und Jugendmedizin	FA Kinder- und Jugendmedizin <i>Schwerpunkte:</i> - Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Kinder-Kardiologie - Neonatologie - Neuropädiatrie
14. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
15. Laboratoriumsmedizin	FA Laboratoriumsmedizin
16. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
17. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
18. Neurochirurgie	FA Neurochirurgie
19. Neurologie	FA Neurologie
20. Nuklearmedizin	FA Nuklearmedizin
21. Öffentliches Gesundheitswesen	FA Öffentliches Gesundheitswesen
22. Pathologie	22.1 FA Neuropathologie 22.2 FA Pathologie
23. Pharmakologie	23.1 FA Klinische Pharmakologie 23.2 FA Pharmakologie und Toxikologie
24. Physikalische und Rehabilitative Medizin	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin
25. Physiologie	FA Physiologie
26. Psychiatrie und Psychotherapie	FA Psychiatrie und Psychotherapie <i>Schwerpunkt:</i> - Forensische Psychiatrie
27. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
28. Radiologie	FA Radiologie <i>Schwerpunkte:</i> - Kinderradiologie - Neuroradiologie
29. Rechtsmedizin	FA Rechtsmedizin
30. Strahlentherapie	FA Strahlentherapie
31. Transfusionsmedizin	FA Transfusionsmedizin
32. Urologie	FA Urologie

12. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Definition:

Das Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-) Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die hausärztliche Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin ist die Erlangung von Facharzt- / **Schwerpunkt**kompetenzen 12.1, 12.2 und/oder 12.3 nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.

Gemeinsame Inhalte der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen Facharzt- / **Schwerpunkt**kompetenzen 12.1, 12.2 und 12.3:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Gesundheitsberatung, der Früherkennung von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, der Prävention einschließlich Impfungen, der Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie der Nachsorge
- der Erkennung und Behandlung von nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Erkrankungen im höheren Lebensalter
- ...etc.

12.1 Facharzt / Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt / Hausärztin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin) nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der gemeinsamen Inhalte der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunktkompetenzen und des Weiterbildungskurses.

Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären ~~internistischen Patientenversorgung~~ Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin, davon können bis zu
 - 12 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden, die auch im ambulanten Bereich ableistbar sind
- und
- 24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, davon können bis zu
 - 6 Monate in Chirurgie (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden
- und
- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den gemeinsamen Inhalten der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen
- der primären Diagnostik, Beratung und Behandlung bei allen auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen im unausgelesenen Patientengut
- ...

12.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin
(Internist / Internistin)

[s. gesonderte Anlage 1 zu Beschluss IV-01]

12.2 12.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie (Internist und Angiologe / Internistin und Angiologin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen Innere Medizin und Angiologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der ~~gemeinsamen~~Inhalte der Basisweiterbildung für die ~~im Gebiet enthaltenen~~ ~~Facharzt-/Schwerpunkt~~kompetenzen.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären ~~internistischen Patientenversorgung~~-Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung ~~im Schwerpunkt~~ in Angiologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- ~~den gemeinsamen~~ Inhalten der Basisweiterbildung für die ~~im Gebiet enthaltenen~~ ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen
- der Erkennung und konservativen Behandlung der Gefäßkrankheiten einschließlich Arterien, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße sowie in der Mitwirkung bei interventionellen Eingriffen und der Rehabilitation
- ...

12.2 12.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie

(Internist und Endokrinologe und Diabetologe / Internistin und Endokrinologin und Diabetologin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der ~~gemeinsamen~~Inhalte der ~~Basisweiterbildung~~ für die im Gebiet enthaltenen ~~Facharzt-/Schwerpunkt~~kompetenzen.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären ~~internistischen Patientenversorgung~~-Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung ~~im Schwerpunkt~~ in Endokrinologie und Diabetologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - 6 Monate in einem endokrinologischen Labor
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- ~~den gemeinsamen~~ Inhalten der ~~Basisweiterbildung~~ für die im Gebiet enthaltenen ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen
- der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung endokriner Erkrankungen der hormonbildenden Drüsen
 - des endokrinen Pankreas, insbesondere des Diabetes mellitus gemäß Zusatz-Weiterbildung,
 - sämtlicher hormonbildender, orthotop oder heterotop gelegener Drüsen, Tumoren oder paraneoplastischer Hormonproduktionsstellen

...

Übergangsbestimmungen:

Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die ~~Schwerpunkt-~~ bzw. Facharztbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie zu führen.

12.2 12.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie (Internist und Gastroenterologe / Internistin und Gastroenterologin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen Innere Medizin und Gastroenterologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der ~~gemeinsamen~~Inhalte der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen ~~Facharzt-/Schwerpunkt~~kompetenzen.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären ~~internistischen Patientenversorgung~~-Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung im ~~Schwerpunkt~~ in Gastroenterologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den ~~gemeinsamen~~ Inhalten der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen
- der Erkennung und Behandlung der Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich Leber und Pankreas sowie der ~~schwerpunktfacharztbezogenen~~ Infektionskrankheiten, z. B. Virushepatitis, bakterielle Infektionen des Intestinaltraktes
- der Endoskopie einschließlich interventioneller Verfahren
- ...

12.2 12.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie

(Internist und Hämatologe und Onkologe / Internistin und Hämatologin und Onkologin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der gemeinsamen Inhalte der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunktcompetenzen.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung-Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung im Schwerpunkt in Hämatologie und Onkologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - 6 Monate in einem hämatologisch-onkologischen Labor
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztcompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den gemeinsamen Inhalten der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen
- der Erkennung, Behandlung und Stadieneinteilung der Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des lymphatischen Systems einschließlich der hämatologischen Neoplasien, der soliden Tumoren, humoraler und zellulärer Immundefekte, hämorrhagischer Diathesen und Hyperkoagulopathien sowie der systemischen chemotherapeutischen Behandlung

...

12.2 12.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie (Internist und Kardiologe / Internistin und Kardiologin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen Innere Medizin und Kardiologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der ~~gemeinsamen~~Inhalte der Basisweiterbildung für die ~~im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunkt~~kompetenzen.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären ~~internistischen Patientenversorgung~~-Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung ~~im Schwerpunkt~~ in Kardiologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- ~~den gemeinsamen~~ Inhalten der Basisweiterbildung für die ~~im Gebiet enthaltenen~~ ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen
- der Erkennung sowie konservativen und interventionellen Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der herznahen Gefäße, des Perikards
- ...

12.2 12.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie (Internist und Nephrologe / Internistin und Nephrologin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen Innere Medizin und Nephrologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der ~~gemeinsamen~~Inhalte der Basisweiterbildung für die ~~im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunkt~~kompetenzen.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären ~~internistischen Patientenversorgung~~Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung im ~~Schwerpunkt~~ in **Nephrologie**, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - 6 Monate in der Dialyse
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- ~~den gemeinsamen~~ Inhalten der Basisweiterbildung für die ~~im Gebiet enthaltenen~~ ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen
- der Erkennung und konservativen Behandlung der akuten und chronischen Nieren- und renalen Hochdruckerkrankungen sowie deren Folgeerkrankungen
- ...

12.2 12.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie (Internist und Pneumologe / Internistin und Pneumologin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen Innere Medizin und Pneumologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der ~~gemeinsamen~~Inhalte der Basisweiterbildung für die ~~im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunkt~~kompetenzen.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären ~~internistischen Patientenversorgung~~-Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung ~~im Schwerpunkt~~ in Pneumologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- ~~den gemeinsamen~~ Inhalten der Basisweiterbildung für die ~~im Gebiet enthaltenen~~ ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen
- der Erkennung und Behandlung der Erkrankungen der Lunge, der Atemwege, des Mediastinums, der Pleura sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen
- ...

12.2 12.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie (Internist und Rheumatologe / Internistin und Rheumatologin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen Innere Medizin und Rheumatologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der ~~gemeinsamen~~Inhalte der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen ~~Facharzt-/Schwerpunkt~~kompetenzen.

Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären ~~internistischen Patientenversorgung~~Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin und
- 36 Monate Weiterbildung ~~im Schwerpunkt~~ in Rheumatologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung absolviert werden können
 - 6 Monate in einem rheumatologisch-immunologischen Labor
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin 2 Facharztkompetenzen aus 12.2 und 12.3 erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- ~~den gemeinsamen~~ Inhalten der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen ~~Facharzt- und Schwerpunkt~~kompetenzen
- der Erkennung und konservativen Behandlung der rheumatischen Erkrankungen einschließlich der entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen wie Kollagenosen, der Vaskulitiden, der entzündlichen Muskelerkrankungen und Osteopathien
- ...

Übergangsbestimmungen für das Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin:

Kammerangehörige, die eine Facharztanerkennung im Gebiet Innere Medizin, eine Schwerpunktbezeichnung bzw. Spezialisierung in der Inneren Medizin oder die Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin besitzen, behalten diese bei.
§ 20 Abs. 8 findet keine Anwendung.

Kammerangehörige, die bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung eine Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin sowie deren Schwerpunkten oder in Allgemeinmedizin begonnen haben, können diese nach den Bestimmungen der bisherigen Weiterbildungsordnung innerhalb einer Frist von 7 Jahren abschließen.

Kammerangehörige, die Facharzt für Allgemeinmedizin sind, können die Anerkennung der neuen Bezeichnung beantragen, wenn sie mindestens 24 Monate Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin nachweisen.

Fachärzte für Allgemeinmedizin, die mindestens 18 Monate Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin nachweisen, können die Anerkennung der neuen Bezeichnung beantragen, wenn sie mindestens 5 Jahre hauptberufliche hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis nachweisen.

Kammerangehörige, die Facharzt für Innere Medizin sind, können die Anerkennung der neuen Bezeichnung beantragen, wenn sie mindestens 5 Jahre hauptberufliche hausärztliche Tätigkeit in eigener Praxis nachweisen.

Für Anträge nach den beiden letzten Absätzen auf Zulassung zur Prüfung gilt eine Frist von 7 Jahren nach Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung. Auf das Anerkennungsverfahren finden die §§ 12 – 16 dieser Weiterbildungsordnung Anwendung.

Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Schwerpunkt- bzw. Facharztbezeichnung Endokrinologie und Diabetologie zu führen.

Abschnitt C

Zusatz-Weiterbildungen

...	
Andologie	
...	
Diabetologie	
...	
Hämostaseologie	
...	
Medikamentöse Tumorthherapie	
...	
Proktologie	
...	
Schlafmedizin	
...	

Andrologie

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Andrologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von männlichen Fertilitätsstörungen einschließlich partnerschaftlicher Störungen und männlicher Kontrazeption, der erektilen Dysfunktion einschließlich Libido-, Ejakulations- und Kohabitationsstörungen, des primären und sekundären Hypogonadismus, der Pubertas tarda sowie der Seneszenz des Mannes.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Andrologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Urologie oder Schwerpunkt- bzw. Facharztanerkennung für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Weiterbildungszeit:

- 18 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2, davon können
- 6 Monate während der Weiterbildung in Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Urologie abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der andrologischen Beratung auch onkologischer Patienten einschließlich Kryokonservierung von Spermatozoen und Hodengewebe
- Störungen der Erektion und Ejakulation
- der interdisziplinären Indikationsstellung zu den Verfahren der assistierten Reproduktion
- den entzündlichen Erkrankungen des männlichen Genitale
- den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung
- der Gynäkomastie
- den psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und der psychologischen Führung andrologischer Patienten
- der Ejakulatuntersuchungen einschließlich Spermaaufbereitungsmethoden
- den sonographischen Untersuchungen des männlichen Genitale
- Nachweis von andrologischen Behandlungsfällen
- der Hodenbiopsie mit Einordnung der Histologie in das Krankheitsbild

Diabetologie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Diabetologie sind integraler Bestandteil der Schwerpunkt- bzw. Facharzt-Weiterbildung in Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie.

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Diabetologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung und Rehabilitation aller Formen der diabetischen Stoffwechselstörung einschließlich ihrer Komplikationen.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Diabetologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin

Weiterbildungszeit:

18 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Diabetologie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 oder Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon können

- 6 Monate während der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin oder in Kinder- und Jugendmedizin abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Vorbeugung, Erkennung und konservativen Behandlung des Diabetes mellitus aller Typen, Formen und Schweregrade einschließlich assoziierter metabolischer Störungen und Erkrankungen
- der Behandlung der sekundären Diabetesformen und des Diabetes mellitus in der Gravidität
- strukturierten Schulungskursen für Typ 1- und Typ 2-Diabetiker mit und ohne Komplikationen, für schwangere Diabetikerinnen sowie Schulungen zur Hypoglykämiewahrnehmung
- der Berufswahl- und Familienberatung bei Diabetikern
- der Früherkennung, Behandlung und Vorbeugung von Diabeteskomplikationen einschließlich des diabetischen Fußsyndroms
- der Ernährungsberatung und Diätetik bei Diabetes mellitus
- der Insulinbehandlung einschließlich der Insulinpumpenbehandlung

Hämostaseologie

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung von okkulten und manifesten Thromboembolien und Blutungsstörungen bei vererbten und erworbenen Hämostasestörungen.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Hämostaseologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung in den Gebieten Chirurgie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin oder für Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Laboratoriumsmedizin, Neurologie oder Transfusionsmedizin

Weiterbildungszeit:

- 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2, davon können
- 6 Monate in **Innere Medizin**, Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Transfusionsmedizin abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Symptomatologie und Diagnostik von arteriellen und venösen Thrombosen
- der antithrombotischen Therapie mit Antikoagulanzen, Thrombozytenfunktionshemmern und Fibrinolytika
- der Symptomatologie und Differentialdiagnostik von Störungen der zellulären und plasmatischen Hämostase
- der Therapie mit Gerinnungsfaktoren, Thrombozyten, anderen Blutkomponenten und Hämostyptika
- der Diagnostik thrombophiler und hämorrhagischer Diathesen
- der Prophylaxe von Hämostasestörungen bei hereditären und erworbenen Diathesen
- der Diagnostik und Therapiesteuerung bei disseminierter intravasaler Koagulopathie und anderen komplexen Hämostasestörungen
- der Therapieüberwachung und Chargendokumentation

Medikamentöse Tumortherapie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie sind integraler Bestandteil der Facharztweiterbildung in Strahlentherapie, der Schwerpunkt- bzw. Facharztweiterbildungen in Gynäkologische Onkologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin und Pneumologie und sowie Kinder-Hämatologie und -Onkologie.

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Anwendung und Überwachung der medikamentösen Therapie solider Tumorerkrankungen des jeweiligen Gebietes einschließlich supportiver Maßnahmen und der Therapie auftretender Komplikationen.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Medikamentöse Tumortherapie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung im Gebiet Chirurgie oder für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Urologie oder Anerkennung einer Schwerpunkt- bzw. Facharztbezeichnung im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin.

Weiterbildungszeit:

12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Medikamentöse Tumortherapie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 oder Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon können

- 6 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Indikationsstellung, Durchführung und Überwachung der zytostatischen, immunmodulatorischen, antihormonellen sowie supportiven Therapie bei soliden Tumorerkrankungen des Gebietes einschließlich der Beherrschung auftretender Komplikationen
- der Durchführung von Chemotherapiezyklen einschließlich nachfolgender Überwachung

Proktologie

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Proktologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Formveränderungen und funktionellen Störungen des Mastdarms, des Afters, des Kontinenzorgans, der Beckenbodenmuskulatur, von Analekzemen, anorektalen Geschlechtskrankheiten und analen Dermatosen.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Proktologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung für Allgemeine Chirurgie, Kinderchirurgie, Visceralchirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere und Allgemeinmedizin, **Innere Medizin**, Innere Medizin und Gastroenterologie oder Urologie

Weiterbildungszeit:

12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2, davon können

- 6 Monate während der Facharztweiterbildung in Allgemeine Chirurgie, Kinderchirurgie, Visceralchirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere und Allgemeinmedizin, **Innere Medizin**, Innere Medizin und Gastroenterologie oder Urologie abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den konservativen und operativen Behandlungsmethoden der Proktologie, einschließlich
 - der konservativen Fissurbehandlung und der Mitwirkung bei operativer Fissurbehandlung
 - Exzision von kleineren peri- und intraanal Geschwülsten wie Thrombosen, Marisken und hypertrophen Analpapillen
 - Behandlung von Hämorrhoidalleiden, z. B. Verödung, Gummibandligaturen
 - Aufsuchen und Sondierung von Analfisteln und Krypten einschließlich Fadendrainagen
 - Mitwirkung bei der operativen Therapie eines Sinus pilonidalis, der Acne inversa und eines Analabszesses
- der digitalen Austastung und Befundung
- der Differentialdiagnostik des Analekzems einschließlich Diagnostik und Therapie der anorektalen Geschlechtskrankheiten und analer Dermatosen
- der Versorgung und Beratung von Stomaträgern
- der Nachsorge bei malignen Tumoren
- der Spekulumuntersuchung des Analkanals
- Proktoskopien
- Rektoskopien
- funktions- und morphologische Diagnostik der analen Schließmuskulatur, z. B. Manometrie, Endosonographie
- der Lokal- oder Regionalanästhesie

Schlafmedizin

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Schlafmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Klassifikation und konservative Behandlung von Störungen der Schlaf-Wach-Regulation und schlafbezogenen Störungen.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Schlafmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, **Innere und Allgemeinmedizin, Innere Medizin**, Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie

Weiterbildungszeit:

18 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 im Schlaflabor, davon können

- 6 Monate während der Facharztweiterbildungen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, **Innere und Allgemeinmedizin, Innere Medizin**, Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- schlafbezogenen Atmungsstörungen und anderen Dyssomnien, Parasomnien sowie Schlafstörungen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen und bei Einnahme und Missbrauch psychotroper Substanzen und Medikamente
- den Grundlagen biologischer Schlaf-Wach-Rhythmen einschließlich deren Steuerung
- der Erfassung tageszeitlicher Schwankungen physiologischer und psychologischer Funktionen
- der Atmungs- und Thermoregulation einschließlich der hormonellen Regulation des Schlafes
- den Grundkenntnissen über Träume und andere mentale Aktivitäten im Schlaf
- ambulanten Screeninguntersuchungen bei schlafbezogenen Atmungsstörungen
- der Durchführung und Befundung von Polysomnographien einschließlich kardiorespiratorischer Polysomnographien und Videometrie
- der Messung von Vigilanzstörungen, Tagesmüdigkeit und Tagesschläfrigkeit mittels psychologischer, computergestützter und polysomnographischer Test- und Untersuchungsverfahren einschließlich MSLT (Multiple sleep latency test)
- der schlafmedizinisch relevanten Arzneimitteltherapie
- verhaltenstherapeutischen Maßnahmen bei Insomnien, Parasomnien, Hypersomnien, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus und schlafbezogenen Atmungsstörungen, z. B. Schlafhygiene, Schlafrestriktion, Stimuluskontrolle
- der Lichttherapie
- nasalen ventilationstherapeutischen Maßnahmen

Die Änderungen in der (Muster-)Weiterbildungsordnung nach der Richtlinie 2005/36/EG

Auszug aus dem Paragraphenteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung
Erläuterung: Die Änderungen sind **fett** hervorgehoben

§ 3 Führen von Bezeichnungen

(1)

Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen dürfen nach Maßgabe dieser Weiterbildungsordnung unter Beachtung der Regeln der Berufsordnung geführt werden.

(2)

Schwerpunktbezeichnungen dürfen nur zusammen mit der zugehörigen Facharztbezeichnung geführt werden.

(3)

Zusatzbezeichnungen dürfen nur zusammen mit der Bezeichnung "Arzt", "Praktischer Arzt" oder einer Facharztbezeichnung geführt werden. Zusatzbezeichnungen, die bestimmten Gebieten zugeordnet sind, dürfen nur zusammen mit den zugeordneten Facharztbezeichnungen geführt werden.

(4)

Hat ein Arzt die Anerkennung für mehrere Bezeichnungen erhalten, darf er sie nebeneinander führen.

(5)

Bezeichnungen und Nachweise gemäß Abs. 1, die von einer anderen deutschen Ärztekammer verliehen worden sind, dürfen in der anerkannten Form im Geltungsbereich dieser Weiterbildungsordnung geführt werden.

(6)

Für die gemäß §§ 18, 18a, 18b und 19 erworbenen Bezeichnungen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

§ 18

Weiterbildung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

Für die Anwendung der §§ 18 bis 18c gelten folgende Begriffsbestimmungen:

1. Ausbildungsnachweis

„Ausbildungsnachweise“ sind Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise, die von einer zuständigen Behörde eines Mitgliedstaates für den Abschluss einer überwiegend in der Europäischen Union absolvierten Ausbildung ausgestellt werden.

2. Zuständige Behörde

„Zuständige Behörde“ ist jede von den Mitgliedstaaten mit der besonderen Befugnis ausgestattete Behörde oder Stelle, Ausbildungsnachweise und andere Dokumente oder Informationen auszustellen bzw. entgegenzunehmen sowie Anträge zu erhalten und Beschlüsse nach der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Amtsblatt der Europäischen Union vom 30. September 2005) zu fassen.

(1)

Wer als Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum **einen Ausbildungsnachweis** für eine **Weiterbildung** besitzt, **der** nach der Richtlinie **2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen** oder nach dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum gegenseitig anerkannt **wird**, erhält auf Antrag das Recht zum Führen einer **dieser Weiterbildungsordnung** entsprechenden **Bezeichnung**. **Die gegenseitig anzuerkennenden Ausbildungsnachweise sind dem Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG sowie den entsprechenden Ergänzungen des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum für die Staaten Liechtenstein, Island und Norwegen zu entnehmen.**

(2)

Stimmt bei Antrag eines Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum die **Bezeichnung** eines **Ausbildungsnachweises** nicht mit **der** für den betreffenden Staat im **Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG** oder **in dem** Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum aufgeführten Bezeichnung überein **und wird eine Bescheinigung der zuständigen Behörde oder Einrichtung vorgelegt**, so erhält er eine Anerkennung für eine entsprechende Kompetenz und das Recht zum Führen einer **dieser Weiterbildungsordnung** entsprechenden Bezeichnung. Aus dieser Bescheinigung muss hervorgehen, dass **der betreffende Ausbildungsnachweis** den Abschluss einer Weiterbildung entsprechend den Bestimmungen **des Anhangs V der Richtlinie 2005/36/EG** oder dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum **bestätigt** oder von dem ausstellenden Mitgliedstaat oder Vertragsstaat mit demjenigen **Ausbildungsnachweis** gleichgestellt **wird, der im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG** oder in dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum aufgeführt ist.

(3)

Die von **dem** Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum in einem der anderen Mitglied- oder Vertragsstaaten **abgeleistete Weiterbildungszeit**, die noch nicht zu einem **Ausbildungsnachweis** gemäß Absatz 1 Satz 1 geführt **hat, ist** nach Maßgabe des § 10 auf die in dieser Weiterbildungsordnung festgesetzten Weiterbildungszeiten ganz oder teilweise anzurechnen.

Dasselbe gilt für **die Weiterbildungszeit**, welche durch **eine** von **der** zuständigen **Behörde** eines Mitglied- oder eines anderen Vertragsstaates **ausgestellten Ausbildungsnachweis, der** nicht unter die Regelungen des Absatz 1 **fällt, belegt ist**, soweit diese **Weiterbildungszeit** der nach dieser Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Mindestdauer der Weiterbildung **entspricht**. Dabei **ist** die im anderen Mitglied- oder Vertragsstaat erworbene Berufserfahrung und dort durchgeführte **Zusatzausbildung** zu berücksichtigen.

(4) entfällt, neu formuliert als § 18a

§ 18a Anerkennung erworbener Rechte

Als ausreichenden Nachweis erkennt die Ärztekammer bei Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union deren von Mitgliedstaaten ausgestellten Ausbildungsnachweis an, der die Aufnahme fachärztlicher Tätigkeit gestattet, auch wenn dieser Ausbildungsnachweis nicht alle Anforderungen an die Ausbildung nach den Artikeln 24 und 25 der Richtlinie 2005/36/EG erfüllt, sofern dieser Nachweis den Abschluss einer Ausbildung belegt, der vor den in Anhang V Nummern 5.1.1. und 5.1.2. der genannten Richtlinie aufgeführten Stichtagen begonnen wurde, und sofern ihnen eine Bescheinigung darüber beigefügt ist, dass der Inhaber während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die betreffenden Tätigkeiten ausgeübt hat.

18b Anerkennung von Drittlanddiplomen

Einem Ausbildungsnachweis gleichgestellt ist jeder in einem Drittland ausgestellte Ausbildungsnachweis, sofern der Arzt in dem betreffenden Beruf drei Jahre Berufserfahrung im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaats, der diesen Ausbildungsnachweis nach Art. 2 Abs. 2 der Richtlinie 2005/36/EG anerkannt hat, besitzt und dieser Mitgliedstaat diese Berufserfahrung bescheinigt.

§ 18c Verfahren für die Anerkennung der Berufsqualifikationen gemäß §§ 18, 18a und 18b

(1)

Die Ärztekammer erteilt auf Anfrage einem Arzt Auskunft zur Weiterbildungsordnung und zum Verfahren.

(2)

Die Ärztekammer bestätigt dem Arzt binnen eines Monats den Empfang der Unterlagen und teilt ihm gegebenenfalls mit, welche Unterlagen fehlen. Das Verfahren für die Prüfung eines Antrags auf Zulassung zur fachärztlichen Tätigkeit muss innerhalb kürzester Frist abgeschlossen werden, spätestens jedoch drei Monate nach Einreichung der vollständigen Unterlagen des Arztes; die Entscheidung muss begründet werden. Diese Frist kann in Fällen, die unter die Kapitel I und II des Titels III der Richtlinie 2005/36/EG fallen, um einen Monat verlängert werden.

(3)

Auf das Verfahren finden in den Fällen des Art. 14 Abs. 1 Buchstaben a) bis c) der Richtlinie 2005/36/EG die Bestimmungen der §§ 10, 12-16 entsprechend Anwendung.

§ 19

Weiterbildung außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

(1)

Eine Weiterbildung in Staaten außerhalb der Europäischen Union oder außerhalb der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum kann ganz oder teilweise angerechnet werden, wenn sie den Grundsätzen dieser Weiterbildungsordnung entspricht und eine Weiterbildung von mindestens 12 Monaten in einer angestrebten **Bezeichnung** in der Bundesrepublik Deutschland abgeleistet worden ist. Gleiches gilt für die Weiterbildung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wenn sie von einem Arzt abgeleistet wurde, der nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates der **Europäischen Union** oder eines anderen Vertragsstaates ist. Auf das Verfahren der Anerkennung finden die §§ 11 bis 16 entsprechende Anwendung.

(2)

Im Übrigen sind die durch die Europäische Union und die Bundesrepublik Deutschland vertraglich eingeräumten Rechtsansprüche, insbesondere in dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum, zu berücksichtigen.

Anlage 4 (zu Beschluss V-01)

Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer

Eingrenzung von Themenfeldern für die 2. Förderphase

- Rahmenempfehlung des Vorstands der Bundesärztekammer vom 30.03.2007 -

Ziele der Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer

- Die durch die BÄK finanzierte Versorgungsforschung soll aus den insgesamt für die Versorgungsforschung wissenschaftlich bedeutsamen Fragestellungen diejenigen herausuchen, die von besonderer gesundheitspolitischer Relevanz für die gesamte Ärzteschaft sind.
- Die Ergebnisse der geförderten Projekte sollen geeignet sein, auch im Sinne einer Politikberatung konkrete Hinweise auf Probleme der gesundheitlichen Versorgung und/oder Vorschläge zu deren Behebung bzw. zur Verbesserung der Versorgungssituation zu liefern.
- Ziel der Förderung von Projekten, die auf musterhaften Untersuchungen an einzelnen Beispielen aus Klinik und Praxis basieren, ist die Übertragung der Projektergebnisse in die Fläche oder in andere Bereiche der gesundheitlichen Versorgung.

Überlegungen für die inhaltliche Ausrichtung der 2. Förderphase

- Die Forschungsfragen sollten inhaltlich weniger "theoretisch" ausgerichtet, sondern an der gesundheitspolitischen Relevanz für die Ärzteschaft orientiert sein. Die Bearbeitung der Forschungsfrage muss jedoch weiterhin auf hohem wissenschaftlichen Niveau erfolgen.
- Angesichts der Begrenztheit des zur Verfügung stehenden Budgets, sollten die Forschungsfragen thematisch noch klarer eingegrenzt werden.
- Die auszuschreibenden Fragestellungen sollten noch stärker im Hinblick auf das Transferpotenzial der Ergebnisse formuliert werden.
- Sofern geeignet, sollten Erfahrungen und alternative Versorgungsmodelle aus dem Ausland in die Betrachtungen einbezogen werden (internationaler Vergleich).
- Der Themenschwerpunkt „Implementierung von Leitlinien“ sollte nicht erneut ausgeschrieben werden. Das Themenfeld wurde in der 1. Förderphase umfassend gefördert (50 % der Projekte). Die verbleibenden Mittel für die 2. Förderphase sollten zugunsten anderer Themen verausgabt werden.
- Die thematische Perspektive des „Physician Factor“ ist für die Förderinitiative von so grundsätzlicher Bedeutung, dass der Themenschwerpunkt „Physician Factor“ als separates Themenfeld aufgelöst und als Querschnittsthema zu allen Themenschwerpunkten mitgeführt wird.
- Grundsätzlich sollten die Fragestellungen so formuliert und ausgeschrieben werden, dass zumindest Teilbereiche für ggf. noch anzubahnende Kooperationen mit wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Akteuren (z. B. KBV) geeignet sind.

Übersicht über eine mögliche Strukturierung der Ausschreibung

– Mögliche Themenfelder –

1 Versorgungsstrukturen

- 1.1 Bedarfsplanung
- 1.2 Optimierung von (sektorenübergreifenden) Versorgungsstrukturen
- 1.3 Nutzen und Risiken von Telemonitoring-Verfahren
- 1.4 Auswirkungen einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte

2 Steuerungsmechanismen

- 2.1 Finanzielle Anreizmechanismen ("Ökonomisierung")
- 2.2 Versorgungssteuerung durch „Qualitätswettbewerb“ am Beispiel der „Qualitätsberichte“

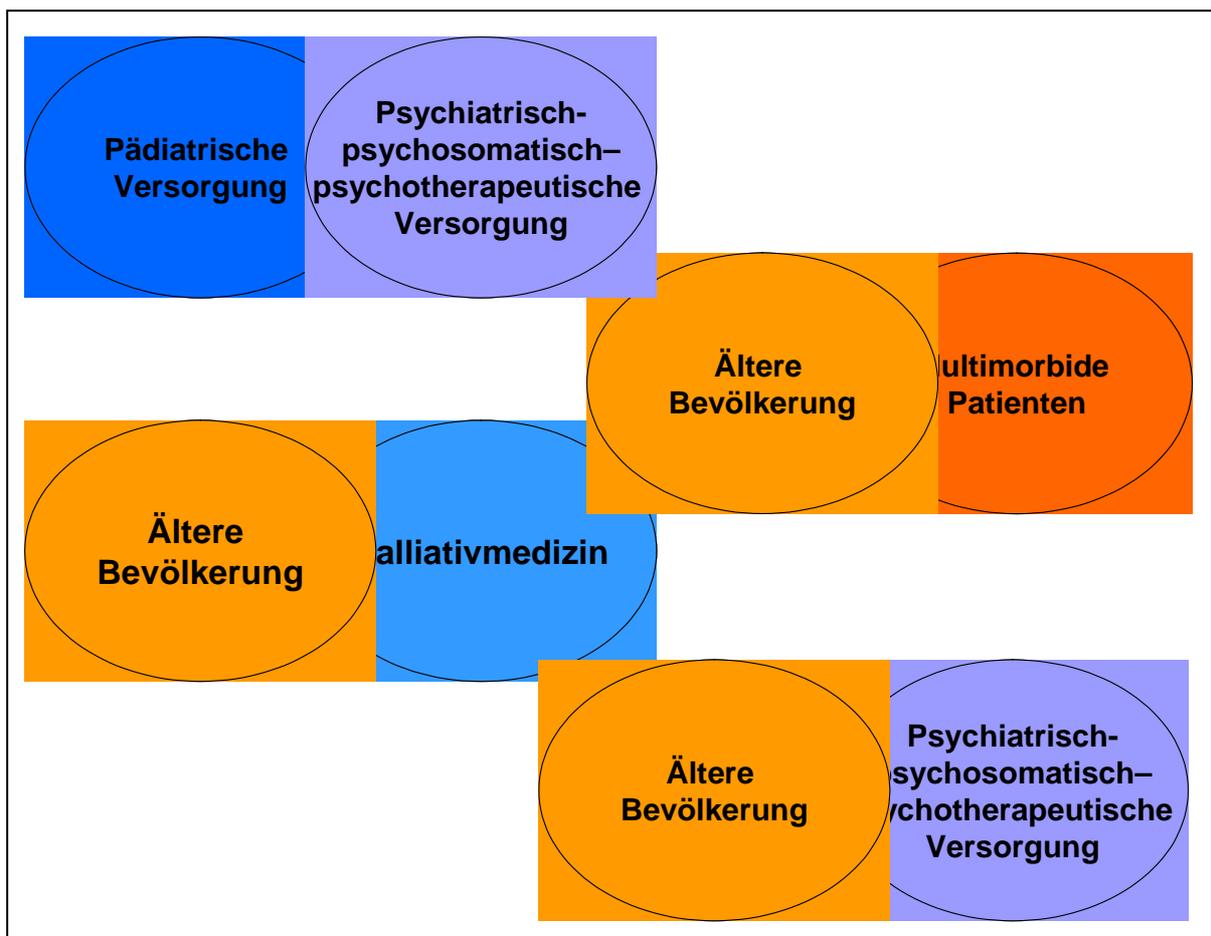
Themenfeld

1 Versorgungsstrukturen

Angesichts des begrenzten Budgets und der eingangs getroffenen Empfehlung, die Forschungsfragen thematisch noch klarer einzugrenzen, hat die SKV sich dafür ausgesprochen, ausgewählte Patientengruppen/Versorgungsbereiche in den Focus der Betrachtungen zu stellen.

1. Versorgung der älteren Bevölkerung¹
2. palliativmedizinische Versorgung in Deutschland²
3. Versorgung multimorbider Patienten
4. Psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung³
5. Versorgung "vulnerabler" Gruppen von Kindern und Jugendlichen⁴

Die genannten Bereiche/Patientengruppen zeigen vielfach auch thematische Überschneidungen:



¹ vgl. auch Entschließung VII-04 des 109. DÄT 2006
² vgl. auch Entschließung VII-70 des 109. DÄT 2006
³ vgl. auch Entschließung II-02 des 109. DÄT 2006
⁴ vgl. auch Entschließung VII-77 des 109. DÄT 2006 sowie Schwerpunktsetzung des 110. DÄT 2007

1.1 Bedarfsplanung

Grundsätzliche Fragestellung könnte sein, für die o. g. Patientengruppen Bereiche in der gesundheitlichen Versorgung zu identifizieren, in denen sich in den nächsten Jahren ein Unter-, Über- oder Fehlversorgungsproblem abzeichnet (Bedarfsplanung).

Mögliche Fragestellungen:

- Welche Instrumente stehen derzeit zur Identifizierung von Unter-, Über- und Fehlversorgungsbereichen sowie für die Planung des zukünftigen Versorgungsbedarfs zur Verfügung?
- Können *Anforderungen an ein bundesweites Monitoring der gesundheitlichen Versorgung und Möglichkeiten der Netzwetkbildung in Deutschland*⁵ formuliert werden, die letztendlich zu einer Datenbasis führen, die für eine Bedarfsplanung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland herangezogen werden könnte? Lässt sich eine Bedarfsplanung für eine der o. g. Patientengruppen auf der Grundlage dieser Datenbasis exemplarisch darstellen?
- Welche Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität lassen sich aus den vorhandenen Routinedaten sowie Daten der Gesundheitsberichterstattung ableiten? Kann anhand dieser Indikatoren die Qualität der Versorgung beurteilt und eine qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt werden kann?
- Kann anhand von Routinedaten (z. B. DRG, KV und Kassen) die Morbidität der Bevölkerung (ggf. regionale Beschränkung) erhoben werden (z. B. ältere, multimorbide oder psychiatrisch erkrankte Menschen)?

1.2. Optimierung von (sektorenübergreifenden) Versorgungsstrukturen

Positivbeispiele (Modells of good practice) zur Optimierung von (sektorenübergreifenden) Versorgungsstrukturen könnten evaluiert und Möglichkeiten der Übertragung in die Fläche bzw. in andere Versorgungsbereiche aufgezeigt und modellhaft erprobt werden.

Die Überlegungen sollten sich auf die o. a. ausgewählten Bereiche/Patientengruppen beschränken.

⁵ vgl. Titel und Anliegen des gemeinsamen Symposiums von BÄK und RKI.

ad 1: Welche Versorgungsstrukturen braucht eine älter werdende Bevölkerung? ("Demographischer Wandel")

In der geriatrischen Versorgung älterer Menschen werden nach wie vor Probleme durch eine unzureichende Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung diskutiert. Einige Modellprojekte haben hier zu einer deutlichen Verbesserung der ambulanten Versorgung geführt.

Mögliche Fragestellungen:

- Wie lassen sich die Altenhilfe-Angebote in einer Region besser vernetzen (z. B. durch Einrichtung von Versorgungsketten)? Wie können sie stärker auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten werden?
- Verbesserung der fachärztlichen (z. B. psychiatrischen) Versorgung für ältere Menschen (insbesondere in Pflegeeinrichtungen)
- Evaluation und Vergleich der Ergebnisse bestehender Projekte
- Bewertung von Modellen aus dem Ausland.

Der Themenbereich hat Schnittstellen zu den Bereichen 2. palliativmedizinische Versorgung in Deutschland, 3. Versorgung multimorbider Patienten und 4. Psychiatrisch-psycho-somatisch-psychotherapeutische Versorgung sowie zu den Themen "Nutzen und Risiken von Telemonitoring-Verfahren" (vgl. 1.3) sowie "Auswirkungen einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte" (vgl. 1.4).

ad 2: Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung

Es gibt in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern eine geringere Vielfalt und Angebotsdichte in der palliativmedizinischen Versorgung.

Mögliche Fragestellungen:

- Welche Fehlanreize könnten für eine palliativmedizinische Unter- oder Fehlversorgung in Deutschland ursächlich sein?
- Sind durch die Einführung des GKV-WSG hier Verbesserungen zu erwarten?
- Wie könnte die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland optimiert werden? Wie kann insbesondere eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung gewährleistet werden?
- Welche vergleichsweise positiven Beispiele gibt es in anderen Ländern?

Der Themenbereich hat ebenfalls Schnittstellen zum Thema "Auswirkungen einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte" (vgl. 1.4).

ad 3: Optimierung der Versorgung multimorbider Patienten

Mögliche Fragestellungen:

- Allgemeine Fragestellung: Wie lässt sich die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ("outcome") bei multimorbiden Patienten erfassen? Welche Verbesserungsmöglichkeiten lassen sich damit aufdecken?
- Welche Behandlungskonzepte für multimorbide Patienten in der Hausärztlichen Versorgung existieren, inwieweit sind diese evaluiert? (z. B. Ausrichtung der "Behandlungsstrategie" auf diejenigen Beeinträchtigungen aus dem gesamten Morbiditätsspektrum, die durch den (älteren) Patienten subjektiv als am belastendsten empfunden werden.)
- (...)

ad 4: Versorgungssituation für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen haben sich in den letzten Jahren neue Strukturen herausgebildet (Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SGB V, Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V, Soziotherapie nach § 37a SGB V).

Mit einem im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung geförderten Projekt könnte - entsprechend des Beschlusses des 109. DÄT 2006 - „die psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung“ untersucht werden. Die Ergebnisse sollen Anhaltspunkte dafür liefern, ein „patientengerechtes Versorgungssystem weiterzuentwickeln“.

Versorgungsstrukturen in anderen (europäischen) Ländern könnten vergleichend herangezogen werden.

Es bietet sich an, die Untersuchung auf die Patientengruppen 1. ältere Bevölkerung und 5. pädiatrische Versorgung vulnerabler Gruppen zu konzentrieren.

ad 5: pädiatrische Versorgung (einschließlich Prävention) vulnerabler Gruppen

Mögliche Fragestellungen:

- Wie kann die pädiatrische Versorgung vulnerabler Gruppen verbessert werden?
- Inwieweit lassen sich die U1 - U9-Untersuchungen für ein "Monitoring" der gesundheitlichen Situation von Kindern nutzen? Wie lassen sich diese Untersuchungen beispielsweise mit den Schuleingangsuntersuchungen des ÖGD vernetzen?
- Welche Modelle für ein "Kinderärztesentinel" wären denkbar, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen abzubilden?

Der Themenbereich hat insbesondere Schnittstellen zum Bereich 4. Psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung.

1.3 Nutzen und Risiken von Telemonitoring-Verfahren

Der 109. DÄT hat angeregt, den Einfluss der elektronischen Information und Kommunikation über und mit den Patienten auf die Versorgungsqualität zu untersuchen⁶. Da die elektronische Gesundheitskarte noch nicht flächendeckend eingeführt ist, erscheint eine begleitende Evaluation im Rahmen der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der BÄK zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht sinnvoll.

Telemonitoring-Verfahren haben in Deutschland jedoch vergleichsweise breite Anwendung gefunden, sodass sich diese Thematik für eine wissenschaftliche Untersuchung eignen würde.

Mögliche Fragestellungen:

- Welche Verbreitung haben Telemonitoring-Verfahren in Deutschland, wie stehen wir im internationalen Vergleich da, welche Ergebnisse liegen bislang vor? (Bestandsaufnahme, Literaturrecherche, Empfehlungen.)
- Welche Vorteile bzw. Nachteile (medizinische, finanzielle, arbeitsorganisatorische) sind mit der Anwendung von Telemonitoring-Verfahren verbunden?
- Wie lässt sich der Bedarf für die Anwendung von Telemonitoring-Verfahren objektiv ermitteln?
- Werden mit der Anwendung von Telemonitoring-Verfahren verbundene Änderungen der Versorgungsqualität ausreichend transparent gemacht?
- Welche Auswirkungen hat die Anwendung von Telemonitoring-Verfahren auf die Arzt-Patienten-Beziehungen?

⁶ vgl. auch Entschließung VII-06 des 109. DÄT 2006

1.4. Auswirkungen einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte

- Entlastung von Ärzten
- Veränderung der Versorgungsqualität

Die Koalitionsvereinbarung von November 2005 und das GKV-WSG sehen eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte vor.

Mögliche Fragestellungen:

- Welche ärztlichen Aufgaben werden im Rahmen der derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen im deutschsprachigen Raum bereits von existierenden bzw. neuen Berufen/Qualifizierungen verstärkt wahrgenommen?
- Verbessert sich die Qualität der Patientenversorgung, wenn nichtärztliche Gesundheitsberufe mit geänderten Funktionen und Aufgaben oder neue Berufe in die Versorgung einbezogen werden?
- Welcher Mehrwert entsteht an welchen Stellen der Versorgung (ambulant/stationär/sectorübergreifend), durch ärztliche Leistungserbringung? (Analyse von Versorgungsprozessketten)
- Welche Effizienzvorteile ergeben sich aus ggf. anderen Aufgabenverteilungen mit Blick auf neue Versorgungsformen (z. B. MVZ, IV, sektorübergreifende Versorgung, Comprehensive Care Center)?
- Welche Chancen und Risiken bedeutet eine verstärkte Einbeziehung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen für das Problem des "Ärztlemangels"?

Themenfeld

2. Steuerungsmechanismen

2.1 Finanzielle Anreizmechanismen („Ökonomisierung“)

2.1.1 Auswirkung der Pauschalvergütung (DRG-Einführung) auf die Versorgungssituation

Dieses Thema wird bereits im Rahmen der 1. Ausschreibungsphase gefördert ("Verändern neue Rahmenbedingungen (DRG's) die ambulante und stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes in Deutschland") und sollte durch ein weiteres Projekt bearbeitet werden (der 2. Antrag wurde jedoch zurückgezogen). Das Thema ist aber nach wie vor von Interesse und könnte noch einmal aufgegriffen werden.

Mögliche Fragestellungen:

- Auswirkungen der Einführung von DRGs auf die Qualität der Krankenversorgung?
- Sind durch die Einführung von DRGs Verlagerungseffekte zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu beobachten?
- (...)

2.1.2 Anreizwirkungen auf die Patientenversorgung durch das RSA-Verfahren

Zurzeit ist noch nicht sicher, wie der „Gesundheitsfonds“ im Detail ausgestaltet werden soll. Insbesondere unklar ist der Mechanismus, mit dem die Gelder an die Krankenkassen verteilt werden.

Mögliche Fragestellungen

- Auf der Basis einer Datenanalyse könnten Fehlanreize des bisherigen RSA-Modells auf die Struktur der Gesundheitsversorgung untersucht werden (Wettbewerb um gesunde Versicherte vs. Wettbewerb um die beste Versorgung kranker Versicherter).
- Untersucht werden könnten auch die Folgen der Ausgleichsfähigkeit für DMP-eingeschriebene Versicherte (seit 2002 bis heute; Diskussion der Ergebnisse auch im Hinblick auf die geplante Einführung weiterer DMPs).

2.1.3 Auswirkungen der Trägerstrukturen („Privatisierung“) von Krankenhäusern auf die Qualität der Krankenversorgung der Bevölkerung

Dieses Thema wird bereits im Vorfeld der 2. Förderphase ausgeschrieben. Je nach Ausrichtung der eingehenden Projektanträge bleiben jedoch ggf. Teilaspekte unberücksichtigt oder es ergeben sich zusätzliche Fragestellungen, die ergänzend ausgeschrieben werden sollten. Nach Begutachtung der eingegangenen Projektanträge Mitte April soll entschieden werden, ob eine weitere Ausschreibung als erforderlich erachtet wird.

2.1.4 Auswirkung unterschiedlicher Trägerstrukturen („Privatisierung“) in der ambulanten Versorgung auf die Qualität der Patientenversorgung

Hier könnten die Auswirkungen von Privatisierungen und Trägerwechsel im ambulanten Bereich (z. B. Praxisketten, MVZ, ambulante Behandlung im Krankenhaus⁷, Comprehensive Care Center) auf die Versorgungsqualität analog zur vorgezogenen Ausschreibung (vgl. 2.1.3) untersucht werden.

Private Trägerschaften im ambulanten Bereich sind noch vergleichsweise selten. Die Entwicklung wird jedoch vermutlich mit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 1. Januar 2007 weiter befördert. Der potenzielle Projektnehmer müsste bei der Darstellung des methodischen Untersuchungsdesigns darlegen, ob die zu untersuchende Grundgesamtheit für eine empirische Analyse bei Projektbeginn (2008) ausreichend groß ist.

2.1.5 Evaluation von Disease Management Programmen

Angesichts der unterschiedlichen Forschungsaktivitäten in diesem Bereich müssten diejenigen Fragestellungen identifiziert werden, die für die Ärzteschaft von besonderer Relevanz sind und noch nicht von anderer Seite hinreichend untersucht werden oder worden sind.

Mögliche Fragestellungen:

- Anreizwirkung auf die Versorgung durch Koppelung an den RSA (vgl. 2.1.2).
- Fehlanreize, möglichst gesunde Patienten in DMPs einzuschreiben
- Fehlanreize, "schlechte Verläufe" und Patienten mit schlechter Compliance auszuschließen.

⁷

vgl. Richtlinie "Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V"

2.2. Versorgungssteuerung durch „Qualitätswettbewerb“ am Beispiel der „Qualitätsberichte“

Durch eine verpflichtende Qualitätsberichterstattung für Krankenhäuser gemäß § 137 SGB V erhofft sich der Gesetzgeber eine bessere Vergleichbarkeit von Leistungen im stationären Bereich und sieht darin ein Anreizinstrument für Wettbewerbsverhalten. Es stellt sich die Frage, ob dies tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung führt oder ob hierdurch nicht sogar Anreize für eine Risikoselektion bei Patienten oder gezielte Fehlberichterstattungen induziert werden. Eine wesentliche Rolle kommt dabei den Qualitätsindikatoren zu, die bisher im Rahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung für ein anonymes Benchmarking der Krankenhäuser untereinander konzipiert waren, nicht jedoch für einen öffentlichen, ungeschützten Vergleich.

Hinweis: Die Bundesärztekammer wird Mitte 2007 erstmals die Daten der Qualitätsberichte aller Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2006 im XML-Format über den Gemeinsamen Bundesausschuss erhalten.

Mögliche Fragestellungen:

- Es stellt sich die Frage, ob die Einführung von vergleichenden Instrumenten der Qualitätssicherung ("Qualitätsberichterstattung") tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung führt
- Werden eventuell sogar Fehlanreize für eine Unter- bzw. Fehlversorgung, z. B. durch Risikoselektion von Patienten gesetzt?
- Die im stationären Bereich verpflichtende Dokumentation und Berichterstattung könnte darüber hinaus auf die Aussagefähigkeit und ggf. Anreizwirkung der zugrunde liegenden Indikatoren hin überprüft werden.
- Wie müsste die Qualitätsberichterstattung geändert werden, damit die beabsichtigten Ziele erreicht werden?