

BESCHLUSSPROTOKOLL  
DES  
112. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES  
VOM 19. – 22. MAI 2009  
IN MAINZ

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>2</b>
<b>Zu Punkt I der Tagesordnung: .....</b>	<b>9</b>
<b>Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik.....</b>	<b>9</b>
1. Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik.....	9
2. Krankenhausfinanzierung.....	15
3. Kooperation statt Konfrontation .....	16
4. Erhalt des Zwei-Säulen-Systems (GKV und PKV) .....	17
5. Einheitliche gerechte Wettbewerbsordnung .....	17
6. Definition von verlässlichen Gesundheitszielen.....	17
7. Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen .....	18
8. Spaltung der Ärzteschaft verhindern .....	18
9. Generelle Einführung eines Kostenerstattungsprinzips.....	18
10. Sektorenübergreifende Versorgung.....	19
11. Nach Schließung von Krankenhäusern – Gelder in der Versorgung belassen.....	19
<b>Zu Punkt II der Tagesordnung: .....</b>	<b>20</b>
<b>Patientenrechte in Zeiten der Rationierung.....</b>	<b>20</b>
1. Patientenrechte in Zeiten der Rationierung sichern.....	20
2. Kein Mitteleinsatz für Maßnahmen mit Wellness-Charakter durch die Kostenträger.....	23
3. Förderung von Eigenverantwortung bei den Themen Rationierung und Patientenschutz.....	23
4. Keine Privatisierung in einem priorisierten Gesundheitswesen.....	23
5. Konzept eines Gesundheitsrats entwickeln.....	23
<b>Zu Punkt III der Tagesordnung: .....</b>	<b>24</b>
<b>Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf Heute und in Zukunft .....</b>	<b>24</b>
1. In Freiheit und Verantwortung für eine gute ärztliche Versorgung in Deutschland .....	24
2. Für eine Revitalisierung der Selbstverwaltung .....	25
3. Regionale Verantwortung statt zentraler Dirigismus.....	26
4. Ärztliche Selbstverwaltung stärken.....	26
5. Freier Beruf Arzt – Verpflichtung gegenüber dem Patienten .....	26
6. Rationierung gefährdet ärztliche Freiberuflichkeit .....	27
7. Freiberuflichkeit und ärztliche Kollegialität im Dienste der Patientenversorgung .....	27
8. Freiberuflichkeit des Arztes ist das Privileg des Patienten .....	29
9. Freiberuflichkeit im Krankenhaus .....	30
10. Einer Trivialisierung des Arztberufs entgegenwirken.....	30
11. Qualitätssicherung in ärztlicher Hand.....	30
12. Vertrauenminderndes Verhalten von Krankenkassen – Unterminierung der Freiberuflichkeit.....	30
<b>Zu Punkt IV der Tagesordnung:.....</b>	<b>32</b>
<b>Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung .....</b>	<b>32</b>
1. Gesundheit und soziale Teilhabe von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in unserer Gesellschaft.....	32
2. Berliner Papier zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen .....	34

3.	Behindertengerechte Durchführung der Deutschen Ärztetage.....	36
4.	Barrierefreie Arztpraxen.....	36
5.	Empirische Studien zu Diagnostik und Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung unterstützen.....	36
6.	Versorgungsforschung zu den Anforderungen zur Betreuung von Mehrfachbehinderten .....	36
7.	Finanzierung Sozialpädiatrischer Zentren .....	36
8.	Ausreichende Finanzierung Sozialpädiatrischer Zentren .....	37
9.	Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren über das 18. Lebensjahr hinaus.....	37
10.	Abschaffung von Zuzahlungsregelungen und Leistungsausschlüssen .....	37
11.	Medizinische Versorgung von Menschen mit seelischer Behinderung.....	37
12.	Flexibilisierung von "Off-Label"-Verordnungsmöglichkeiten .....	38
13.	Menschen mit Behinderung – verlängerte Anerkennungszeit in der Rentenversicherung .....	38
14.	Subventionierung von Arbeitsplätzen für behinderte Menschen .....	38
<b>Zu Punkt V der Tagesordnung:.....</b>		<b>39</b>
<b>(Muster-)Weiterbildungsordnung – Sachstandsbericht .....</b>		<b>39</b>
Projekt Evaluation der Weiterbildung .....		39
1.	Evaluation der Weiterbildung.....	39
2.	Zugang zu den Ergebnissen der Evaluation der Weiterbildung.....	40
3.	Weiterentwicklung der Weiterbildung .....	40
4.	Online-Befragung Evaluation.....	41
5.	Evaluation der Weiterbildung – Pflicht jedes Weiterbilders .....	41
6.	"Strukturierter Dialog" nach Evaluation der Weiterbildung .....	42
7.	Erfassung Konsiliar- und Belegärzte .....	42
Finanzierung der Weiterbildung .....		42
1.	Ärztliche Weiterbildung – Struktur und Finanzierung.....	42
2.	Finanzierung der Weiterbildung in Klinik und Praxis .....	43
3.	Weiterbildungsaufwand ist zu erstatten .....	44
Allgemeine Weiterbildungsangelegenheiten .....		44
1.	Kriterien für die persönliche Eignung des Weiterbildungsbefugten .....	44
2.	Baldige Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung .....	44
3.	Überarbeitung der Weiterbildungsordnung auf dem 114. Deutschen Ärztetag .....	44
4.	Realistische Weiterbildungskataloge verwirklichen .....	45
5.	Weiterbildung in niedergelassenen Praxen .....	46
6.	Weisungsungebundenheit in der Weiterbildung .....	46
7.	Zusatz-Weiterbildung für Radiologische Diagnostik .....	46
8.	Befristung von Arbeitsverträgen unter Bezugnahme auf die Weiterbildungsordnung .....	47
9.	Quereinstieg in die Weiterbildung Allgemeinmedizin erleichtern.....	47
Förderung der Allgemeinmedizin .....		47
1.	Förderprogramm Allgemeinmedizin – Vertragsverhandlungen aufnehmen .....	47
2.	Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin .....	48
3.	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.....	48
<b>Zu Punkt VI der Tagesordnung:.....</b>		<b>49</b>
<b>Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer.....</b>		<b>49</b>
1.	Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer.....	49

<b>Zu Punkt VII der Tagesordnung:</b> .....	<b>50</b>
<b>Änderung des § 3 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage</b> .....	<b>50</b>
1. Änderung des § 3 Satz 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage .....	50
<b>Zu Punkt VIII der Tagesordnung:</b> .....	<b>51</b>
<b>Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer</b> .....	<b>51</b>
Versorgungsforschung .....	51
1. Förderinitiative Versorgungsforschung: Expertise „Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien“ .....	51
2. Angemessene Versorgungsforschung.....	52
3. Analyse der öffentlichen Wahrnehmung der Ergebnisse der Versorgungsforschung .....	52
4. Förderung und Finanzierung unabhängiger medizinischer Forschung .....	52
5. Förderung unabhängiger Arzneimittelforschung.....	52
6. Expertise Arzneimittelforschung: Offenlegung von Interessenkonflikten.....	53
7. Ausbau der unabhängigen Arzneimittelforschung .....	54
8. Verbrauch finanzieller Ressourcen durch Institutionen im Gesundheitswesen.....	54
Telematik/elektronische Gesundheitskarte (eGK).....	54
1. Unzureichende Berücksichtigung der Interessen von Patienten und Ärzten bei der Konzeption der eGK.....	54
2. Ablehnung der Einführung einer Online-Infrastruktur für die eGK .....	56
3. eGK-Projekt: Nur Freiwilligkeit kann für Akzeptanz sorgen .....	56
4. Saubere Testung der Telematikstruktur der eGK und dezentraler Alternativen vor Einführung im Online-Rollout – Gründlichkeit vor Schnelligkeit! .....	57
5. Online-Anbindung und Schutz der Vertraulichkeit der Patientendaten.....	58
6. Forderungen zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) .....	59
7. Elektronische Gesundheitskarte und Basis-Rollout.....	60
8. E-Card Foto .....	60
9. Offene Fragen zur elektronischen Gesundheitskarte .....	60
10. Schnellstmögliche Schaffung der technischen Organisation und rechtlichen Voraussetzungen für die Herausgabe des elektronischen Heilberufsausweises .....	62
11. Ärztekammer als Treuhänder von Patientendaten .....	62
12. Evaluation des Kosten-Nutzen-Verhältnisses bei Einführung der elektronischen Gesundheitskarte .....	63
13. Elektronische Gesundheitskarte und Organspendebereitschaft.....	63
14. Empfehlung zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bei elektronischer Kommunikation .....	63
15. Gemeinsames Konzept für die elektronische Gesundheitskarte .....	64
Ärztliche Ausbildung.....	64
1. Keine Einführung eines Bachelor-/Masterstudiengangs in der Medizin .....	64
2. Bachelor und Master werden abgelehnt .....	64
3. Bologna-Prozess für das Medizinstudium stoppen.....	65
4. Bologna-Prozess: Medizinstudiengang in Europa harmonisieren .....	66
5. Verbesserung der Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr (PJ) des Medizinstudiums.....	66
6. Blockpraktika in Lehrpraxen .....	67
7. Praktisches Jahr in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen .....	67
8. Freie Entscheidung der Medizinstudierenden über den Ort des Praktischen Jahres.....	68

9.	Befreiung von der Studiengebühr in der Zeit zwischen Praktischem Jahr und Zweitem Abschnitt der Ärztlichen Prüfung .....	68
10.	Zulassung zum Medizinstudium .....	68
11.	Splitting Zweites Staatsexamen.....	68
12.	Verkürzung des Krankenpflegepraktikums auf zwei Monate .....	69
13.	Patientengerechte Ausbildung sichern .....	69
14.	Sorge um ärztlichen Nachwuchs – Verfahren zur Vergabe von Studienplätzen.....	69
15.	Attraktivität des Medizinstudiums und ärztlicher Nachwuchs – Ausbau von Blockpraktika .....	70
16.	Rasche Vorsorge für genügend Medizinstudienplätze für das Doppelabitur .....	70
17.	Famulatur in der Arbeitsmedizin .....	70
18.	Praxisnahe ärztliche Ausbildung.....	71
Arzneimittel/Betäubungsmittel.....		71
1.	Arzneimitteltherapiesicherheit: Hochwertige neutrale Informationen zu Risiken von Arzneimitteln in Deutschland. Kennzeichnung neuer Arzneimittel.....	71
2.	Arzneimitteltherapiesicherheit.....	72
3.	Verordnung von Psychopharmaka nur nach ärztlicher Indikationsstellung .....	72
4.	Erleichterung der Substitution Opiatabhängiger an Wochenenden und Feiertagen .....	73
5.	Gegen Doping im Leistungs- und Breitensport.....	74
6.	Angleichung der Arzneimittelpreise im stationären und ambulanten Bereich .....	75
7.	Qualitätssicherung opiatgestützter Therapien .....	75
8.	Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer.....	75
9.	Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger .....	76
Qualitätssicherung .....		76
1.	Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Qualitätssicherung .....	76
2.	Qualitätssicherung: Zusammenspiel von Bundes- und Landesebene.....	77
3.	Keine Mindestmengen ohne unabhängige Folgenabschätzung.....	78
4.	Möglichkeiten und Grenzen von Routinedaten bei der Qualitätssicherung .....	79
5.	Clearing von Zertifizierungswildwuchs.....	80
6.	Externe Qualitätssicherung – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) .....	80
7.	Einbeziehung der Landesärztekammern in die zukünftigen Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137a SGB V .....	81
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) .....		82
1.	Gesundheitsökonomie: Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG .....	82
Allgemeinmedizin .....		83
1.	Förderprogramm Allgemeinmedizin.....	83
2.	Regionale Weiterbildungsverbände für Allgemeinmedizin gründen .....	84
Palliativmedizin .....		85
1.	Ambulante Palliativversorgung .....	85
2.	Ambulante Palliativversorgung stärken .....	85
Ethik.....		86

1. Aktives Bekenntnis zu ärztlich-ethischem Bewusstsein im Sinne des „Hippokratischen Eides“ .....	86
2. Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids.....	86
Sozialpsychiatrie .....	88
1. Fortbestand der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sichern .....	88
Krankenhaus.....	88
1. Verpflichtung der Länder zu Investitionsleistungen .....	88
2. Ambulante Versorgung am Krankenhaus gemäß § 116b SGB V.....	88
3. Neustrukturierung familienfreundlicher Krankenhäuser.....	89
4. Übertragung der Einziehung und Eintreibung stationärer Zuzahlung auf Krankenhäuser .....	90
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) .....	90
1. Aufforderungen der Krankenkassen zum rechtswidrigen Upcoding von Diagnosen im Rahmen der GKV-Finanzierung durch den Gesundheitsfonds .....	90
2. Überprüfung durch den MDK – Beauftragung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen .....	91
3. Abschaffung von Praxisgebühr und Notfallpraxisgebühr.....	92
4. Ablehnung der Vorschläge des Fritz Beske Instituts (igsf) zur Zuzahlung .....	92
Private Krankenversicherung (PKV) .....	92
1. Zukunft des PKV-Systems.....	92
Kostenerstattung .....	93
1. Schutzbedürftige Gruppen vor Überforderung schützen .....	93
2. Generelle Wahlmöglichkeit für Kostenerstattung.....	93
3. Sachleistungssystem und Kostenerstattung.....	93
4. Kein Kostenerstattungsprinzip bei stationärer Behandlung .....	93
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) .....	94
1. Stärkung von Kostenerstattungsprinzip und GOÄ .....	94
2. Novellierung der GOZ als Präjudiz für die Novellierung der GOÄ .....	94
3. Öffnungsklausel nach § 2a-neu – GOZ-E.....	95
Kinderschutz .....	95
1. Instrumentalisierung von Kindern durch TV-Sendungen .....	95
2. Schutz der Kinder und Jugendlichen vor kinderpornographischem Missbrauch .....	96
3. Persönlichkeitsrechte von Kindern in den Medien stärken .....	96
4. Kindeswohlgefährdung im Fernsehen – Patientenschutz notwendig .....	97
5. Entwurf des Kinderschutzgesetzes – Präzisierung der Ausführungsbestimmungen.....	97
Prävention .....	97
1. Risikofaktoren für eine ungünstige Kindesentwicklung frühzeitig erkennen .....	97
2. Keine Laissez-faire-Haltung bei der Verhütung von HIV-Infektionen .....	98
Pandemie .....	99
1. Fortführung der Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie geboten .....	99
Gesundheitspolitik.....	100
1. Forderung nach einer Reaktion der Politik auf das "Ulmer Papier" .....	100

2. Einführung des "Verursacherprinzips" zur Mitfinanzierung im Gesundheitswesen – Maßnahmen gegen zunehmenden Suchtmittelmissbrauch .....	100
Bereitschaftsdienst/Notarzt .....	101
1. Anerkennung der Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit .....	101
2. Sicherung der Besetzung der Notarztstandorte.....	101
3. Qualität im Rettungsdienst erhalten.....	101
Ausübung von Heilkunde .....	102
1. Indikationsstellung zur Physiotherapie ist ärztliche Aufgabe .....	102
2. Medikamentenverordnung durch nichtärztliche Berufsgruppen .....	103
3. Berufsbezeichnung Osteopathie für nichtärztliche Heilberufe .....	103
4. Ausbildungsstandards und Berufsaufsicht für Heilpraktiker .....	104
5. Modellvorhaben nach § 63c SGB V – gegen eine Deprofessionalisierung des Arztberufs .....	104
Nichtärztliche Mitarbeiter.....	104
1. Medizinische Fachangestellte: Umsetzung der neuen Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“.....	104
2. Delegation ärztlicher Leistungen: Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit des Patienten durch nichtärztliche Praxisassistentinnen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V .....	105
Ärztetag.....	106
1. Anträge des Vorstands für den Deutschen Ärztetag .....	106
2. Medienpolitik der Bundesärztekammer professionalisieren .....	106
3. Tagesordnung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden .....	106
4. Analyse der Gremienstruktur der Bundesärztekammer.....	106
5. Darstellung der Ergebnisse von Vorstandsüberweisungen im Tätigkeitsbericht .....	107
Patientensicherheit und -beratung .....	107
1. Patientensicherheit: Gesundheitsinformationen in Deutschland und in Europa.....	107
2. Unabhängige Patientenberatung .....	108
Sonstiges .....	109
1. Gendiagnostikgesetz .....	109
2. Postexpositionsprophylaxe .....	109
3. Optimierung der heimärztlichen Versorgung .....	109
4. Information über medizinische Versorgung Nichtversicherter .....	111
5. Berichterstattung über Amoklauf in Winnenden .....	111
6. Kommission Menschenversuche im Nationalsozialismus .....	111
7. Weiterbildungspraxen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	112
<b>Zu Punkt IX der Tagesordnung:.....</b>	<b>113</b>
<b>Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 – 30.06.2008).....</b>	<b>113</b>
1. Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 – 30.06.2008).....	113
<b>Zu Punkt X der Tagesordnung:.....</b>	<b>114</b>
<b>Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 – 30.06.2008) .....</b>	<b>114</b>

1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 – 30.06.2008).....	114
<b>Zu Punkt XI der Tagesordnung:.....</b>	<b>115</b>
<b>Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010) .....</b>	<b>115</b>
1. Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010) .....	115
<b>Zu Punkt XII der Tagesordnung:.....</b>	<b>116</b>
<b>Wahl des Tagungsortes für den 114. Deutschen Ärztetag 2011 .....</b>	<b>116</b>
1. Wahl des Tagungsortes für den 114. Deutschen Ärztetag 2011 .....	116

## **Zu Punkt I der Tagesordnung:**

### **GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND ÄRZTLICHE BERUFSPOLITIK**

#### **1. Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn PD Dr. Benninger (Drucksache I - 01c) und von Herrn Dr. Köhne und Herrn Dr. Hülskamp (Drucksache I - 01d) fasst der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Die Ursachen für die Krise der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind bestens bekannt und ziehen mehr und mehr das gesamte Gesundheitswesen in Mitleidenschaft.

Statt jedoch den wahren Ursachen der Krise in unserem Gesundheitswesen nachzugehen, hat im Zentrum der Gesundheitsreformen der letzten Jahre die Zerschlagung des sogenannten Korporatismus gestanden, eine Auseinandersetzung mit der angeblichen „ärztlichen Dominanz“ und allgemein die Demontage des Selbstverwaltungsprinzips im Gesundheitswesen.

Die Folgen sind: Die Patientenversorgung hat sich spürbar verschlechtert, die gemeinsame Selbstverwaltung in der GKV ist mehr oder weniger entmündigt und fungiert nur noch als verlängerter Arm des Staates. Die Gesundheitsausgaben sind zwar gestiegen, halten jedoch mit den Chancen, Möglichkeiten und Leistungen der Medizin nicht Schritt. Durch die resultierende Mittelknappheit werden Ärzte in den Streik und die Krankenkassen in die Unterfinanzierung getrieben.

Die Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige, soziale und stabile Gesundheitsversorgung werden sich durch die internationale Finanz- und Wirtschaftskrise nochmals verschlechtern. Der Deutsche Ärztetag appelliert deshalb an den Gesetzgeber, an problemorientierten, dem Primat des Patientenwohls verpflichteten Lösungen zu arbeiten. Dabei drückt die deutsche Ärzteschaft ihr Unverständnis aus, mit welcher Geschwindigkeit und Leichtigkeit die Politik Milliardensummen zur Kompensation einer fehlgeleiteten Finanzpolitik und zur Konsolidierung von Banken und Unternehmen aufwendet, während Patienten, Ärzte und Bürger unseres Landes seit Jahren heftig um vergleichsweise kleine Zuwächse an den Finanzmitteln der GKV kämpfen müssen. Die Folge ist eine zunehmende Verlagerung der Probleme auf zukünftige Generationen. Sie werden die Schulden der heutigen Finanzkrise zurückzahlen müssen, sei es durch Kapitaltransfer oder Inflation.

Auf Basis seiner Grundsatzüberlegungen von Ulm 2008 stellt der Deutsche Ärztetag folgende Prüfsteine für eine neue, vorausschauende Gesundheitspolitik auf:

##### 1. Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips

In Zeiten der Krise ist der Ruf nach dem Staat eine naheliegende, aber nicht immer die beste Lösung. Leistungsfähigkeit und soziale Stabilität demokratischer Gesellschaften beruhen auf der Emanzipation des Einzelnen bei gleichzeitiger Verinnerlichung von Verantwortlichkeit für die Allgemeinheit. Die Dauerkrise unseres Gesundheitswesens wird nicht durch mehr Staat, sondern nur durch Förderung von Verantwortlichkeit bei allen Beteiligten des Gesundheitswesens überwunden werden.

Die deutsche Ärzteschaft bringt als Bestandteil ihres beruflichen Selbstverständnisses traditionell eine hohe Verantwortlichkeit für den einzelnen Patienten und ein

professionelles Engagement zur ständigen Optimierung der medizinischen Versorgung mit. Der Deutsche Ärztetag verlangt, die teils verdeckte, teils offene Destabilisierung der ärztlichen Selbstverwaltung in den Gesundheitsreformen der letzten Jahre endlich abzustellen. Eine starke Selbstverwaltung ist keine Konkurrenz zum Staat, sondern entlastet und ergänzt den Staat aufgrund ihrer Bürgernähe und Fachkompetenz.

Der Deutsche Ärztetag wiederholt seine Grundsatzposition von Ulm als Forderung an die Gesundheitspolitik: Der Staat muss sich auf eine subsidiäre Rolle rückbesinnen und stabile Rahmenbedingungen für ein freiheitliches Gesundheitswesen gewährleisten, statt durch immer mehr Bürokratie die medizinische Versorgung zu blockieren.

## 2. Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten

Zur Förderung der individuellen Verantwortlichkeit zählt eine Übernahme von mehr Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit, unterstützt durch Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Auch eine informierte Entscheidung der Versicherten für eine besondere Versorgungsform, zum Beispiel ein strukturiertes Behandlungsprogramm, oder eine stärkere finanzielle Eigenbeteiligung, zum Beispiel in Gestalt von freiwilligen Selbstbehalt- oder Kosten-erstattungstarifen, trägt zu mehr Gesundheits- und Kostenbewusstsein bei.

## 3. Ausstieg aus dem Hamsterrad

Obwohl mehr Geld in die GKV fließt, ist die Unzufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis größer geworden. Dies ist das paradoxe Ergebnis einer Gesundheitspolitik, die die ärztliche Leistung, aber auch die Leistungen anderer Gesundheitsberufe, nur noch als Kostenfaktor betrachtet.

Hauptursache der Frustration der Ärztinnen und Ärzte ist das Getriebensein im Hamsterrad. Die durch die Gesundheitsreformen der letzten Jahre verursachte, gleichermaßen patienten- und arztfeindliche Fließband- und Billigmedizin hat dazu geführt, dass die nachwachsende Ärztegeneration den Einstieg in die kurative Medizin scheut oder dem deutschen Gesundheitswesen für immer den Rücken kehrt.

## 4. Ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten und Wertschätzung ärztlicher Leistung

Der Deutsche Ärztetag fordert Rahmenbedingungen für eine zuwendungsintensive Medizin, damit die Patientinnen und Patienten nicht auf Symptome reduziert, sondern in der Ganzheit ihrer subjektiven Befindlichkeit und ihres Versorgungskontexts wahrgenommen werden können.

Eine zuwendungsintensive Medizin erfordert Zeit und eine Bewertungsphilosophie, die ärztliche Leistung nicht am Maßstab einer Massenabfertigung von Patienten herunterrechnet, sondern den Wert einer persönlichen, qualitativ hochwertigen Versorgung für den Einzelnen und die Allgemeinheit anerkennt.

## 5. Stärkung ärztlicher Freiberuflichkeit statt Kommerzialisierung

Das freiberufliche Selbstverständnis des Arztes, seine medizinisch-fachliche Weisungsungebundenheit und seine im ärztlichen Berufsethos und im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl der Patienten stellen den wirksamsten Patientenschutz dar. Dies gilt umso

mehr, je mehr das Gesundheitswesen für Preiswettbewerb geöffnet und als austauschbarer Kapitalanlagemarkt entdeckt wird.

Private Träger oder sonstige private Investoren von medizinischen Versorgungseinrichtungen sollten deshalb zu einer Reinvestition von Gewinnen in die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung verpflichtet werden. Darüber hinaus fordert der Deutsche Ärztetag, dass auch angestellte Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) weisungsfrei in medizinisch-fachlichen Angelegenheiten bleiben müssen.

#### 6. Flächendeckende Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung

Der Deutsche Ärztetag betrachtet mit Sorge, dass die Patientenversorgung zunehmend Gegenstand rein kommerzieller Interessen zu werden droht und Kapitalgesellschaften vor allem niedergelassene Fachärzte verdrängen. Sollte diese Entwicklung so weitergehen, wird sich nicht nur die Qualität der Patientenversorgung in Richtung Entindividualisierung und Anonymisierung verändern, sondern es droht auch eine Standortselektion zulasten wirtschaftlich uninteressanter, strukturschwacher Regionen.

Eine flächendeckende wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung wird nur durch engagierte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufrechtzuerhalten sein. Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb, ärztliche Freiberuflichkeit speziell in der ambulanten Versorgung strukturell zu unterstützen, zum Beispiel durch Förderung von MVZ in ärztlicher Trägerschaft.

#### 7. Drohende Unterfinanzierung im stationären Bereich endlich beseitigen

Im stationären Bereich ist es dringend erforderlich, die Krankenhausfinanzierung mit dem Ziel einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Patientenversorgung zeitnah auf eine solide, zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Auf diese maßgebliche Forderung der Ärzteschaft ist leider auch das erst Anfang des Jahres verabschiedete und in Kraft getretene Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eine klare Antwort schuldig geblieben. In Anbetracht der weiterhin enormen und die Versorgung gefährdenden Finanzierungslücken im stationären Sektor fordert der Deutsche Ärztetag nachdrücklich ein Finanzierungsprogramm, welches eine realistische Refinanzierung der Aufgaben – orientiert an den tatsächlichen Krankenhausleistungen – ermöglicht. Dies muss in der Kalkulation der Basisfallwerte berücksichtigt werden. Darüber hinaus muss auch die Investitionskraft der Krankenhäuser gestärkt werden. Die aktuelle Entwicklung zeigt mehr als deutlich, dass die Kliniken mit Kostensteigerungen konfrontiert werden. Deswegen ist zu befürchten, dass Krankenhäuser eine Kompensation der resultierenden finanziellen Belastungen durch eine weitere Reduktion der derzeit schon unzureichenden Personalausstattung anstreben müssen. Diese kann in den nächsten zwei Jahren zu einer erheblichen Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung im stationären Sektor führen.

#### 8. Ärztekammern als Garanten für ärztliche Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung statt sozialgesetzlicher Überregulierung

Durch den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zahlreiche zusätzliche Regelungen im SGB V im Hinblick auf die ärztliche Qualifikation geschaffen worden, die sich als bürokratisches Ärgernis und faktische Zugangsbarriere erweisen. Für viele Ärztinnen und Ärzte ist es nicht nachvollziehbar, warum trotz erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung und Kammerfortbildungszertifikat zusätzliche Auflagen nach Richtlinien des

Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) absolviert werden müssen, um eine Leistung erbringen zu dürfen.

Der Deutsche Ärztetag stellt klar, dass die ärztliche Qualifikation und die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung sich in erster Linie am ärztlichen Berufsrecht ausrichten. Ärztliche Weiterbildung und Fortbildung sowie die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung sind zentrale Regelungsinhalte des ärztlichen Berufsrechts und liegen in der Zuständigkeit der Ärztekammern. Sozialgesetzliche Zusatzregelungen, zum Beispiel in Gestalt von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, sollten nicht routinehaft, sondern nur dort erlassen werden, wo auch tatsächlicher und entsprechend begründeter Regelungsbedarf besteht. Der Deutsche Ärztetag appelliert an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die von ihm selbst produzierte Bürokratie im Bereich der Strukturqualitätsanforderungen und seiner anderen Qualitätssicherungsrichtlinien abzubauen.

#### 9. Konzentration des solidarisch finanzierten Leistungsangebots auf das originäre Leistungsversprechen

Mit begrenzten Mitteln kann kein unbegrenztes Leistungsversprechen finanziert werden. Der Leistungsumfang im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung muss auf ein seinen Grundsätzen – medizinisch notwendig, ausreichend und zweckmäßig – entsprechendes Maß zurückgeführt werden. Wellness-Angebote oder andere „Lockvogel“-Angebote mögen zwar dem Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen dienen, führen jedoch zu einer Überforderung des Solidarsystems.

#### 10. Transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums

Statt Zweckentfremdung von Solidarbeiträgen für Krankenkassenwettbewerb, Rationierung und Einführung von Zweiklassenmedizin, befürwortet der Deutsche Ärztetag eine transparente Differenzierung des Versorgungsspektrums in eine Regelversorgung, die den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, sowie darauf aufbauende zusätzliche Versorgungsangebote.

Die fakultativen, frei wählbaren Versorgungsangebote dürfen nicht aus den Solidarbeiträgen für die Regelversorgung quersubventioniert werden und setzen deshalb eine stärkere finanzielle Eigenbeteiligung der Versicherten voraus.

#### 11. Stabiler Ordnungsrahmen für Sicherstellungsauftrag und Vertragswettbewerb

Die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts setzt einen stabilen Kollektivvertrag voraus. Dieser kann durch die Neukonstruktion der hausarztzentrierten Versorgung im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) in Frage gestellt werden, da es sich hierbei nicht um einen Selektivvertrag für eine besondere Versorgungsform handelt, sondern quasi um einen konkurrierenden Kollektivvertrag für die eine der beiden tragenden vertragsärztlichen Säulen, die hausärztliche Versorgung.

Selektivverträge dürfen nur als Ergänzung, und nicht als Konkurrenz zu den kollektivvertraglichen Regelungen konzipiert werden. Der Deutsche Ärztetag befürwortet die Erprobung neuer, von Haus- und Fachärzten gemeinsam getragener Modelle für eine patientenzentrierte Versorgung, zum Beispiel auf Basis einer Zusammenführung der §§ 73b und c SGB V. Im Interesse der Patientinnen und Patienten muss eine Abschottung der hausärztlichen von der fachärztlichen Versorgung verhindert werden.

## 12. Förderung transsektoraler Vernetzung

Der Deutsche Ärztetag spricht sich nachdrücklich für die Überwindung der Sektorsierung des deutschen Gesundheitswesens unter Beibehaltung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ aus. Der Patient mit seiner Erkrankung muss Ausgangspunkt für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen und -abläufe sein. Sowohl die Bedarfsplanung, die Qualitätssicherung, die Weiterbildung und Fortbildung als auch die Honorierung ärztlicher Leistungen müssen zukünftig aus sektorenübergreifendem Blickwinkel betrachtet werden.

Die Arbeit von hochqualifizierten Fachärzten in der Klinik und in der Praxis ist ein Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems. Dieses Strukturelement würde durch eine planlose Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen bedroht. Die derzeitigen Regelungen über ambulant erbringbare Leistungen nach § 116b SGB V sind hochkonfliktiv, da neben unstreitig zur Maximalmedizin gehörenden Spezialdisziplinen der Medizin gleichrangig auch Elemente flächendeckender Versorgung mitgeregelt werden sollen. An ihrer Stelle sollten daher freiwillige Kooperationsmodelle von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern gefördert werden, die zu einer sinnvollen Ergänzung des Versorgungsangebots bei seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen führen.

## 13. Strukturelle Weiterentwicklung der GKV

Die Grundsteinlegung für eine nachhaltige und generationengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens durch den Gesundheitsfonds ist misslungen. Mit dem Gesundheitsfonds sollte die Aussicht auf eine Entkopplung der Beiträge von den Arbeitskosten eröffnet werden, dies ist aber nicht erfolgt. Durch die Rezession wird es zu Beitragsausfällen von mindestens drei Milliarden Euro kommen, die durch Steuermittel gegenfinanziert werden müssen. Dem stehen jedoch zu erwartende Einbrüche bei den Steuereinnahmen im zweistelligen Milliardenbereich gegenüber.

Der Deutsche Ärztetag fordert, den Gesundheitsfonds grundsätzlich neu zu überdenken. Die Krankenkassen sollten bis auf weiteres ihre Beitragssätze wieder selbst festlegen können, um auf die Wirtschaftskrise flexibel und effizient reagieren zu können. Voraussetzung hierfür ist eine strukturelle Weiterentwicklung der GKV. Hierzu zählen u. a. eine schrittweise Abkehr vom reinen Umlageverfahren und eine stufenweise Einführung von Kapitaldeckung und Bildung von Altersrückstellungen.

Eine Sanierung der in der Krise steckenden GKV zu Lasten der privaten Krankenversicherung (PKV) lehnt der Deutsche Ärztetag ab. Durch eine Zwangseingliederung der PKV in die GKV und Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds wird zwar die Einnahmehasis verbreitert. Bereits mittelfristig aber dürften die Entlastungseffekte dieser Maßnahme von den bekannten Strukturdefiziten der GKV nicht nur eingeholt, sondern auch auf einen weiteren Personenkreis ausgedehnt worden sein.

## 14. Erhaltung der privaten Krankheitsvollversicherung

Der Deutsche Ärztetag lehnt eine „GKVisierung“ der PKV ab. Im Schatten einer Einheitsversorgung würde genau das entstehen, was durch die Koexistenz von GKV und PKV in Deutschland bislang vermieden werden konnte: Zweiklassenmedizin und graue Gesundheitsmärkte.

Die private Krankheitsvollversicherung muss als Wahlmöglichkeit erhalten und im Sinne eines echten Wettbewerbs zwischen GKV und PKV einem größeren

Versichertenkreis zugänglich gemacht werden, zum Beispiel durch Absenkung der Versicherungspflichtgrenze, der sogenannten „Friedensgrenze“.

Der Deutsche Ärztetag lehnt die willkürliche Destabilisierung des PKV-Systems durch die Einführung des Basistarifs, die erschwerten Wechselbedingungen von der GKV in die PKV und andere Regelungen ab, die im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) eingeführt worden sind. Diese Regelungen sind weder versicherungsökonomisch zwingend erforderlich noch nutzen sie dem Gesamtsystem.

#### 15. Stärkung von Kostenerstattungsprinzip und GOÄ

Kostenerstattung fördert die Transparenz und stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten. Der Deutsche Ärztetag spricht sich deshalb für eine stärkere Erprobung von sozialverträglichen Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen in der GKV aus.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die Bundesärztekammer ihren Vorschlag für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) so weiterentwickelt, dass die Gebühren nicht bloß die betriebswirtschaftlichen Kosten abbilden, sondern eine Wertschätzung ärztlicher Leistung ausdrücken. Die neue GOÄ soll im Sinne einer Referenzgebührenordnung die maßgeblichen Orientierungswerte für die Vergütung ärztlicher Leistungen auch außerhalb der PKV vorgeben.

Der Deutsche Ärztetag fordert ein klares Bekenntnis der Politik und der PKV zur Neufassung der GOÄ auf Basis des Vorschlags der Bundesärztekammer. Eine Angleichung der GOÄ an den EBM wird strikt abgelehnt.

#### 16. Erhaltung der Innovationsfähigkeit

Besondere Herausforderungen im Hinblick auf die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens stellen die Implementierung von Innovationen und die Priorisierung von Gesundheitsleistungen dar. Letztere wird aufgrund der dauerhaften Finanzierungsprobleme des GKV-Systems wahrscheinlich unvermeidbar sein. Um auch weiterhin eine Teilhabe der gesamten Bevölkerung am medizinischen Fortschritt zu ermöglichen und gleichzeitig die Innovationskraft der deutschen Gesundheitswirtschaft zu erhalten, bedarf es neuer Grundsatzüberlegungen. Derzeit erfolgt die Überprüfung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beim G-BA mehr oder weniger planlos auf Zuruf einzelner Krankenkassen oder einzelner Akteure.

Weder die Definition der medizinisch notwendigen Versorgung noch die Nutzenbewertung von Innovationen und die Klärung medizinischer Priorisierungsfragen sind ohne Einbeziehung der Expertise der Ärzteschaft möglich. Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, Mitverantwortung für Priorisierungsfragen zu übernehmen, wenn sich alle Partner des Gesundheitswesens zu Transparenz und einem verantwortungsbewussten Umgang mit den knapper werdenden Ressourcen verpflichten und für die Ärzteschaft eine Vereinbarkeit von Sozialrecht und Berufsrecht gewährleistet wird.

#### 17. Gründung eines Gesundheitsrates

Gesundheit ist ein übergeordnetes Gut. Gesundheitspolitik muss deshalb resistent sein gegenüber tagespolitischem Aktionismus und darf nicht getrieben sein von Partikularinteressen.

Der Deutsche Ärztetag wiederholt seinen Vorschlag, als Beratungsgremium für eine vorausschauende Gesundheitspolitik einen Gesundheitsrat einzurichten, in dem Vorschläge für prioritäre Gesundheitsziele und Versorgungsaufgaben unter Berücksichtigung ethischer, gesundheitsökonomischer und juristischer Aspekte beraten werden. Wir brauchen eine vorausschauende Gesundheitspolitik mit einer vorwärts-gewandten Formulierung nationaler und regionaler Gesundheits- und Versorgungsziele, die durch nationale und regionale Gesundheitsberichterstattung sowie Qualitätssicherung auf Bundes- und Landesebene überprüft und kontinuierlich weiterentwickelt wird.

## 18. Zukunftssicherung des Gesundheitsstandorts Deutschland

Die Gesundheitswirtschaft ist eine der wenigen verbliebenen Wachstumsmärkte. In der Gesundheitsbranche mit einem Gesamtumsatz von rund 270 Milliarden Euro jährlich sind derzeit 4,6 Millionen Beschäftigte tätig, darunter 153.799 Krankenhausärzte und 138.330 niedergelassene Ärzte, die wiederum Arbeitsplätze für rund 320.000 Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte stellen. Jeder neunte Arbeitsplatz in Deutschland ist inzwischen in der Gesundheitswirtschaft angesiedelt.

Die Richtlinie der Europäischen Union über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung verdeutlicht, dass der Wettbewerb zwischen den Gesundheitssystemen innerhalb der EU durch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sowie die Mobilität von Ärztinnen und Ärzten zunehmen wird. Der Deutsche Ärztetag fordert eine Intensivierung der Anstrengungen zur Schaffung zufriedenstellender Arbeitsbedingungen und einer Vertrauenskultur im deutschen Gesundheitswesen, damit insbesondere die Ausübung kurativer Medizin in Deutschland wieder attraktiver wird.

Die Verhinderung von Versorgungsengpässen in der Fläche wird nicht allein durch Vergütungsanreize zu verhindern sein, sondern bedarf gemeinsamer Anstrengungen, zum Beispiel durch eine intensivere Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur durch Länder und Kommunen.

## **2. Krankenhausfinanzierung**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. sc. Sauer mann (Drucksache I - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Köhne (Drucksache I - 02a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz des Jahres 2008/2009 hat seine Zielstellung nicht erreicht. Um die entstehenden Lücken zu schließen, fordern die Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages:

Ein nachhaltiges Krankenhausfinanzierungsgesetz muss folgende Kriterien erfüllen:

1. Die ausreichende Abbildung aller Kosten (dazu gehört insbesondere die ärztliche Weiterbildung) in den Diagnosis Related Groups (DRG) mit vollständiger Kompensation von Tarifänderungen und allgemeiner Preisentwicklung (z. B. Energiekosten).
2. Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes unter Einhaltung täglicher und wöchentlicher Höchst arbeitszeiten.
3. Zusätzliche Finanzierung von Leistungszuwächsen infolge Morbidität sowie Mehraufwand des medizinischen Fortschritts.

4. Der staatliche Sicherstellungsauftrag ist nicht aufzugeben, die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung muss in der Verantwortung der Länder bleiben.
5. Zur nachhaltigen wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ist die Investitionsförderung nach § 9 Absatz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz so zu gestalten, dass sie die notwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser trägt (das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz hat leider keine Regelung der bisher unzureichenden Investitionsfinanzierungssystematik gebracht; zu fordern ist die Entwicklung von Grundsätzen zur Ermittlung von Investitionspauschalen).
6. Die Beanspruchung des Krankenhausarztes mit bürokratischen Aufgaben ist auf ein Mindestmaß zu reduzieren; dazu ist die auf einer ausufernden Misstrauensbürokratie erwachsende, sich ständig erhöhende Beschäftigung mit Rechtfertigungsnotwendigkeiten für ärztliche Entscheidungen abzubauen.
7. Die Eingriffe in den ambulanten Bereich haben zu einer immer stärkeren Inanspruchnahme der Krankenhaus-Notaufnahmen für ambulant zu versorgende Patienten – vor allem nachts und an Wochenenden und Feiertagen – geführt. Die personelle Sicherstellung dieser Zusatzaufgaben der Krankenhäuser ist durch eine angemessene Vergütung dieser Leistungen zu gewährleisten.

Als Krankenhausfinanzierung wird die Bereitstellung von Geldmitteln für die Sicherung des Betriebs von Krankenhäusern bezeichnet. Nach § 70 SGB V muss die Krankenhausbehandlung „eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“.

Nach Jahren des Einsparens und des Abbaus von 100.000 Arbeitsplätzen – davon allein 50.000 in der Pflege – können die finanziellen Lasten der Kliniken allein mit Wirtschaftlichkeitsreserven nicht aufgefangen werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern haben einen berechtigten Anspruch auf angemessene Bezahlung. Personalabbau und übermäßige Leistungskonzentration führen dazu, dass immer weniger immer mehr leisten müssen.

### **3. Kooperation statt Konfrontation**

Auf Antrag von Herrn Dr. Schuch (Drucksache I - 03) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert Rahmenbedingungen, unter denen Ärztinnen und Ärzten auf der einen Seite und Krankenkassen auf der anderen Seite eine nachhaltige und menschliche Medizin ermöglicht wird. Durch die gescheiterte Gesundheitspolitik der letzten Jahre ist ein Klima entstanden, in dem immer mehr die Konfrontation von Ärzten und Krankenkassen im Vordergrund steht. Der Missbrauch des Kassenarztrechts durch Krankenkassen zur Einschüchterung und/oder Disziplinierung von Vertragsärzten wird abgelehnt. Freie Meinungsäußerung und Information eines jeden Vertragsarztes sind Grundrechte und dürfen nicht zu willkürlichen Disziplinarmaßnahmen durch Krankenkassen auf dem Boden des Kassenarztrechtes führen.

#### **4. Erhalt des Zwei-Säulen-Systems (GKV und PKV)**

Der Antrag von Herrn Dr. Müller (Drucksache I - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Deutsche Ärzteschaft stellt mit Besorgnis fest, dass sich die Marktführer der privaten Krankenversicherung (PKV) wie die Konzerne Allianz, Axa und Münchner Rück aus reinem Profitdenken aus dem bewährten „Zwei-Säulen-System“ mit gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und PKV zurückziehen. Der 112. Deutsche Ärztetag fordert daher den Verband der Privaten Krankenversicherung auf, sich bei seinen Mitgliedsunternehmen nachhaltig für die Beibehaltung des dualen Krankenversicherungssystems einzusetzen.

Während sich die Bundesärztekammer (BÄK), der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) und auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bei einem kürzlich in Berlin durchgeführten Workshop für den Erhalt des parallelen Versicherungssystems aus GKV und PKV eingesetzt haben, ebnen die genannten Versicherungskonzerne aus Gründen der Gewinnmaximierung bewusst den politischen Weg in die Einheitsversicherung mit. Sie übersehen dabei, dass das Hauptproblem des deutschen Gesundheitswesens nicht die Zweiteilung des Versicherungssystems ist, sondern die fehlende vernünftige Finanzierungsgrundlage für die gesetzliche Krankenversicherung.

#### **5. Einheitliche gerechte Wettbewerbsordnung**

Der Antrag von Herrn Dr. (I) Reinhardt, Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Frau Haus, Herrn Dr. Hermann, Frau Köhler und Herrn Dr. Lipp (Drucksache I - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Wettbewerb im Gesundheitswesen auf die Basis einer fairen Wettbewerbsordnung zu stellen.

Die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in das SGB V eingeführten wettbewerblichen Elemente stellen keine Instrumente zur Förderung innovativer Versorgungsstrukturen dar.

Sie sind vielmehr darauf angelegt, einen Verdrängungswettbewerb um budgetierte Ressourcen auszulösen und mittelbar eine einheitliche ärztliche Selbstverwaltung in Frage zu stellen.

#### **6. Definition von verlässlichen Gesundheitszielen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Bartmann (Drucksache I - 06) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag setzt sich für eine dauerhafte Sicherstellung einer solidarisch finanzierten Grundversorgung für alle gesetzlich krankenversicherten Bürgerinnen und Bürger ein.

Dazu muss die künftige Politik ihre gesetzgeberischen Maßnahmen an Gesundheitszielen ausrichten. Die wesentlichen Ziele sind:

- Versorgungssicherheit für den Patienten auch im Alter
- Planungssicherheit für den Leistungserbringer

- Medizinischer Fortschritt für alle

## **7. Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen**

Der Antrag von Herrn Dr. (I) Reinhardt, Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Frau Haus, Herrn Dr. Hermann, Frau Köhler, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz und Herrn Seusing (Drucksache I - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Voraussetzungen für einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen zu schaffen.

Im Einzelnen werden die folgenden Forderungen erhoben:

- Abkoppelung der einseitigen Abhängigkeit der Krankenversicherungsbeiträge von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen
- Steuerfinanzierung von krankenversicherungsfremden Leistungen
- Abbau aller bestehenden Budgetierungen und immanenter Rationierungen
- Angemessene Vergütung der behandelnden Ärzte in allen Versorgungsbereichen
- Verlässliche Voraussetzungen zur freiberuflichen und eigenverantwortlichen Berufsausübung für Ärzte in allen Versorgungsbereichen
- Universelle Anwendung einer einheitlichen ärztlichen Gebührenordnung in Euro und Cent
- Einführung eines Kostenerstattungssystems mit sozial verträglicher Selbstbeteiligung über alle Leistungsbereiche
- Massiver und entschlossener Bürokratieabbau

## **8. Spaltung der Ärzteschaft verhindern**

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache I - 08) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert alle Mandatsträger der verfassten Ärzteschaft auf, gegen jegliche Tendenzen, die zur Spaltung der Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung führen, entschieden aufzutreten und ihrem Mandat – erhalten von Kollegen, um in Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern deren Interessen wahrzunehmen – gerecht zu werden.

## **9. Generelle Einführung eines Kostenerstattungsprinzips**

Der Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Herrn Dr. Hermann, Frau Köhler, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. (I) Reinhardt und Herrn Seusing (Drucksache I - 09) wird nach 2. Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die Voraussetzungen für eine generelle Einführung des Kostenerstattungsprinzips zu schaffen.

## **10. Sektorenübergreifende Versorgung**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache I - 10) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Krankenhausärztinnen und -ärzte sowie ambulant tätige Fachärztinnen und -ärzte treten bei der Lösung komplexer Patientenprobleme nicht in Konkurrenz zueinander, sondern ergänzen sich als gleichberechtigte Partner. Grenzen zwischen ambulant und stationär sind im Sinne einer patienten- und behandlungszentrierten Sichtweise zu überwinden.

## **11. Nach Schließung von Krankenhäusern – Gelder in der Versorgung belassen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache I - 11) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenkassen auf, die durch Schließung von Krankenhäusern eingesparten Gelder weiterhin der Patientenversorgung zukommen zu lassen.

Auch bei Schließung von Krankenhäusern oder Bettenabbau müssen Leistungen am Patienten erbracht werden. Für die Qualität der Patientenversorgung und zur Abfederung stiller Rationierung ist die Bereitstellung der Mittel zwingend erforderlich.

## **Zu Punkt II der Tagesordnung:**

### **PATIENTENRECHTE IN ZEITEN DER RATIONIERUNG**

#### ***1. Patientenrechte in Zeiten der Rationierung sichern***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dipl.-Med. Michaelis, Herrn Dr. Scheiber und Herrn Dr. Roy (Drucksache II - 01c) fasst der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

#### I.

„Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.“ (§ 7 der (Muster-)Berufsordnung).

Eine so genannte gesonderte Patientenrechtsgesetzgebung ist darüber hinaus nicht erforderlich, da die individuellen Patientenrechte im Behandlungsvertrag ausreichend gesichert sind.

1. Der ärztliche Behandlungsvertrag ist gesetzlich und richterrechtlich umfassend definiert. Er hat eine medizinische Leistung durch einen Arzt zum Gegenstand. Dieser Behandlungsvertrag ist auch nach der Schuldrechtsmodernisierung 2002 nicht als eigenständiger Vertragstyp ausgestaltet und besonders kodifiziert worden, obwohl schon damals diese Forderung aufgestellt war.

Es handelt sich hierbei nicht um einen Werkvertrag, der Arzt schuldet kein Ergebnis, sondern eine Leistung. Die herrschende Lehre definiert ihn daher zu Recht als Dienstvertrag höherer Art. Bei ärztlicher Diagnostik und Therapie handelt es sich um personenbezogene, hochindividuelle und gleichzeitig komplexe Dienstleistungen, deren Ergebnis nicht nur von arztseitigen, sondern insbesondere auch von patientenseitigen Faktoren abhängig ist. Medizinische Behandlungsqualität lässt sich deshalb durch geeignete Qualitätssicherungsverfahren zwar messen und vergleichen sowie durch ärztliches Qualitätsmanagement fördern, aber nicht wie Produktqualität standardisieren und garantieren.

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

#### II.

Patientenrechte entfalten eine öffentliche Schutzfunktion. Diese muss die Politik respektieren.

1. Patientenrechte sind in diesem Schutzverständnis der Anspruch auf Teilhabe an einer angemessenen medizinischen Versorgung. Dieser Anspruch richtet sich an den Staat und seine Verantwortung für die Ausgestaltung des sozialen Versorgungssystems.

2. Patientenrechte sind nicht durch die Ärzteschaft, die sie mittelbar durch ihre Pflichten realisiert, gefährdet, sondern durch die staatliche Gesundheitspolitik für die gesetzliche Krankenversicherung. Eine forcierte Wettbewerbsorientierung mit Risikoanalyse und Gefährdung flächendeckender Versorgung, eine zu wenig patientenorientierte Nutzenbewertung hinsichtlich der Anwendung von Diagnostik und Therapie, eine mittelbare Zugangssteuerung für die Versicherten durch Zuzahlungen und durch intransparente Inanspruchnahmesteuerung in bestimmten Versorgungsmodellen gefährden den Anspruch auf individuelle Versorgung im Krankheitsfalle. Der übermäßige Zugriff mittelbar in die individuelle Arzt-Patient-Beziehung, wie zum Beispiel durch Regelungen des Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetzes oder über Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, verstärken deren Entwicklungen.
3. Rationierung gefährdet Patientenrechte. Rationierung als implizites Vorenthalten von Versorgungsnotwendigkeiten und -chancen ist aber inzwischen Teil der Versorgungswirklichkeit; dies muss die Politik transparent machen.

### III.

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

1. Der Patient hat Anspruch auf eine individuelle, nach seinen Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung. Das setzt die Therapiefreiheit des Arztes ebenso voraus wie die Bereitstellung der notwendigen Mittel. Eine Rationierung medizinischer Leistungen oder auch der Weg in eine Checklistenmedizin führen jedoch zu einer schlechten medizinischen Versorgung.
2. Der Patient hat Anspruch auf die freie Arztwahl. Patientenrechte und Patientenautonomie bleiben aber hohle Phrasen, wenn dieses Recht auf freie Wahl, und damit auf die individuelle Vertrauensbeziehung zum Patienten aufgehoben wird. Es muss in der Entscheidung des Patienten liegen, auch zusätzlich Versorgungstarife frei zu wählen.
3. Der Patient hat Anspruch auf Transparenz. Die Ärzteschaft setzt sich deshalb nachdrücklich für eine regelmäßige Information des Patienten über Art, Menge, Umfang und vor allem die Kosten der für ihn erbrachten Leistungen ein. Zugleich aber muss der Patient die Möglichkeit erhalten, zwischen Sachleistung und Kostenerstattung auf der Basis einer amtlichen Gebührenordnung zu wählen.
4. Der Patient hat Anspruch auf Wahrung des Patientengeheimnisses. Grundlage einer freien und vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt ist deshalb die ärztliche Schweigepflicht. Gesetzliche Mitteilungspflichten müssen auf das medizinisch unerlässlich Notwendige begrenzt bleiben. Abgelehnt werden alle Versuche, das Patientengeheimnis im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu durchbrechen, insbesondere die Absicht, die Behandlung des Patienten gegenüber der Krankenkasse offenzulegen. Bei der Erfassung und Verwendung von Patientendaten ist in jedem Einzelfall die Zustimmung des Patienten unerlässlich.
5. Der Patient hat Anspruch auf die Solidarität der Versicherten. Solidarität heißt, dass jeder entsprechend seiner finanziellen Möglichkeiten einen Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten hat und die gesetzliche Krankenversicherung auch nur nach Maßgabe des Notwendigen in Anspruch nimmt. Über das Notwendige hinausgehende Leistungen gehören in eine Zusatz-

versicherung und dürfen nicht zu Lasten der Solidargemeinschaft erbracht werden. Zugleich muss im Wettbewerb der Krankenversicherung Raum für die private Krankenversicherung bleiben. Eine Einheitsversicherung widerspricht den Prinzipien der Eigenverantwortung sowie der Patientenautonomie und wird deshalb von der Ärzteschaft abgelehnt.

6. Der Patient hat Anspruch auf eine solidarische Krankenversicherung, die diesen Namen verdient. Als Versicherter zahlt er Beiträge in die Krankenversicherung ein, um im Krankheitsfall notwendige Leistungen zu erhalten. Darauf hat er Anspruch – anders als in steuerfinanzierten Systemen, wie beispielsweise in Großbritannien, wo die Aufwendungen für Gesundheit stets in Konkurrenz mit anderen Politikbereichen stehen.
7. Der Patient hat Anspruch auf ein bürgernahes Gesundheitswesen. Dies ist nur durch eine Selbstverwaltung der Beteiligten und Betroffenen zu gewährleisten. Wird die Selbstverwaltung jedoch abgeschafft oder wird den Krankenkassen die alleinige Steuerungsmacht über das Gesundheitswesen übertragen, dann sind Anonymisierung, Deprofessionalisierung und weitere Mangelverwaltung nicht mehr aufzuhalten. Dann ist die Rationierung als Strukturprinzip unausweichlich. Menschlichkeit und medizinischer Fortschritt sind dann Luxus in einer Zwei-Klassen-Medizin.
8. Der Patient erwartet Fürsorge und Zuwendung von dem im Gesundheitswesen Tätigen. Doch die zunehmende Reglementierung im Gesundheitswesen, die zum Teil menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen und die überbordende Bürokratie führen zu wachsender Demotivation der Gesundheitsberufe. Die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen müssen deshalb endlich so gestaltet werden, dass diese Berufe wieder an Attraktivität gewinnen. Anderenfalls droht ein empfindlicher Personalmangel in der medizinischen Versorgung.

#### IV.

Die Ärzteschaft lehnt die rechtlichen Folgen staatlich begründeter Budgetierung und Rationierung für das Behandlungsverhältnis ab.

1. Das ärztliche Haftungsrecht darf nicht missbraucht werden, um staatlich bedingte Versorgungsdefizite zu kaschieren. Führen solche Versorgungsdefizite zu einer Versorgung unter Standard, dann darf der Arzt die Behandlung des Patienten ablehnen.
2. Die staatliche Begrenzung finanzieller Mittel für den Aufwand ärztlicher Versorgung begrenzt zugleich die Chancen für Heilung und Gesunderhaltung des Patienten. Dieses Risiko bewusst zu machen, liegt in der Verantwortung der Politik.

#### V.

1. Ein versicherungsrechtliches Wirtschaftlichkeitsgebot findet dort seine Grenzen, wo der Heilauftrag des Arztes zum Nachteil des Patienten minimiert wird. Die Verantwortung für Leistungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung muss der Gesetzgeber tragen.
2. Die Ärzteschaft verschließt sich nicht der Mitwirkung an gesundheitspolitischen Priorisierungsentscheidungen. Der Ärztetag bekräftigt die schon im Ulmer Papier geforderte Einrichtung eines Gesundheitsrates.

## **2. Kein Mitteleinsatz für Maßnahmen mit Wellness-Charakter durch die Kostenträger**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Grifka (Drucksache II - 04) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Angesichts der immer unzureichenderen Finanzmittel für die medizinische Versorgung fordert der Deutsche Ärztetag die Kostenträger auf, alle Maßnahmen, die Wellness-Charakter haben oder nicht medizinisch indizierten ästhetischen Maßnahmen dienen, unverzüglich aus dem Leistungskatalog zu streichen.

Das Gleiche gilt für kostenträchtige Werbekampagnen.

Stattdessen sind die dadurch freiwerdenden Mittel dem Kernbereich der ärztlichen Versorgung zuzuführen.

## **3. Förderung von Eigenverantwortung bei den Themen Rationierung und Patientenschutz**

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache II - 05) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, bei den Überlegungen und Ausarbeitungen zum Thema Rationierung und vor allem Patientenschutz dem Aspekt Eigenverantwortung der Versicherten sich selbst und der Gesellschaft gegenüber deutlich mehr Gewicht zu geben.

## **4. Keine Privatisierung in einem priorisierten Gesundheitswesen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Handrock (Drucksache II - 06) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In Zeiten von Priorisierung im Gesundheitswesen ist eine Privatisierung öffentlicher Versorgungseinrichtungen mit dem Ziel der Gewinnmaximierung von den Ärzten in Deutschland nicht mehr zu dulden.

Die Ärzte in Deutschland fordern eine Korrektur dieser Fehlentwicklung.

## **5. Konzept eines Gesundheitsrats entwickeln**

Auf Antrag von Herrn Wagenknecht (Drucksache II - 07) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, das Konzept zur Etablierung eines Gesundheitsrates zu entwickeln und der Politik vorzutragen.

Zur Struktur dieses Rates sollten Vorschläge zur Zusammensetzung gemacht und bzgl. seiner Aufgaben Aussagen zu einer notwendigen künftigen Strukturierung des Gesundheitswesens sowie zu Kriterien der gerechten Verteilung von Leistungen getroffen werden.

## **Zu Punkt III der Tagesordnung:**

### **DER BERUF DES ARZTES – EIN FREIER BERUF HEUTE UND IN ZUKUNFT**

#### ***1. In Freiheit und Verantwortung für eine gute ärztliche Versorgung in Deutschland***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) fasst der 112. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Das Spezifische des Arztberufes als freier Beruf ist die Weisungsunabhängigkeit von nichtärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen. Dies gilt für alle Ärztinnen und Ärzte.

Ärztliche Tätigkeit in einem freien Beruf beruht auf professioneller Autonomie mit ethisch begründeten Normen und Werten auf der Basis hoher fachlicher Kompetenz unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten, verbunden mit Leistungsbereitschaft, Integrität und Verschwiegenheit.

Der Beruf des Arztes als freier Beruf findet seine Selbstbeschränkung in der Verantwortung, die der Arzt für seine Patienten übernimmt. Freiheit und Verantwortung sind das Fundament der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt. Ärzte gehen eine Garantienpflicht inklusive einer haftungsrechtlichen Verpflichtung ein. Diese Art von Freiheit ist auf das Engste verbunden mit der Übernahme von fachlicher Verantwortung.

Vor dem Hintergrund zunehmender Verstaatlichung des Gesundheitswesens kommt es zu einer weitreichenden Verschlechterung der Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung. Eine zunehmende Trivialisierung und Diskreditierung des Arztberufes sowie eine überbordende Regulierungsdichte mit einer stetig steigenden Bürokratisierung bei gleichzeitig wachsendem ökonomischem Druck schränken die ärztliche Therapiefreiheit immer mehr ein. Freiheit bei der ärztlichen Entscheidung ist jedoch wesentliche Voraussetzung für die nachhaltige Sicherung einer hochwertigen und an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Gesundheitsversorgung.

Ein Arzt, der frei darüber entscheiden kann, welche Therapie individuell die notwendige ist, mag für manchen Politiker unbequem sein, für die Patienten aber ist er die Garantie für eine seinen Bedürfnissen entsprechende Behandlung. Denn der Arzt in einem freien Beruf orientiert sich an dem jeweils notwendigen Versorgungsbedarf des Patienten und nicht an vorgefertigten staatlichen, meist ökonomisch motivierten Vorgaben.

Ärzte in einem freien Beruf stellen einen Mehrwert für die Vertrauensbeziehung von Patienten, Ärzteschaft und Gesellschaft dar. Sie stehen für Innovation, Stabilität und Wettbewerb in sozialer Verantwortung.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern verstehen sich als funktionale Selbstverwaltung, die Ausdruck von Freiheit und zugleich das Instrument zu deren Sicherung sind. Es geht dabei nicht allein um Interessen der ärztlichen Profession, sondern vor allem um das Interesse der Allgemeinheit, d. h. letztlich um die Gesundheitsversorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung.

Der Beruf des Arztes als freier Beruf bewirkt also einen über berufliches Wirken im eigentlichen Sinne hinausgehenden sozialetischen, sozialökonomischen und sozialkulturellen Mehrwert für die Gesellschaft. Der Vorrang der Selbstverwaltung vor staatlicher Reglementierung als Grundvoraussetzung für eine selbstbestimmte, fachlich unabhängige und dem Gemeinwohl verpflichtete ärztliche Berufsausübung ist allerdings nachhaltig in Frage gestellt.

Deshalb fordert der Deutsche Ärztetag Politik und Regierung auf, die notwendigen Rahmenbedingungen für die Ausübung des Arztberufes in Freiheit zu schaffen durch:

- die Sicherung und den besonderen Schutz des Patienten-Arzt-Vertrauensverhältnisses,
- den Schutz der Weisungsungebundenheit des Arztes im Sinne eines klaren Bekenntnisses zur Bedeutung des freien Berufes,
- den Abbau überflüssiger und überbordender Kosten- und Qualitätskontrollen, Dokumentationszwänge und Bürokratie,
- die Abkehr von der staatsmedizinischen Ausrichtung des Gesundheitswesens mit ihren negativen Konsequenzen für die individuelle Versorgung der Patientinnen und Patienten,
- die Unterstützung insbesondere der jungen Ärztinnen und Ärzte für eine qualitativ hochwertige Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- die Sicherung einer fairen und angemessenen Honorierung,
- den Schutz des Arztberufes als freien Beruf gegenüber gewinnorientierten Kapitalgesellschaften.

## **2. Für eine Revitalisierung der Selbstverwaltung**

Auf Antrag von Herrn Dr. Bartmann (Drucksache III - 02) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert alle ärztlichen Verbände und Interessengemeinschaften auf, der politisch gewollten und sozialgesetzlich intendierten weiteren Zersplitterung des Versorgungsauftrags Einhalt zu gebieten und stattdessen für eine erneute Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung einzutreten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen heute kaum noch über effektive Steuerungskompetenzen, da der Staat an vielen Stellen zentralistisch durchregiert. Dies betrifft auch zunehmende Eingriffe des Gesetzgebers in die innere Struktur sowie die offene Infragestellung verbliebener Kompetenzen durch die gesetzlich sanktionierte Konkurrenzsituation, z. B. in Form der Hausarztverträge nach § 73b SGB V und der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c im SGB V.

Selektivverträge lösen aber das Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, sie verschlimmern es sogar. Zugunsten temporärer, oft nur vermeintlicher monetärer Besserstellung einzelner Arztgruppen sinkt das Honorarvolumen im verbleibenden KV-System mit der Konsequenz einer weiteren Unzufriedenheit in der im Kollektivvertragssystem verbliebenen Ärzteschaft, die dies schuldhaft der Kassenärztlichen Vereinigung anlastet.

Geht diese Entwicklung weiter, wird die Politik ihr Ziel erreichen: Die flächen-deckende und wohnortnahe ambulante ärztliche Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte mit Kollektivverträgen wird zusammenbrechen und Platz schaffen für eine zentralistische staatliche Regulierung, der, mangels des auch dann nicht hinreichenden Finanzrahmens, auch die bis dahin abgeschlossenen Selektiv-verträge einverleibt werden müssen.

Deshalb fordern wir eine Stärkung der Selbstverwaltung, der ein gesetzlicher Rahmen zur Abstimmung des regional zur Verfügung stehenden Finanzvolumens mit dem vereinbarten und tatsächlich angefallenen Leistungsvolumen an die Hand gegeben wird.

### **3. Regionale Verantwortung statt zentraler Dirigismus**

Auf Antrag von Herrn Dr. Bartmann (Drucksache III - 03) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert ein Umdenken in der Gesundheitspolitik im Hinblick auf die derzeitige Tendenz zur zentralistischen Regulierung des Gesundheitswesens. Die Bevölkerung hat ein Anrecht auf eine Gesundheitsversorgung, die sich an regionalen Erfordernissen orientiert und nicht auf eine Pauschalzuteilung aus Berlin – oder anderswo – angewiesen ist.

### **4. Ärztliche Selbstverwaltung stärken**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 04) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit dem Gedanken der Freiberuflichkeit untrennbar verbunden ist die berufliche Selbstverwaltung als freiheitliches Organisationsprinzip; für die Ärztinnen und Ärzte sind dies in erster Linie die Ärztekammern. Sie führen die Berufsaufsicht, stellen die gleichbleibend hohe Qualität der freiberuflichen Leistungen sicher und sie vermitteln, schlichten und ahnden Verstöße gegen berufsethische Standards und Normen.

Insbesondere sieht der 112. Deutsche Ärztetag die Notwendigkeit, die Patienten-Arzt-Beziehung so zu gestalten, dass sie sich an der Individualität des erkrankten Menschen ausrichtet und auf Therapiefreiheit einerseits und freier Arztwahl andererseits basiert. Die eingetretene Rollenverschiebung zwischen Staat und Selbstverwaltung muss kritisch hinterfragt und eine Neubesinnung auf Ansätze subsidiärer Aufgabenwahrnehmung angemahnt werden.

Die von der ärztlichen Selbstverwaltung geprägte Weiterbildung zum Facharzt ist eine der wirksamsten Methoden zur Qualitätssicherung und der gesundheitlichen Versorgung der Menschen in Deutschland und wird auch international sehr positiv bewertet.

### **5. Freier Beruf Arzt – Verpflichtung gegenüber dem Patienten**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache III - 05) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Bilger (Drucksache III - 05a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf frei aus; sie sind ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet. Im Zweifel muss das Wohl des Patienten Vorrang haben vor wirtschaftlichen Interessen.

Der Begriff des freien Berufes stammt aus dem Altertum: artes liberales. Der Bundesverband der Freien Berufe definierte den Begriff folgendermaßen: „Angehörige Freier Berufe erbringen aufgrund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig geistig-ideelle Leistungen im gemeinsamen Interesse ihrer Auftraggeber und der Allgemeinheit. Ihre Berufsausübung unterliegt in der Regel spezifischen berufsrechtlichen Bindungen nach Maßgabe der staatlichen Gesetzgebung oder des von der jeweiligen Berufsvertretung autonom gesetzten Rechts, welches die Professionalität, Qualität und das zum Auftraggeber bestehende Vertrauensverhältnis gewährleistet und fortentwickelt.“

Auch wenn Gewerbetreibende und Freie Berufe ähnlichen ökonomischen Rahmenbedingungen unterliegen, sind Freie Berufe kein Gewerbe. Dies wurde im Jahre 2008 vom Bundesverfassungsgericht bestätigt. Freie Berufe nehmen als Selbstständige und Angestellte Aufgaben im öffentlichen Interesse wahr. Auch angestellte Ärztinnen und Ärzte gehören also den freien Berufen an, was häufig in der öffentlichen Diskussion falsch dargestellt wird.

Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt Tendenzen zur Aushöhlung der Freiberuflichkeit ab. Insbesondere der von manchen Krankenkassen und Klinikträgern in der Effizienzdiskussion propagierte Vorrang der Kosten vor der Therapie wird entschieden zurückgewiesen. Der 112. Deutsche Ärztetag steht dazu, den ärztlichen Beruf als freien Beruf zu erhalten. Fortentwicklungen sind möglich, wenn sie dieser Zielsetzung gerecht werden.

## **6. Rationierung gefährdet ärztliche Freiberuflichkeit**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Josten und Herrn Dr. Mitrenga (Drucksache III - 06) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die ärztliche Freiberuflichkeit ist im Kern sachlich begründet durch die Möglichkeit zur freien Entscheidung über Planung und Durchführung einer patienten-individuellen Diagnostik und Therapie.

Rationierung und Konfektionierung medizinischer Leistungen verschlechtern deshalb nicht nur die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, sondern reduzieren auch den freiberuflichen Charakter der Arbeit aller Ärzte.

## **7. Freiberuflichkeit und ärztliche Kollegialität im Dienste der Patientenversorgung**

Der Antrag von Herrn Bodendieck und Herrn Prof. Dr. habil. Schulze (Drucksache III - 07 neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Tätigkeiten in unterschiedlichen Sektoren der Patientenversorgung und die fach- und hausärztliche Tätigkeit erfordern unter den derzeitigen gesundheits- und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen mehr denn je den Zusammenhalt der deutschen Ärzteschaft.

Die ärztliche Kollegialität ist nicht nur fester Bestandteil der Berufsordnung, sondern auch zentraler Bestandteil des Arztbildes. Nur die Ärzteschaft selbst kann ärztliche Kollegialität bestimmen.

Die deutsche Ärzteschaft verabschiedet daher nachfolgende „Thesen zur kollegialen Zusammenarbeit in der Patientenversorgung“:

1. Zunehmender politisch gewollter Wettbewerbsdruck durch Krankenkassen und Shareholder führt zur Umgestaltung der Gesundheitsversorgung in einen ausschließlich marktorientierten Wirtschaftszweig mit den Folgen einer zunehmenden Spannung innerhalb der Ärzteschaft.
2. Den Tendenzen einer durchgängigen Merkantilisierung und beobachtbaren Entsolidarisierung im gegenwärtigen Gesundheits- und Sozialbereich sollte die Ärzteschaft kraftvoll entgegenwirken.
3. Das Selbstverständnis zu ärztlich-ethisch kollegialem Verhalten aller ärztlichen Berufsgruppen soll in der Berufsordnung der Ärzte über juristisch formulierte Rechte und Pflichten hinausgehend integraler Bestandteil sein und bleiben.
4. Für die Diskussion zum ärztlichen Berufsverständnis sollte die Landesärztekammer auch die notwendige Verantwortung bei der Ausbildung der Medizinstudenten übernehmen.
5. Der Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit ist die Basis für patientenbezogene und hochwertige Versorgung.
6. Trotz äußerer Zwänge ist kollegialer Umgang miteinander die Basis für erfolgreiche freiberufliche Tätigkeit am Patienten.
7. Die Vorbildwirkung erfahrener Ärzte bezüglich Objektivität, Unabhängigkeit und Kollegialität ist unumgängliche Grundlage ärztlichen Handelns.
8. Ärztliche Kompetenz und Integrität in der Patientenversorgung erfordern objektives Wissen und dessen sachgerechte Anwendung.
9. Die gerechte Verteilung der Mittel hat Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft und auf die kollegiale Zusammenarbeit.
10. Die Ärzteschaft darf und muss offensiv werden. Bei der Vorbereitung von Priorisierungsentscheidungen, die der Gesetzgeber zu treffen hat, muss sie um ihren fachlichen Rat im vorpolitischen Raum befragt werden.

Medizin ist keine exakte Naturwissenschaft, die nur streng kausalen Regeln folgt und deren Ergebnisse in einer festen Versuchsanordnung jederzeit reproduzierbar sein müssen. Medizin ist vielmehr eine praktische, eine Erfahrungswissenschaft, die sich naturwissenschaftlicher Methoden ebenso bedient wie der Erkenntnisse der Psychologie, der Sozial- und Kommunikationswissenschaften, allgemein der Geisteswissenschaften und im bestimmten Umfang auch der Theologie (siehe „Ulmer Papier“).

Ärzte müssen – je nach Fachgebiet unterschiedlich ausgeprägt – mit einem nur erfahrungsgemäß richtigen Wissen umgehen, das zudem in Forschung und Entwicklung zumeist relativ kurze Halbwertszeiten aufweist. Die ärztliche Profession ist stark an Kollegialität und Vernetzung ausgerichtet. Sie hat grundsätzliche ethische Maßstäbe einzuhalten bzw. weiterzuentwickeln, und sie muss den Patienten mit Empathie und Zuwendung begegnen. Wichtigste Grundlage einer jeden Patient-Arzt-Beziehung ist das uneingeschränkte Vertrauen, weitab von Ökonomie und Vorteilsnahme.

Politische Maßnahmen haben dagegen immer stärkeren Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit und damit auf das Arztbild. Die Politik hat auf Verteilungskampf gesetzt, statt das Gesundheitssystem mit den notwendigen Mitteln auszustatten. Dieser Verteilungskampf hat in Deutschland eingesetzt. Aus den Kollegen in den Praxen und Kliniken werden Konkurrenten. Und aus Kollegialität wird Liquidation.

## **8. Freiberuflichkeit des Arztes ist das Privileg des Patienten**

Der Antrag von Herrn Dr. Jonitz und Herrn Dr. Wyrwich (Drucksache III - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte ist die Grundvoraussetzung für die bedingungslose, durch keine Interessen Dritter gestörte Zuwendung zum Patienten.

Sie ist Garant für die Übernahme der persönlichen Verantwortung für die Behandlung und Betreuung kranker Menschen.

Wer die Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte in Frage stellt, gefährdet die Vertrauensbasis der Arzt-Patienten-Beziehung, die Motivation der Gesundheitsberufe und fördert Misstrauen und bürokratische Kontrolle.

Die Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte ist kein Selbstzweck, sondern das Privileg der Patienten.

Die Freiberuflichkeit ist von der Rechtsform der ärztlichen Tätigkeit unabhängig.

Der „freie Beruf“ ist konkreter Ausdruck der Freiberuflichkeit. Neben der klaren, unmittelbaren persönlichen Verantwortlichkeit der Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis mit einer engen Arzt-Patienten-Beziehung stiften freie Berufe erheblichen ökonomischen und sozialen Nutzen für die Allgemeinheit:

- Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis schaffen Arbeitsplätze in der Region.
- Es handelt sich in der Regel um Arbeitsplätze für Frauen, oft in familienfreundlicher Teilzeit.
- Zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer besteht eine tiefe Bindung, Stellenabbau oder Verlagerung von Arbeitsplätzen ins Ausland sind selten respektive nicht möglich.
- Steuern und Abgaben werden vor Ort bezahlt.
- Der konkrete Nutzen entsteht ebenfalls vor Ort, bei den Bürgerinnen und Bürgern.

Dieses Privileg muss verteidigt und kontinuierlich neu errungen werden.

Politik und Gesellschaft werden aufgefordert, die Freiberuflichkeit im Sinne einer bedingungslosen und vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung zu bewahren.

Ärztliche Verbände und Institutionen werden aufgefordert, den Wert der ärztlichen Arbeit, positive Inhalte und Nutzen in geeigneter Form (Qualitätsberichte, Fallbeispiele, „Tag der guten Botschaft“) darzulegen und damit die Akzeptanz zu erhöhen.

Patientenverbände werden aufgefordert, die zunehmende Fremdbestimmung der Arzt-Patienten-Beziehung als Gefährdung zu erkennen und die Ärzteschaft bei der Verteidigung der Freiberuflichkeit zu unterstützen.

### **9. Freiberuflichkeit im Krankenhaus**

Auf Antrag von Frau Dr. de Mattia (Drucksache III - 09) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Bei der Zertifizierung der Kliniken muss die freie Entscheidungsmöglichkeit der Ärzte bei der Indikationsstellung Eingang in die Beurteilung finden. Der Vorstand der Bundesärztekammer möge darauf hinwirken, dass rechtssichere Vorgaben dafür geschaffen werden, um auch Arbeitsverträge mit Leistungsvariablen u. a. hinsichtlich der zu erbringenden Fallzahlen in Zertifizierungsverfahren einbeziehen zu können.

### **10. Einer Trivialisierung des Arztberufs entgegenwirken**

Auf Antrag von Herrn Dr. Lenhard (Drucksache III - 10) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert darauf hinzuwirken, dass bei einschlägigen Gesetzestexten und anderen offiziellen Texten die trivialisierende Bezeichnung "Leistungserbringer" bezogen auf das ärztliche Berufsbild wieder durch die Berufsbezeichnung "Arzt/Ärztin" ersetzt wird.

### **11. Qualitätssicherung in ärztlicher Hand**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Grifka (Drucksache III - 12) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Sozialgesetzgeber auf, die Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen wieder den Institutionen zuzuordnen, die die originäre Zuständigkeit für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung innehaben: den Landesärztekammern und ihrer Arbeitsgemeinschaft, der Bundesärztekammer.

Die medizinische Qualitätssicherung ist eine ureigene Aufgabe des Arztes, der Diagnostik und Therapie kritisch zu bewerten hat. Externe Systeme zur Erfassung und statistischen Auswertung, die grundsätzlich keine ausreichende ärztliche Bewertung berücksichtigen, sind abzulehnen. Deswegen müssen die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern und die Landesärztekammern als Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung wieder die Aufgaben von zentralen Organisations- und Beratungsstellen für medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement übernehmen.

### **12. Vertrauensminderndes Verhalten von Krankenkassen – Unterminierung der Freiberuflichkeit**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache III - 13) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenkassen auf, das Vertrauen zwischen Patient und Arzt zu respektieren und insbesondere durch folgende Maßnahmen nicht immer wieder zu belasten:

- Störung einer kollegialen Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärztinnen/Ärzten und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch Gutachtenvergabe an Dienststellen in weit entfernten Regionen.
- Erzwingung von Schweigepflichtbefreiungen ihrer Versicherten, um unrechtmäßig an Daten, z. B. über stationäre Behandlungen, zu gelangen (Psychiatrieberichte).

## **Zu Punkt IV der Tagesordnung:**

### **MEDIZINISCHE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG**

#### **1. *Gesundheit und soziale Teilhabe von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in unserer Gesellschaft***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache IV - 01a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung jeden Alters leben als Bürgerinnen und Bürger in unserer Gesellschaft. Für ihre Teilhabe ist Akzeptanz von großer Bedeutung, die als wechselseitiger Prozess verstanden und vollzogen werden muss und die gleichberechtigte Beteiligung von Menschen mit Behinderung an allen gesellschaftlichen Bereichen zum Ziel hat.

Dies trifft vor allem auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung zu, da hier oft ein besonderer Bedarf an gesundheitlichen Leistungen besteht. Dieser Bedarf beruht zum einen auf der Notwendigkeit, u. a. mit medizinischen Mitteln zur Linderung oder Überwindung der Behinderung beizutragen, zum anderen auf vielfältigen Komorbiditäten bei geistiger Behinderung.

Alle Bürgerinnen und Bürger dieses Landes haben das Recht auf eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung. Dieses Recht ist ein elementarer Bestandteil der Bürger- und Menschenrechte. Darüber hinaus müssen Menschen mit Behinderung – so Artikel 25 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahre 2006 – die medizinische Versorgung erhalten, die sie aufgrund ihrer Behinderung zusätzlich benötigen. Der Deutsche Bundestag hat diese Bestimmung Anfang 2009 zwar ratifiziert, dem spezifischen und erhöhten Behandlungsbedarf von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung wird das deutsche Gesundheitssystem aber noch nicht gerecht.

Die Ursachen für die Defizite in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung sind vielfältig:

- Die Gesellschaft nimmt Menschen mit Behinderung noch nicht als gleichberechtigte Bürger wahr.
- Der behinderungsbedingte Versorgungsmehrbedarf ist finanziell nicht ausreichend gedeckt.
- Die ausreichende und notwendige Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung ist noch nicht im bedarfsgerechten Umfang sichergestellt.

Dabei sind Menschen mit schweren und komplexen Behinderungen von diesen Nachteilen wesentlich stärker betroffen als Menschen mit leichter Behinderung, Erwachsene mehr als Kinder und Jugendliche.

Die Ursachen der Versorgungsmängel lassen sich in fachliche und in organisatorisch-strukturelle Mängel des Gesundheitssystems einteilen. Um diese zu überwinden, müssen sowohl der Gesetzgeber als auch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ihren Beitrag leisten.

Die deutsche Ärzteschaft hat wiederholt ihre Verantwortung für eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen bekräftigt. In der Kontinuität dieser Positionen fordert der 112. Deutsche Ärztetag, dass

- Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung nicht aufgrund einer Behinderung von gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen ausgegrenzt werden dürfen;
- Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung die gesundheitsbezogenen Leistungen bekommen, die sie wegen der Behinderung und insbesondere zur Förderung ihrer sozialen Teilhabe dringend benötigen;
- gesetzliche Grundlagen für Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung (in Anlehnung an die Sozialpädiatrischen Zentren) geschaffen werden;
- sektorübergreifende regionale Netzwerke von ambulanten und stationären Leistungserbringern etabliert werden, die in arbeitsteiliger Zusammenarbeit und gegenseitiger fachlicher Beratung für die Lösung besonderer medizinischer Probleme von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung genutzt werden können. Die Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung (MZEB) sollten in diesen Netzwerken eine zentrale Rolle im Wissenstransfer einnehmen;
- sich die Ärzteschaft für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung einsetzt und sich dafür zusätzliches Wissen und Fähigkeiten aneignet;
- die Aus-, Fort- und Weiterbildung in behinderungsspezifischen Belangen gefördert wird, um die Ärzteschaft und vor allem diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich in besonderer Weise um Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung kümmern wollen, fachlich auf ihre Aufgaben vorzubereiten.

Die Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im Erwachsenenalter ist die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten aller Gebiete. Sie erfüllen diese Aufgabe in hoher Kollegialität untereinander und gemeinsam mit den Angehörigen weiterer nichtärztlicher medizinischer und sozialer Berufe.

Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (MZEB) konzentrieren die erforderlichen Kompetenzen und das besondere Wissen. Sie ermöglichen als komplementäre Einrichtungen die gemeinsame Arbeit für die betroffenen Menschen.

Um die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung weiterentwickeln zu können, müssen der erhöhte Ressourcenaufwand und die daran angepasste und angemessene Vergütung im ambulanten und stationären Sektor (EBM, GOÄ, DRG) bei der Planung berücksichtigt werden. Auch müssen Lösungen erarbeitet werden, um die während eines Krankenhausaufenthaltes ggf. erforderliche individuelle Assistenz durch vertraute und erfahrene Personen zu organisieren und zu finanzieren.

Elementare Voraussetzung für die bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sind ihre respektvolle ärztliche Behandlung und Betreuung sowie ihre gesellschaftliche Anerkennung und Integration. Dies schließt die unterstützenden Personen, insbesondere ihre Familien, mit ein.

## **2. Berliner Papier zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Jonitz (Drucksache IV - 02) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006 wurde im Januar 2009 von der Bundesregierung ratifiziert und ist seit dem 26. März 2009 in Deutschland gültig.

Die Vertragsparteien verpflichten sich nach Artikel 26 (1) Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens zu bewahren. Um dies zu erreichen, wollen die Vertragsstaaten u. a. die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologie in der Habilitation und Rehabilitation fördern (Art. 26 [3]).

Nach Artikel 25 a stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen.

Nach Artikel 25 b bieten die Vertragsparteien die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden, um weitere Behinderungen möglichst gering zu halten oder zu vermeiden.

Darüber hinaus verpflichten sich die Vertragsstaaten in Artikel 9, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, damit Einrichtungen und Dienste für die Öffentlichkeit alle Aspekte der Barrierefreiheit berücksichtigen.

### **Assistenz für Menschen mit Behinderung im Krankenhaus**

Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen sind häufig auf spezifisch geschultes Assistenzpersonal angewiesen. Das Assistenzpersonal übernimmt nicht nur die spezifisch auf die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen ausgerichtete Unterstützung bei der Pflege, die unter den besonderen Bedingungen, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig gemacht haben, besondere Bedeutung gewinnt. Die vertrauten Assistenten können zudem zu Garanten für die weitestgehende Selbstbestimmung des jeweiligen Patienten sein. Die Unterstützung dieser Assistenten gewinnt dadurch noch an besonderer Bedeutung, dass die Möglichkeit, mit den vorhandenen personellen Kapazitäten in den Krankenhäusern auf die spezifischen Bedürfnisse behinderter Menschen angemessen zu reagieren, eingeschränkt ist.

Bisher ist die Finanzierung der Assistenten während des Krankenhausaufenthaltes nur in den seltensten Fällen gesichert und/oder von hohen bürokratischen Hindernissen verstellt.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die finanziellen Rahmenbedingungen für die Begleitung durch persönliche Assistenten während eines Krankenhausaufenthaltes zu erweitern und eine unbürokratische Kostenerstattung für das Assistenzpersonal sicher zu stellen.

#### Barrierefreie Krankenhäuser

Die baulichen Voraussetzungen sowie die Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln entsprechen in der Mehrzahl der Häuser weitgehend den Anforderungen an die Barrierefreiheit.

Ein deutlicher Verbesserungsbedarf besteht jedoch bei Hilfssystemen, die vor allem Menschen mit Sinnesbehinderungen ein Höchstmaß an Unabhängigkeit sowie die Bewahrung ihrer Eigenständigkeit und Selbstbestimmung während des Aufenthaltes im Krankenhaus ermöglichen. Die Forderungen von Behindertenverbänden beinhalten z. B.:

- barrierefreie Informationsmaterialien – Informationen in Groß- oder Blindenschrift, Audioversionen wichtiger Informationen und Aufklärungsbögen etc., Informationen in leichter Sprache.
- Unterstützungssysteme für Sinnesbehinderte – taktile Leitsysteme, Einsetzen von Gebärdensprachdolmetschern etc.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausträger auf, die Maßnahmen zur Barrierefreiheit in ihren Häusern unter Beteiligung der Betroffenen und ihrer Verbände zu überprüfen und aktiv für die Verwendung und Weiterentwicklung von unterstützenden Geräten und Technologie in der Habilitation und Rehabilitation Sorge zu tragen.

#### Barrierefreiheit im ambulanten Bereich

Bundesweit ist der Anteil an Praxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Ambulanzen mit barrierefreiem Zugang (dies erfordert auch Behindertenparkplätze) sowie behindertengerechtem Mobiliar und sanitären Einrichtungen nicht ausreichend.

Dieser Umstand schränkt nicht nur die freie Arztwahl von Menschen mit Behinderungen stark ein. Das Fehlen von behindertengerechtem Mobiliar (z. B. höhenverstellbare Untersuchungsliegen, gynäkologischen Stühle etc.) erschwert zudem die medizinische Diagnostik und Behandlung.

Damit ist Gesundheitsversorgung für viele Menschen mit Behinderungen in derselben Bandbreite wie für andere Menschen nicht gewährleistet (z. B. Vorsorgeuntersuchungen).

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, finanzielle Rahmenbedingungen für die Einrichtung und den Unterhalt barrierefreier Praxen zu schaffen und damit seinem Anspruch nach Artikel 9 und Artikel 25 gerecht zu werden.

#### Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Versorgung von Menschen mit Behinderungen in stationären, ambulanten und Rehabilitationseinrichtungen bedarf besonderer Kenntnisse über Krankheitsrisiken, den spezifischen Unterstützungsbedarf bei Behandlung und Pflege, Möglichkeiten der Kommunikation (z. B. mit Menschen mit Sinnesbehinderung oder geistiger

Behinderung) sowie über sozialrechtliche Aspekte. In den Ausbildungsplänen der Pflegeberufe, des medizinischen Assistenzpersonals sowie der Ärztinnen und Ärzte sind diese Inhalte unzureichend abgebildet.

Der Deutsche Ärztetag fordert alle Institutionen, die an der Aus-, Fort- und Weiterbildung von ärztlichem und Pflegepersonal beteiligt sind, auf, unter Beteiligung der Betroffenen und ihrer Verbände entsprechende Unterrichtseinheiten zu entwickeln und in die Lehrpläne aufzunehmen.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Ärztekammern auf, dafür Sorge zu tragen, dass Fortbildungen mit dem Themenschwerpunkt „Menschen mit Behinderung“ im jeweiligen Kammerbereich angeboten werden bzw. selbst entsprechende Fortbildungen durchzuführen.

### **3. Behindertengerechte Durchführung der Deutschen Ärztetage**

Auf Antrag von Herrn Dr. Ramm, Herrn Stagge und Frau Dr. Clever (Drucksache IV - 03) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Tagungen der Ärztetage, insbesondere die Eröffnungsveranstaltungen, sollten behindertengerecht gestaltet sein. Ein barrierefreier Zugang zu Podium und Mikrofon ist sicherzustellen.

### **4. Barrierefreie Arztpraxen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Fuchs (Drucksache IV - 10) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die niedergelassene Ärzteschaft auf, bei der Vorhaltung behindertengerechter Einrichtungen mit gutem Beispiel voranzugehen.

### **5. Empirische Studien zu Diagnostik und Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung unterstützen**

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann und Frau Dr. Wenker (Drucksache IV - 04) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert, empirische Studien zur Diagnostik und Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung zu unterstützen, auch in nichtuniversitären Einrichtungen und Institutionen.

### **6. Versorgungsforschung zu den Anforderungen zur Betreuung von Mehrfachbehinderten**

Der Antrag von Frau Dr. Bunte, Frau Dr. Beiteke, Frau Frei und Frau Dr. Pflingsten-Würzburg (Drucksache IV - 13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 112. Deutsche Ärztetag setzt einen Schwerpunkt in der Versorgungsforschung auf die Anforderungen der Betreuung (Diagnostik, Therapie und Begleitung) von mehrfach und geistig behinderten Menschen.

### **7. Finanzierung Sozialpädiatrischer Zentren**

Auf Antrag von Herrn Dr. Bolay, Frau Frei und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache IV - 05) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung in Sozialpädiatrischen Zentren unterliegt seit Jahren einer Unterfinanzierung. Trotz steigender Kosten wurden die Quartalspauschalen seit Jahren nicht mehr angepasst.

Die hochqualifizierte, multidisziplinäre, unter ärztlicher Leitung stehende Versorgung behinderter Kinder und Jugendlicher in Sozialpädiatrischen Zentren leistet einen bedeutsamen Beitrag zu deren Teilhabe.

Der Deutsche Ärztetag fordert eine ausreichende Finanzierung der Sozialpädiatrischen Zentren, um deren Behandlungsauftrag dauerhaft zu sichern.

## **8. *Ausreichende Finanzierung Sozialpädiatrischer Zentren***

Auf Antrag von Herrn Dr. Kreisler und Herrn Dr. Handrock (Drucksache IV - 12) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Behandlung von Menschen mit Behinderung unterliegt seit Jahren einer Unterfinanzierung. Trotz steigender Kosten wurden die Quartalspauschalen nicht ausreichend angepasst. Darunter leiden insbesondere die Sozialpädiatrischen Zentren. Diese leisten bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen einen wichtigen Beitrag.

Der Deutsche Ärztetag fordert eine angemessene Finanzierung der Behandlung dieser Patienten.

## **9. *Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren über das 18. Lebensjahr hinaus***

Auf Antrag von Herrn Dr. Bolay, Herrn Dr. Fischbach und Frau Frei (Drucksache IV - 06) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag befürwortet in begründeten Fällen die Möglichkeit, die Behandlung junger Erwachsener mit Behinderung auch über das 18. Lebensjahr hinaus in Sozialpädiatrischen Zentren fortzusetzen, bis eine vergleichbare qualifizierte Übernahme der Behandlung an anderer Stelle gewährleistet ist.

## **10. *Abschaffung von Zuzahlungsregelungen und Leistungsausschlüssen***

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann und Frau Dr. Wenker (Drucksache IV - 07) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die auf Eingliederungshilfen angewiesen sind, die Abschaffung der Zuzahlungsregelungen und der derzeit bestehenden Leistungsausschlüsse für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel.

## **11. *Medizinische Versorgung von Menschen mit seelischer Behinderung***

Auf Antrag von Herrn Neitscher, Frau Löber-Kraemer und Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache IV - 11) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In konsequenter Fortsetzung der Beschlüsse der letzten Jahre fordert der Deutsche Ärztetag die Umsetzung und Weiterentwicklung einer qualitativ hoch stehenden ärztlich-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung und Behinderung. Er lehnt alle Versuche und Forderungen einseitiger

Zuzahlungsregelungen ab, die dazu führen, diese Menschen von notwendiger Behandlung auszuschließen.

## **12. Flexibilisierung von "Off-Label"-Verordnungsmöglichkeiten**

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann und Frau Dr. Wenker (Drucksache IV - 08) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert eine Flexibilisierung der "Off-Label"-Verordnungsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung unter der Voraussetzung der Unwirksamkeit von Standardbehandlungen und mit pharmakologisch-rationaler Begründung.

## **13. Menschen mit Behinderung – verlängerte Anerkennungszeit in der Rentenversicherung**

Der Antrag von Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Berson und Herrn Dr. Hülkamp (Drucksache IV - 09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, den Gesetzgeber aufzufordern, Eltern, die behinderte Kinder aufziehen und deswegen nicht berufstätig sein können, mit einer längeren Anerkennungszeit zur Rentenversicherung (Anwartszeit) zu versehen.

## **14. Subventionierung von Arbeitsplätzen für behinderte Menschen**

Auf Antrag von Herrn Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Herrn Dr. Zürner, Herrn Dr. Steininger, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Dr. Dr.-Ing. Rudolph, Herrn Dr. Richter, Herrn Dr. Dipl.-Chem. Nowak, Frau Dr. Mieke, Frau Prof. Dr. Krause-Girth, Herrn Knoll, Frau Dr. Johna, Frau Dr. Illies, Herrn Dr. Hornke, Herrn Dr. Holfelder, Frau Prof. Dr. Henneberg, Herrn Dr. Heckmann, Herrn Dr. Glatzel, Herrn Dr. Conrad und Herrn Andor (Drucksache IV - 14) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung sowie die Landesregierungen auf, ausreichend Mittel zur Subventionierung von Arbeitsplätzen für behinderte Menschen zur Verfügung zu stellen.

Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung sind eng mit der Erwerbstätigkeit verbunden. In dem Maße, wie es gelingt, behinderte Menschen in den Arbeitsmarkt einzugliedern, erwerben sie eigenständige sozialrechtliche Ansprüche und müssen nicht als "Almosenempfänger" in Erscheinung treten.

Darüber hinaus trägt die Einrichtung behindertengerechter Arbeitsplätze zu einem gesamtgesellschaftlichen Gelingen bei.

## **Zu Punkt V der Tagesordnung:**

### **(MUSTER-)WEITERBILDUNGSORDNUNG – SACHSTANDSBERICHT**

#### **Projekt Evaluation der Weiterbildung**

##### **1. Evaluation der Weiterbildung**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Gitter (Drucksache V - 01a) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Weiterbildungsbefugte und Weiterzubildende werden aufgefordert, sich an der Befragung der Ärztekammern zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Projekt „Evaluation der Weiterbildung“) zu beteiligen. Mit diesem Projekt wollen Bundesärztekammer und Landesärztekammern die Qualität der Weiterbildung sichern und verbessern.

Über die im Mai 2009 gestartete Online-Befragung wird Weiterbildungsbefugten und Weiterzubildenden die Möglichkeit gegeben, sich u. a. zu äußern zu allgemeinen Rahmenbedingungen wie Arbeitssituation, Arbeitszeiten, Budgets sowie zu speziellen Aspekten der Weiterbildung wie Vermittlung von Fachkompetenzen, Lernkultur, Führungskultur, Kultur der Fehlervermeidung, Entscheidungskultur, Betriebskultur, Anwendung evidenzbasierter Medizin.

Insbesondere die weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte werden gebeten, sich an der Erhebung zu beteiligen und somit den Weiterzubildenden die Möglichkeit zur Teilnahme an der Befragung zu eröffnen. Denn erst nach Einwahl durch den Befugten wird den Weiterzubildenden der Zugang zum Online-Portal ([www.evaluation-weiterbildung.de](http://www.evaluation-weiterbildung.de)) ermöglicht.

In den vergangenen Jahren wurde die Weiterbildungssituation in Deutschland häufig dafür verantwortlich gemacht, dass junge Ärztinnen und Ärzte aus der Patientenversorgung aussteigen und in andere Berufsfelder wechseln oder ins Ausland abwandern. Verlässliche Daten über den Grad der Unzufriedenheit und die Gründe, dem kurativen System schon in jungen Jahren den Rücken zu kehren, liegen derzeit allerdings nicht vor. Die tatsächlichen Ursachen für die Unzufriedenheit des ärztlichen Nachwuchses, dauerhaft im Gesundheitssystem tätig zu werden, können in den Weiterbildungsstrukturen selbst oder aber primär in den politisch verursachten Rahmenbedingungen der Weiterbildung begründet sein.

Die Umfrage dient dazu, die aktuelle Situation in den Abteilungen vor Ort sowie Positives und/oder Negatives darzustellen, um z. B. Handlungskonzepte für strukturierte Weiterbildungsabläufe zu entwickeln. Die Befragung soll im Sinne einer Feedback-Schleife in einem zweijährigen Abstand wiederholt werden.

Mit den gewonnenen Erkenntnissen sollen Anreize entwickelt werden, um den ärztlichen Nachwuchs zu motivieren, in Deutschland zu bleiben. Der Abwanderung junger Ärztinnen und Ärzte in andere Berufsfelder oder ins Ausland soll entgegengewirkt werden.

Weitere Informationen sind auf der Internetseite [www.evaluation-weiterbildung.de](http://www.evaluation-weiterbildung.de) verfügbar.

## **2. Zugang zu den Ergebnissen der Evaluation der Weiterbildung**

Der Antrag von Herrn Dr. Wyrwich (Drucksache V - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

1. Der Vorstand der Bundesärztekammer soll darauf hinwirken, dass die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung nicht nur den Weiterbildungs-befugten, sondern auch den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Kenntnis gebracht und im Internet öffentlich zugänglich gemacht werden.
2. Werden die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung durch die Bundesärztekammer nicht bundesweit allen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Kenntnis gebracht und veröffentlicht, wird den Landesärztekammern die Möglichkeit eingeräumt, die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung, die den jeweiligen Kammerbereich betreffen, im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten auch den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Kenntnis zu geben und öffentlich zugänglich zu machen.

## **3. Weiterentwicklung der Weiterbildung**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 06) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die Ärztekammern auf, die Chancen der Evaluation zu nutzen. Überprüfung und Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung sind bei Erhalt ihrer guten Zugänglichkeit Daueraufgaben der Kammern. Viele Ärzte beklagen allerdings auch eine gewisse Realitätsferne in den Anforderungen der Weiterbildungskataloge. Der 112. Deutsche Ärztetag begrüßt die Ansätze der Bundesärztekammer zur Evaluation der Weiterbildung und fordert, diese kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Die bisher eher passive generelle Kontrollhaltung sollte sich in eine aufsuchende Förderung und Kontrolle der Weiterbildung vor Ort durch eine kontinuierliche Strukturqualitätssicherung wandeln.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern werden aufgefordert, Konzepte vorzubereiten, wie die Ergebnisse der Evaluation direkt in der Weiterbildung vor Ort umgesetzt werden können.

In einem ersten Schritt müssen die Ergebnisse veröffentlicht werden. Neben dem Bund-/Ländervergleich sollte bei den Landesärztekammern den Weiterbildern die Möglichkeit zum regionalen Vergleich und zur Veröffentlichung ihrer Ergebnisse auf geschützten Webseiten gegeben werden.

Geeignete Weiterbilder und geeignete Weiterzubildende könnten auf Dauer so zueinanderfinden.

Im zweiten Schritt sollten die Beteiligten vor Ort die Ergebnisse in einem strukturierten Dialog besprechen. Die Landesärztekammern müssen für die dringend notwendige Unterstützung vor Ort sorgen, durch

- Patenschaften für Weiterbildungsstätten,
- Tutorien,
- Beratungen der Ergebnisse in Fachgruppen,

- Schulungen,
- Visitationen.

Bei der Umsetzung der Ergebnisse im dritten Schritt hält der 112. Deutsche Ärztetag es für sinnvoll,

- Modelle optimaler stationärer Versorgung im Dreiklang Weiterbildung, Ökonomie, Patientenversorgung vor Ort,
- Weiterbildungsverträge – verabredete Zeit, Struktur, Inhalt –,
- Förderprogramme für die persönliche Eignung des Weiterbilders,
- Konzepte zur Weiterbildung im Team vor Ort

zu entwickeln.

Da Weiterbildung immer häufiger im Verbund und auch kammerübergreifend stattfindet, hält der 112. Deutsche Ärztetag viertens für sinnvoll:

- eine bundeseinheitliche Meldepflicht der Weiterbildungsassistenten mit Erhebung der vier „W“: wer, welche, wie viele Jahre, wo;
- eine Harmonisierung der föderalen Logbücher der Weiterbildung.

#### **4. Online-Befragung Evaluation**

Der Antrag von Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksache V - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung müssen einen von ihren Vorgesetzten unabhängigen Zugang zur Teilnahme an der Evaluation erhalten, z. B. über die Landesärztekammern.

#### **5. Evaluation der Weiterbildung – Pflicht jedes Weiterbilders**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 10) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Der 112. Deutsche Ärztetag begrüßt die nun dieses Jahr startende Evaluation der Weiterbildung ausdrücklich. Die Erfassung der tatsächlichen Weiterbildungssituation deutscher Ärzte ist dringend erforderlich, um auch in Zukunft hochwertige medizinische Behandlungen bei gleichzeitiger hoher Patientensicherheit zu gewährleisten.

Weiterbildung hat die größte Bedeutung bei der Sicherung der Qualität ärztlicher Tätigkeit in allen Belangen. Daher sieht der 112. Deutsche Ärztetag die Beteiligung eines jeden Arztes an der Evaluation als Selbstverständlichkeit an. Die Weiterbildungsbefugten tragen hierbei die zentrale Rolle. Ohne ihre aktive Beteiligung blieben Ärzte von der Evaluation ausgeschlossen.

Der 112. Deutsche Ärztetag sieht eine Verpflichtung eines jeden Weiterbilders, sich zu beteiligen. Da Evaluation die Qualität der ärztlichen Weiterbildung sichert, erwächst diese Verpflichtung alleine aus dem Recht zur Weiterbildung. Der

112. Deutsche Ärztetag fordert daher alle Ärzte auf, die Codes zur Evaluierung einzufordern.

Bundesärztekammer und Landesärztekammern müssen mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln auf diese Verpflichtung hinweisen und sie überprüfen.

## **6. "Strukturierter Dialog" nach Evaluation der Weiterbildung**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Windhorst, Herrn Dr. Gehle und Herrn Dr. Mitrenga (Drucksache V - 11) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, nach der Evaluation der Weiterbildung ein strukturiertes Verfahren zu entwickeln, das den mit „Schwächen“ identifizierten Weiterbildungsstätten hilft, sich zu verbessern.

Sinnvoll scheint hier das Vorbild des „Strukturierten Dialogs“, der sich im Rahmen der Qualitätssicherung bei den Ärztekammern bewährt hat.

Mitglied des „Strukturierten Dialoges“ sollte neben den Mitgliedern der Ärztekammern und den Weiterbildungsbefugten auch ein Vertreter der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung der betroffenen Weiterbildungsstätte sein.

## **7. Erfassung Konsiliar- und Belegärzte**

Der Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. Grifka (Drucksache V - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt, bei der Erhebung zur Evaluation der Weiterbildung Namen und Arbeitsbereiche der Konsiliar- und Belegärzte bei den Weiterzubildenden abzufragen.

## **Finanzierung der Weiterbildung**

### **1. Ärztliche Weiterbildung – Struktur und Finanzierung**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 07) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zur anhaltenden Diskussion um Struktur und Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung stellt der 112. Deutsche Ärztetag fest:

1. Das auch im internationalen Vergleich hohe Niveau der medizinischen Versorgung in Deutschland beruht u. a. auf dem hohen Anteil hochqualifizierter, weitergebildeter Ärztinnen und Ärzte. Von daher kommt der Qualität und permanenten Verbesserung der Qualität ärztlicher Weiterbildung eine hohe Bedeutung zu. Dabei sind die Festlegung der Inhalte sowie die Organisation der Weiterbildung rechtssystematisch bei der ärztlichen Selbstverwaltung angesiedelt und in den Heilberufsgesetzen der Länder verankert. Dieses System hat sich vom Grundsatz her bewährt, eine wie auch immer geartete Verstaatlichung der ärztlichen Weiterbildung lehnt der 112. Deutsche Ärztetag daher entschieden ab.
2. Die These, dass infolge der Einführung des DRG-Systems Weiterbildung nicht mehr stattfindet und Krankenhäuser nur noch Fachärzte einstellen, lässt sich

3. Die Vielfalt und Differenziertheit der Weiterbildungsstätten ist ein positives Element ärztlicher Weiterbildung. Es gibt keine Evidenz, dass Weiterbildung an Universitätskliniken qualitativ höherwertig ist als an anderen Krankenhäusern. Von daher erteilt der 112. Deutsche Ärztetag allen Versuchen, Weiterbildung in zunehmendem Maße oder sogar ausschließlich an Universitätskliniken bzw. an Teaching Hospitals zu konzentrieren, eine ausdrückliche Absage. Dies würde zu unannehmbaren „Flaschenhälsen“ für die ärztliche Weiterbildung führen, ohne dass eine Qualitätsverbesserung der Weiterbildung oder der medizinischen Versorgung erzielt würde.
4. Die Finanzierung ärztlicher Weiterbildung erfolgt derzeit im Rahmen der heutigen Krankenhausbudgets und DRG-Kalkulation. Eine zusätzliche Finanzierung ärztlicher Weiterbildung in Form von Zu- und Abschlägen im Rahmen des DRG-Systems, wie sie im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) als Prüfauftrag vorgesehen ist, lehnt der 112. Deutsche Ärztetag weiterhin als nicht sachgerecht ab. Stattdessen müssen der durch das DRG-System aufgebaute ökonomische Druck sowie die generelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser und damit implizit der Weiterbildung schnellstmöglich beendet werden. Beendet werden muss endlich auch der Missbrauch ärztlicher Arbeitskraft durch ständig wachsende nichtärztliche, organisatorische und administrative Tätigkeiten. Die dadurch verschwendete Zeit steht bei den Weiterbildern und den Weiterzubildenden weder für die Patientenversorgung noch für die Weiterbildung zur Verfügung.
5. Evaluation und Optimierung der Weiterbildung sind eine permanente innerärztliche Aufgabe.

Der 112. Deutsche Ärztetag wiederholt in diesem Zusammenhang seine Forderungen, die Weiterbildungsordnung schneller bundeseinheitlich umzusetzen, sie schneller an die medizinische Entwicklung anzupassen und die Weiterbilder verstärkt in die Umsetzung einzubinden. Darüber hinaus müssen die Weiterbildungsrichtlinien immer wieder auf das fachlich Notwendige konzentriert werden.

## **2. Finanzierung der Weiterbildung in Klinik und Praxis**

Auf Antrag von Herrn Dr. König (Drucksache V - 15) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Weiterbildung kann in vielen Fächern nicht mehr ausschließlich in der Klinik durchgeführt werden, viele Themen und Weiterbildungsinhalte sind nicht mehr an einer großen Anzahl von Kliniken vorhanden.

Die Lösung liegt in der Einbeziehung qualifizierter Praxen in das Weiterbildungscurriculum.

Dies wird aber nur möglich sein durch die adäquate Finanzierung dieser Weiterbildungsstätten sowohl in der Klinik als auch in der Praxis.

Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern sind nicht in der Lage, dies zu finanzieren.

Hier sind die Bundesregierung und die einzelnen Bundesländer gefordert, dafür Sorge zu tragen, dass eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildungsstätten in Klinik und Praxis sichergestellt wird.

### **3. Weiterbildungsaufwand ist zu erstatten**

Der Antrag von Herrn Dr. Wyrwich, Frau Dr. Müller-Dannecker, Herrn Dr. Tegethoff, Frau Dr. Dicke, Herrn Dr. Jonitz, Frau Prof. Dr. Braun, Herrn Dr. Veelken und Herrn Dr. Bobbert (Drucksache V - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Kliniken und Praxen, welche die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten gewährleisten, ist der damit verbundene Mehraufwand zu erstatten.

## **Allgemeine Weiterbildungsangelegenheiten**

### **1. Kriterien für die persönliche Eignung des Weiterbildungsbefugten**

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Emminger (Drucksache V - 02b) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

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

Die Nichtbeachtung der Pflichten des Weiterbilders nach § 5 (3), § 5 (4) (Mitteilung von Veränderungen), § 5 (5) (Aushändigung des Weiterbildungsprogramms), § 8 (2) sowie § 9 dieser (Muster-)Weiterbildungsordnung ist ein Verhalten, das die persönliche Eignung als Weiterbilder ausschließt, sofern es sich nicht um einmalige geringfügige Verstöße handelt.

Ebenso schließen von der Ärztekammer gerügte Verstöße gegen die ärztliche Berufsordnung die persönliche Eignung als Weiterbilder aus. Duldet oder bewirkt ein Weiterbildungsbefugter die Verletzung des Arbeitszeitgesetzes gegenüber den Weiterzubildenden unter seiner Verantwortung, so ist dies grundsätzlich als fehlende Eignung anzusehen.

### **2. Baldige Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 09) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, so schnell wie möglich eine Überarbeitung der Problemfelder der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorzulegen.

### **3. Überarbeitung der Weiterbildungsordnung auf dem 114. Deutschen Ärztetag**

Auf Antrag von Herrn Dr. Voigt, Herrn Prof. Dr. Haubitz, Frau Dr. Gitter und Herrn Dr. Mitrenga (Drucksache V - 14) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Pollok und Herrn Dr. Heep (Drucksache V - 14a) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer bereitet eine Überarbeitung bzw. Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung für den 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden vor.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die Diskussion und Beschlussfassung über die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung für den 114. Deutschen Ärztetag 2011 vorzubereiten.

1. Die aktuelle MWBO wurde erst 2007 verändert. In den Landesärztekammern ist die Umsetzung der MWBO teils mit erheblichen Verzögerungen erfolgt. In vielen Landesärztekammern werden erst jetzt die ersten Ärzte nach neuer Weiterbildungsordnung ihre Gebiets- oder Schwerpunktweiterbildung beenden. Vor diesem Hintergrund ist eine erneute Überarbeitung mit womöglich erheblichen Veränderungen verfrüht und den Kammermitgliedern nicht zu vermitteln. Die Landesärztekammern sind auch noch damit befasst, die Befugnis zur Weiterbildung nach neuer MWBO zu überprüfen. Erneute kurzfristige Änderungen sind auch den Befugten nicht zu vermitteln.
2. Als Konsequenz aus der abweichenden Umsetzung der aktuellen WBO in den Ländern hat die Bundesärztekammer ein zweistufiges Normsetzungsverfahren in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern beschlossen, um eine verbesserte Einbindung der Landesärztekammern bereits im Vorfeld zu ermöglichen. Eine konsequente Anwendung dieses zweistufigen Verfahrens ist im geplanten Zeitraum nicht möglich.
3. Die Bundesärztekammer führt aktuell eine Evaluation der Weiterbildung durch. Dieses Projekt verbraucht erhebliche finanzielle Mittel. Das Ergebnis der Befragung liegt frühestens Anfang 2010 vor. Die Befragungsergebnisse können auch Auswirkungen auf die Gestaltung der MWBO haben und sollten daher berücksichtigt werden. Dies ist im geplanten Zeitraum nicht möglich. Die verfasste Ärzteschaft verhält sich unglaublich, wenn sie Veränderungen in der MWBO vornimmt, ohne die Ergebnisse der Evaluation in deren Ausgestaltung einzubeziehen.
4. Dem Dezernat 2 liegen zahlreiche Änderungsanträge von Berufsverbänden bzw. medizinischen Fachgesellschaften vor. Diese sind im Zweifel geeignet, bei anderen Verbänden und Fachgesellschaften Widerspruch hervorzurufen. Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern wird ihrer Aufgabe, die Gesamtinteressen der Ärzteschaft zu vertreten, nur gerecht, wenn sie durch Gespräche mit den Betroffenen den Konsens herbeiführt. Auch diese Aufgabe ist bis zum Mai des nächsten Jahres nicht leistbar.

#### **4. Realistische Weiterbildungskataloge verwirklichen**

Der Antrag von Herrn Dr. Wyrwich (Drucksache V - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Weiterbildungskataloge der Weiterbildungsordnung müssen so dimensioniert sein, dass sie Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung für die medizinisch relevanten Bereiche des jeweiligen Fachs ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, die (gemäß § 12 SGB V) für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die in den Weiterbildungskatalogen geforderten Inhalte und Mengenvorgaben müssen deshalb realistische und realisierbare Vorgaben enthalten, die mit den tatsächlichen Gegebenheiten der Weiterbildungssituation im Einklang stehen.

## **5. Weiterbildung in niedergelassenen Praxen**

Der Antrag von Herrn Dr. Junker (Drucksache V - 17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer sollen ein Konzept erarbeiten – und auf dem nächsten Deutschen Ärztetag zu dem Tagesordnungspunkt „Weiterbildungsreform“ vorlegen –, das die Integration und praxisnahe Weiterbildung in niedergelassener Praxis obligat vorsieht.

In die Weiterbildungsordnung aller Fächer mit direktem diagnostischen und therapeutischem Patientenkontakt soll dabei ein verpflichtender Teil der Weiterbildung von 3 bis 6 Monaten (je nach Bedeutung ambulanter Tätigkeit in diesem Fach) in ambulanter, niedergelassener Praxis der jeweiligen Fachrichtung dort eingefügt werden, wo auf die fakultative Anrechnung einer solchen Weiterbildungszeit verwiesen wird.

Weiter soll dabei geprüft werden, ob für die Weiterbildung in niedergelassener Praxis die Kostenträger gefordert oder zusätzliche Honorare eingefordert werden, da eine qualitativ hochwertige Weiterbildung „wirtschaftlich, notwendig und zweckmäßig“ ist, aber auch nur so eine „ausreichende“ Versorgung auf Dauer, auch im fachärztlichen Bereich, sichergestellt werden kann!

## **6. Weisungsungebundenheit in der Weiterbildung**

Auf Antrag von Herrn Dr. Herrmann (Drucksache V - 20) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen setzt auch eine weisungsungebundene ärztliche Tätigkeit voraus. Diese ist durch den Arbeitgeber zu gewährleisten, damit Weiterbildung in Krankenhäusern langfristig gesichert ist.

Die Einhaltung der Freiberuflichkeit und Weisungsungebundenheit im ärztlichen Handeln ist eine unumgängliche Voraussetzung, um Diagnostik und Therapie zum Wohl des Patienten durchführen zu können. Nur unter dieser Prämisse sind auch Weiterbildungsinhalte zu vermitteln, ohne dass durch ökonomische Vorgaben, insbesondere durch Krankenhausträger, Maßnahmen unterlassen werden. Bei der Beantragung von Weiterbildungsbefugnissen ist diese Weisungsungebundenheit zu bestätigen, um eine am Wohl des Patienten orientierte Medizin zu gewährleisten und in die Weiterbildung einfließen zu lassen. Dadurch werden auch die Grundsätze der Freiberuflichkeit während der Weiterbildung thematisiert.

## **7. Zusatz-Weiterbildung für Radiologische Diagnostik**

Der Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. Grifka (Drucksache V - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, bei der anstehenden Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie die Teilgebietsradiologie (d. h., die Zusatz-Weiterbildung "Radiologische Diagnostik – fachgebunden - Skelett") als integralen Bestandteil während der Facharzt-Weiterbildung aufzunehmen.

Die Fachgesellschaften haben dezidiert darauf aufmerksam gemacht, dass der derzeitige Zustand, bei dem der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie neuer

Prägung keine Möglichkeit zur konventionellen radiologischen Diagnostik in der Praxis hat, für eine ordnungsgemäße Patientenbehandlung absolut inakzeptabel ist.

## **8. Befristung von Arbeitsverträgen unter Bezugnahme auf die Weiterbildungsordnung**

Auf Antrag von Frau Dr. Lehmann und Herrn Dr. Jaeger (Drucksache V - 25) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Rein fachlich-medizinisch begründete Strukturierungen der Weiterbildungsordnung (z. B. Common Trunk) dürfen nicht als Alibi herangezogen werden, Arbeitsverträge kürzer als die maximale Weiterbildungsberechtigung zu befristen.

## **9. Quereinstieg in die Weiterbildung Allgemeinmedizin erleichtern**

Der Antrag von Frau Dr. Gitter und Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache V - 12 neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die finanzielle Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin allein kann bisher den Bedarf für die flächendeckende Versorgung mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin nicht gewährleisten. Daher müssen zusätzlich auch strukturelle Anreize auf dem Weg der Weiterbildungsordnung geschaffen werden, um berufserfahrenen Fachärztinnen und -ärzten anderer Gebiete (als Innere und Allgemeinmedizin) den Weg in die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu erleichtern. Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer werden aufgefordert, im Rahmen der aktuellen Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) dem Deutschen Ärztetag 2010 einen entsprechenden Vorschlag in Absprache mit den Hausärzten vorzulegen. Auch hierzu ist ein Ausbau des Förderprogramms Allgemeinmedizin unerlässlich.

## **Förderung der Allgemeinmedizin**

### **1. Förderprogramm Allgemeinmedizin – Vertragsverhandlungen aufnehmen**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 03) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. med. Jäck-Groß (Drucksache V - 03a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die Verantwortlichen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen auf, um den im GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz vorgesehenen dreiseitigen Vertrag zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu erarbeiten. Das Benehmen mit den Ärztekammern ist dabei herzustellen.

Der 112. Deutsche Ärztetag hält es für zwingend notwendig, das Förderprogramm für Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Allgemeinmedizin weiterbilden wollen, fortzuführen und zu verbessern, da die bisherige Förderung die Probleme nicht gelöst hat. Einer der Gründe dafür ist, dass trotz der Förderung der Ärzte, die sich in Praxen von niedergelassenen Ärzten allgemeinmedizinisch qualifizieren wollen, diese in der Regel finanziell deutlich schlechter gestellt sind als ihre Kollegen im Krankenhaus.

Der 112. Deutsche Ärztetag wiederholt deshalb seine Forderung, im Rahmen des Förderprogramms Allgemeinmedizin die Vergütungsregelungen so zu gestalten, dass die angestellten Ärztinnen und Ärzte in Praxen eine Vergütung erhalten, die sie tariflich mindestens vergüteten Krankenhausärzten gleichstellt.

## **2. Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen zur Förderung der Allgemeinmedizin**

Auf Antrag von Herrn Dr. (l) Reinhardt, Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Frau Haus, Herrn Dr. Hermann, Frau Köhler, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz und Herrn Seusing (Drucksache V - 05) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband Bund, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die gesetzlich verankerten Maßnahmen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zeitnah umzusetzen.

## **3. Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin**

Auf Antrag von Herrn Dr. Datz, Herrn Dr. Schulze, Herrn Dr. Benk und Herrn Dr. Reuther (Drucksache V - 13) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die gem. Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes in der geänderten Fassung vom 11.12.2008 ab dem 01.01.2009 verpflichtet sind, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umfassender und angemessener als bisher zu fördern, werden aufgefordert, diese gesetzliche Verpflichtung umgehend einzulösen. Um den Nachwuchs an Allgemeinärzten effizient zu fördern, muss die finanzielle Beteiligung von bisher 2.040 Euro auf 4.000 Euro angehoben werden.

**Zu Punkt VI der Tagesordnung:**

**ÄNDERUNG DES § 5 DER SATZUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER**

***1. Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer***

Unter Bezugnahme auf die im Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-01) angeführten Optionen beschließt der 112. Deutsche Ärztetag, keine Satzungsänderung bezüglich der Zusammensetzung des Vorstandes der Bundesärztekammer vorzunehmen.

**Zu Punkt VII der Tagesordnung:**

**ÄNDERUNG DES § 3 DER GESCHÄFTSORDNUNG DER  
DEUTSCHEN ÄRZTETAGE**

***1. Änderung des § 3 Satz 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 01) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

§ 3 Satz 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage wird wie folgt geändert:

„Zutritt zu den Sitzungen des Deutschen Ärztetages haben alle Ärztinnen und Ärzte und die vom Vorstand der Bundesärztekammer geladenen Personen.“

Auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm wurde ein Beschluss zur Vorbereitung einer Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages getroffen (Drucksache VI – 68), eine Änderung des § 3 Satz 1 vorzusehen, der den Zutritt nicht von der Nationalität abhängig macht.

## Zu Punkt VIII der Tagesordnung:

### TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

#### Versorgungsforschung

##### **1. Förderinitiative Versorgungsforschung: Expertise „Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien“**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 38) fasst der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt die vorliegende, im Rahmen der Förderinitiative Versorgungsforschung von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erstellte Expertise „Der Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien“. Damit ist dem Beschluss des 110. Deutsche Ärztetages (Drucksache V-16) zum wesentlichen Teil entsprochen. Der Deutsche Ärztetag befürwortet die Durchführung des zweiten Teils der Ausschreibung mit einer Expertise zur Frage, inwieweit es Hinweise darauf gibt, ob und ggf. wie diese Mechanismen zu veränderten, interessengeleiteten Inhalten medizinischer Leitlinien (und dortiger Arzneimittelempfehlungen) führen können.

Aufgrund der vorliegenden Expertisenergebnisse fordert der Deutsche Ärztetag:

- Im Interesse einer kritischen Interpretation von Studiendesign und Studienergebnissen bedarf es regelmäßiger Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte. Die Akademien für ärztliche Fortbildung werden gebeten, entsprechende Angebote in ihr Programm aufzunehmen.
- Ärzte sollen das Recht erhalten, auf Daten von Arzneimittelstudien aus Zulassungsverfahren, unabhängig von deren Ergebnis, zugreifen zu können. In dieser Hinsicht ist z. B. der Entwurf der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) "EMA policy on the practical operation of access to EMA documents" ausgesprochen kontraproduktiv, da er vorsieht, Zugang zu in der EMA vorhandenen Dokumenten erst nach Zustimmung durch Dritte (z. B. Industrie) zu ermöglichen. Die Bundesregierung wird aufgefordert, in den weiteren Verhandlungen für die Herstellung einer breiten fachlichen Transparenz einzutreten.
- Wissenschaftsinitiierte klinische Studien sollen in größerem Umfang als bisher gefördert werden, um für die Versorgung der Patienten relevante Fragestellungen (z. B. direkte Vergleiche des Nutzens von Arzneimitteln mit gleicher Indikation, mittel- und langfristige Arzneimittelsicherheit, Vergleich mit Standardtherapien) unabhängig aufzugreifen und beantworten zu können und somit die in der Expertise nachgewiesene Einflussnahme der Pharmaindustrie zu verringern. Die Bundesregierung wird aufgefordert, ein geeignetes Förderungsinstrument (z. B. einen Fonds, in den öffentliche Gelder, aber auch Gelder aus privater Hand, z. B. der pharmazeutischen Industrie, eingezahlt und aus dem solche Studien finanziert werden) zu etablieren.

- Pharmazeutische Unternehmen sowie Hersteller von Medizinprodukten oder medizinischen Geräten sollten eine Selbstverpflichtung eingehen, Zahlungen an Leistungserbringer im Gesundheitssektor transparent nach außen zu kommunizieren. Die Industrie wird aufgefordert, ein entsprechendes Verfahren einzuleiten.

## **2. Angemessene Versorgungsforschung**

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Frau Haus, Herrn Dr. Hermann, Frau Köhler, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. (I) Reinhardt, Herrn Seusing, Herrn Bodendieck und Frau Taube (Drucksache VIII - 58) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Länder und die medizinischen Fakultäten auf, die allgemeinmedizinischen Abteilungen finanziell und personell so auszustatten, dass eine dem Fach angemessene Versorgungsforschung möglich ist.

## **3. Analyse der öffentlichen Wahrnehmung der Ergebnisse der Versorgungsforschung**

Der Antrag von Herrn Dr. Calles (Drucksache VIII - 68) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 113. Deutsche Ärztetag wird über die Fortsetzung des Projekts Versorgungsforschung zu entscheiden haben, für das einschließlich des Geschäftsjahres 2010/2011 insgesamt 4,5 Millionen Euro aufgewendet werden. Das Projekt war vom Vorstand der Bundesärztekammer mit dem führenden Argument der "unberechtigt schlechten Darstellung ärztlicher Berufsausübung" vorgeschlagen worden.

Vor diesem Hintergrund wird der Vorstand der Bundesärztekammer gebeten, zum 113. Deutschen Ärztetag eine Analyse der bisherigen Ergebnisse dieses Projekts in den allgemeinen Medien vorzulegen. Dazu möge der Vorstand rechtzeitig eine Untersuchung über die qualitativen Ergebnisse in der Medienresonanz durch ein externes Institut erarbeiten lassen.

## **4. Förderung und Finanzierung unabhängiger medizinischer Forschung**

Auf Antrag von Herrn Dr. Kobes (Drucksache VIII - 72) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Forschung, insbesondere eine industrie- und wirtschaftsinteressenunabhängige, auf dem Gebiet der Medizin stärker zu fördern. Auf diese Weise ist es möglich, Themenbereiche in den Mittelpunkt zu rücken, die nur wenig im Interessenspektrum wirtschaftlich intendierter Industrieforschung (z. B. seltene Erkrankungen: Europäische Initiative „orphan diseases“) liegen, sowie unabhängige Studien zu unterstützen.

## **5. Förderung unabhängiger Arzneimittelforschung**

Der Antrag von Frau Dr. Gitter (Drucksache VIII - 59) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auf Beschluss des 110. Deutschen Ärztetages 2007 hat der Vorstand der Bundesärztekammer zusammen mit der ständigen Koordinationsgruppe Versorgungsforschung die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beauftragt, eine Expertise vorzulegen, die den „Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die

wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien“ untersucht. Die Expertise liegt nun vor und beschreibt und bewertet verschiedene Möglichkeiten der Einflussnahme. Diese bewirkt im Ergebnis: „Publizierte Arzneimittelstudien, die von der pharmazeutischen Industrie finanziert werden oder bei denen ein Autor einen finanziellen Interessenkonflikt hat, haben weitaus häufiger ein für das pharmazeutische Unternehmen günstiges Ergebnis als Studien, die aus anderen Quellen finanziert werden.“ (Zitat aus der Expertise).

Insbesondere im Hinblick darauf, dass solche Ergebnisse nicht nur für die Erstellung von Leitlinien der ärztlichen Behandlung herangezogen werden, sondern auch die Bewertung und Zulassung von Arzneimitteln im Rahmen der GKV-Versorgung beeinflussen (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)), fordert der Deutsche Ärztetag eine erheblich verstärkte öffentliche Förderung industrieunabhängiger Studien.

Die Ergebnisse der Expertise zeigen, wie wichtig es ist, dass die Kriterien für eine Beurteilung der Kosten-Nutzen-Relation von Arzneimitteln durch IQWiG und G-BA transparent und öffentlich gemacht werden. Der 112. Deutsche Ärztetag fordert außerdem, dass diese Kriterien international anerkannten wissenschaftlichen Kriterien entsprechen und offen diskutiert werden müssen, auch um die parlamentarische Kontrolle zu ermöglichen. Letztlich erfolgt hier im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Rationierungs- bzw. Priorisierungsentscheidung, die – wenn sie der Gesetzgeber schon vorsieht – solide begründet sein muss, den Betroffenen (gesetzlich Versicherten) offen gelegt werden muss und parlamentarisch kontrollierbar sein muss. Sie setzt auch eine unabhängig ermittelte Datenlage voraus.

In diesem Zusammenhang muss auch darauf hingewirkt werden, dass die Vergabe von Positionen an öffentlichen Hochschulen/Universitäten nicht unkritisch mit der Einwerbung von Drittmitteln verknüpft wird, weil ansonsten die Gefahr besteht, unabhängige Forschung zurückzudrängen.

## **6. Expertise Arzneimittelforschung: Offenlegung von Interessenkonflikten**

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter (Drucksache VIII - 60) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Angesichts der Ergebnisse der aktuell vorgelegten Expertise über den "Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien" fordert der Deutsche Ärztetag das Bundesgesundheitsministerium auf zu prüfen, inwieweit die gesetzliche Grundlage geschaffen bzw. erweitert werden muss, damit der öffentliche Zugang zu Daten aus klinischen (Arzneimittel-)studien gewährleistet ist. Negative wie positive Ergebnisse müssen gleichermaßen veröffentlicht werden.

Interessenkonflikte müssen bei allen Veröffentlichungen und Vorträgen offen gelegt werden. Dies gilt insbesondere auch für Referenten bei zertifizierten ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen. Der Deutsche Ärztetag fordert, dass auf Verstöße konsequent reagiert werden muss; die Veröffentlichung des Interessenkonfliktes muss in solchen Fällen nachgeholt werden. Die Ärztekammern werden aufgefordert, Veranstaltern und Referenten, die sich an das Gebot der Veröffentlichung eines Interessenkonfliktes nicht halten, zukünftig bundesweit und bundeseinheitlich keine Anerkennung/Zertifizierung ihrer Fortbildungsveranstaltungen zu erteilen. Die Ärztekammern müssen sich hierüber wechselseitig untereinander informieren.

## **7. Ausbau der unabhängigen Arzneimittelforschung**

Der Antrag von Herrn Dr. Joas, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fresenius, Herrn Dr. Krombholz und Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich (Drucksache VIII - 77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Aufgrund der Expertisenergebnisse zum Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien, vorgelegt von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, fordert der Deutsche Ärztetag einen deutlichen Ausbau der unabhängigen Arzneimittelforschung und der klinischen Studien, die frei von den Einflüssen der pharmazeutischen Industrie valide Ergebnisse für die Entwicklung von Behandlungsleitlinien erbringen können. Dazu müssen die Forschungsmittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) entsprechend aufgestockt werden. An den Forschungskosten soll zudem über ein Poolsystem die pharmazeutische Industrie beteiligt werden. Die Verwendungshoheit dieser Poolmittel liegt in der Hand der Ärztekammern.

## **8. Verbrauch finanzieller Ressourcen durch Institutionen im Gesundheitswesen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Müller (Drucksache VIII - 42) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Der 112. Deutsche Ärztetag ersucht die Bundesärztekammer, im Rahmen der Versorgungsforschung eine Studie erstellen zu lassen, welche den Verbrauch der finanziellen Ressourcen der zahlreichen Institutionen im deutschen Gesundheitswesen aufzeigt, wie z. B. des Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS), des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), aber auch z. B. die Kosten für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in den einzelnen Bundesländern. In einer Zeit, wo zahlreiche Milliarden in das Gesundheitswesen fließen, aber nur Bruchteile hiervon bei den „Leistungserbringern“ in Praxis und Klinik ankommen, ist eine solche grundsätzliche Erhebung für die verfasste bundesdeutsche Ärzteschaft existentiell und soll mit absoluter zeitlicher Priorisierung erstellt werden.

## **Telematik/elektronische Gesundheitskarte (eGK)**

### **1. Unzureichende Berücksichtigung der Interessen von Patienten und Ärzten bei der Konzeption der eGK**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Kahlke, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Niemann, Frau Haus, Herrn Dr. Rütz und Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksache VIII - 74) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ökonomisierung und Industrialisierung des Gesundheitswesens in unserem Land werden die Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis in ihrem Handeln immer mehr von fremdbestimmten ökonomischen Interessen beeinflusst.

Das Grundkonzept unseres ärztlichen Entscheidens und Handelns, bei dem der Mensch im Mittelpunkt steht, darf nicht zerstört werden durch eine Transformation

der Humanmedizin und damit des Gesundheitswesens in eine renditeorientierte Dienstleistungsindustrie.

Bereits der 111. Deutsche Ärztetag hat eine bundesweite Telematikinfrastruktur mit der verpflichtenden Online-Anbindung und der Speicherung von Krankheitsdaten in einer zentralen Serverstruktur abgelehnt und eine Neukonzeption des gesamten Projekts gefordert.

Dies ist bisher nicht erfolgt.

Die von der gematik im Dezember 2008 veröffentlichten Testauswertungen der 10.000er-Tests aus sieben Testregionen zeigen ernüchternde bis deprimierende Ergebnisse:

- die getesteten Abläufe im Gesundheitswesen wurden verlangsamt statt verbessert;
- die PIN als Sicherheitsschlüssel für die Patienten ist komplett gescheitert;
- das elektronische Rezept und der Notfalldatensatz haben sich in keiner Weise bewährt.

Die Krankenhäuser sind bisher fast nicht in die Tests einbezogen und die in der Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegten 100.000er-Tests haben noch nicht begonnen.

Auch der Schutz vor Missbrauch durch die elektronische Gesundheitskarte erfüllt sich nicht, da von den Kassen ein nicht identitätsgeprüftes Foto verwendet wird.

Das verabschiedete BKA-Gesetz und eine Fülle von illegalen Datenzugriffen im letzten Jahr bestätigen die notwendige Ablehnung einer zentralen Speicherung von Krankheitsdaten. Diese dürfen nur beim Arzt oder der Ärztin des Vertrauens gespeichert werden oder sich beim Patienten befinden. Eine einmal zerstörte Privatsphäre ist nicht wieder zu heilen.

Ohne den Nachweis eines medizinischen Vorteils müssen die Krankenkassen in 2009 nur für die ersten Schritte dieses Projektes bereits ca. 660 Millionen Euro an Versicherungsgeldern investieren; dieses Geld fehlt der medizinischen Versorgung.

Für die elektronische Kommunikation unter den Behandelnden in Klinik und Praxis stehen die „Punkt-zu-Punkt-Kommunikation“ als elektronischer Arztbrief nach den 2008 definierten Sicherheitskriterien der Bundesärztekammer zur Verfügung sowie dezentrale Speichermedien in der Hand des Patienten.

Nach den Grundsätzen ärztlicher Ethik der Europäischen Berufsordnung darf der Arzt „... nicht beim Aufbau elektronischer Patientendatenbanken mitwirken, die das Recht des Patienten auf Schutz seiner Intimsphäre, die Sicherheit und den Schutz seines Privatlebens gefährden oder schmälern. Jede Patientendatenbank muss einem Arzt unterstellt sein, der namentlich bekannt ist.“

Damit das Grundvertrauen der Patienten in unser ärztliches Berufsethos erhalten bleibt und das bewährte Konzept von einer am Individuum und seiner individuellen Lebensgestaltung orientierten Humanmedizin nicht zerstört wird, lehnt der 112. Deutsche Ärztetag die elektronische Gesundheitskarte in der bisher vorliegenden Form ab.

## **2. Ablehnung der Einführung einer Online-Infrastruktur für die eGK**

Auf Antrag von Herrn Dr. Steininger (Drucksache VIII - 125) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache VIII - 125a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Im § 291a SGB V werden Pflichtanwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) definiert:

- Versichertenstammdaten
- elektronisches Rezept
- europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)

Diese Pflichtanwendungen und einige freiwillige Anwendungen (z. B. Notfalldaten, Arzneimitteltherapiesicherheit, Patientenquittung) sind ohne Online-Infrastruktur möglich und sinnvoll (keine neue Versicherungskarte bei Wohnortwechsel).

Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung einer zwangsweisen Online-Infrastruktur für die eGK zum derzeitigen Zeitpunkt ab, da sie für die Pflichtanwendung nicht notwendig ist.

## **3. eGK-Projekt: Nur Freiwilligkeit kann für Akzeptanz sorgen**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 34) fasst der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Telematik im Gesundheitswesen und Vernetzung der Arztpraxen sind bereits vielerorts etabliert. Hierzu hat es der Initiative des Gesetzgebers und der Errichtung der gematik nicht bedurft. Der Einsatz von IT in unzähligen Praxen, Arztnetzen und Krankenhäusern ist das Ergebnis der Überzeugung des Einzelnen, dass IT-unterstützte Prozesse die Arbeit in den Praxen und Krankenhäusern erleichtern. Eine große Zahl auch kommerziell erstellter Angebote weist dabei aber kein angemessenes Sicherheitsniveau auf. Darüber hinaus handelt es sich vielfach um Insellösungen, die keinen Datenaustausch untereinander ermöglichen.

Die Initiative des Gesetzgebers mittels des § 291a SGB V eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) einzuführen und vor allen Dingen eine Telematikinfrastruktur zu errichten, hat das Ziel, eine einheitliche und sichere Plattform zu etablieren. Diese staatliche Vorgabe, Standards voranzutreiben, ist notwendig, um eine Kompatibilität der jeweiligen Systeme in den Praxen, Krankenhäusern, Apotheken etc. zu gewährleisten. Jede nachhaltige Infrastruktur – in allen Lebensbereichen – ist das Ergebnis von Standardisierung gewesen, wie bei allen „Versorgungsnetzen“, bspw. Straßen-, Bahn-, Strom-, und Telefonnetzen.

Die Teilnahme jedoch an all diesen Netzen war und ist für den jeweiligen Nutzer freiwillig. Denn nur Freiwilligkeit sorgt dafür, dass sich Lösungen entwickeln können, die den Nutzen des Einzelnen steigern, seine berechtigten Bedenken widerlegen und so seine Überzeugung reifen kann, am Netz teilzuhaben.

Eine ganze Reihe ärztlicher Körperschaften und Verbände äußerte in den letzten Wochen und Monaten grundlegende Kritik am eGK-Projekt. Wenn die gematik es nicht schafft, sich von ihrer rein technisch getriebenen Projektsicht zu lösen und die späteren Nutzer der eGK und der Telematikinfrastruktur – Ärzte und Patienten – mit

ihren Bedenken und Präferenzen mitzunehmen, wird sie selbst zum größten Projektrisiko.

Die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) wird daher aufgefordert – in all ihren technisch-fachlichen Konzepten und in der grundsätzlichen Ausrichtung ihrer Projektstätigkeit – sich vom Grundsatz der Freiwilligkeit der Leistungserbringer und Patienten leiten zu lassen. Dies muss Leitgedanke ihres Handelns sein. Nur Freiwilligkeit kann für Akzeptanz sorgen!

#### **4. Saubere Testung der Telematikstruktur der eGK und dezentraler Alternativen vor Einführung im Online-Rollout – Gründlichkeit vor Schnelligkeit!**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 35) unter Berücksichtigung der Anträge von Frau Taube und Herrn Dr. Vogel (Drucksache VIII - 35a) und von Herrn Dr. Niemann, Herrn Dr. Ramm und Herrn Prof. Dr. Kahlke (Drucksache VIII - 35b neu) fasst der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Die Ergebnisse der bisherigen Tests der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in den sieben Regionen haben nicht gerade ermutigende Ergebnisse zu Tage gefördert. In den Bereichen Handhabbarkeit, auch bei der PIN, Durchlaufzeiten der Anwendungsprozesse, Unterstützung der Leistungserbringer, Fehlerfreiheit der Komponenten – also in allen diesen Kernbereichen – besteht enormer Verbesserungsbedarf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Tests lediglich Offline-Funktionalitäten der eGK betrafen. Diese waren das Einlesen der Versichertenstammdaten (wie bei der Krankenversicherungskarte) in das Praxisverwaltungssystem, das Ausstellen und Einlesen elektronischer Rezepte und das Anlegen der Notfalldaten eines Patienten auf seiner eGK.

Die ernüchternden Testergebnisse sind nicht geeignet, um zur Steigerung der Akzeptanz der eGK beizutragen, im Gegenteil: Sie haben selbst das Zutrauen der eher technikaffinen Ärztinnen und Ärzte in den Testregionen erschüttert.

Die weiteren Planungen der gematik sehen die Testung der eGK im Rahmen des sogenannten 100.000er-Tests – also 100.000 Versicherte und mehrere Hundert Leistungserbringer – vor. In diesem Test werden ausschließlich die bereits abschließend vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zertifizierten Karten und Lesegeräte zum Einsatz kommen. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass diese Karten nicht im Rahmen von sog. Kreuztests auf ihre Praktikabilität im Zusammenspiel mit Lesegeräten und Praxisverwaltungssystemen getestet wurden. Nach Auffassung der gematik soll der 100.000er-Test Bestandteil des Online-Rollouts sein. Dies bedeutet, dass die Testung den ersten Schritt des Wirkbetriebs der eGK und der Telematikinfrastruktur darstellen würde.

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die ernsthafte und ergebnisoffene Testung der eGK und der Telematikinfrastruktur im Rahmen eines 100.000er-Feldtests, der nicht Bestandteil des Online-Rollouts sein darf, sowie die gleichzeitige Testung alternativer, dezentraler Speichermedien. Die 10.000er-Tests haben gezeigt, dass die im Labor einwandfrei arbeitende Hardware im Zusammenspiel mit der Praxissoftware unterschiedlicher Anbieter zuvor nicht erkannte und erkennbare Probleme verursacht. Hier muss es die Möglichkeit der Nachjustierung geben, bevor diese vermeidbaren Probleme den Praxisalltag belasten. Dies ist Sinn ernsthafter Tests.

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert daher einen zweistufigen Testansatz für das weitere Vorgehen im eGK-Projekt:

1. Tests der neuen eGK mit den dazu gehörigen Komponenten (Lesegeräten etc.) im Rahmen von Kreuztests.

Zeigt dieser Test positive Ergebnisse, sind die Voraussetzungen geschaffen, dass die Ausgabe von eGK-fähigen Lesegeräten im Rahmen des Basis-Rollouts fortgesetzt werden kann. Diese Verzögerung ist in Kauf zu nehmen; sorgt sie nicht zuletzt für erhöhte Akzeptanz der Ärzteschaft gegenüber dem Basis-Rollout. Wenn der Ausstattungsgrad mit neuen Lesegeräten von 95 Prozent erreicht ist, sind die Voraussetzungen erfüllt, damit die gesetzlichen Krankenkassen elektronische Gesundheitskarten an ihre Versicherten ausgeben können. Die schützenswerten Versichertenstammdaten liegen bei Ausgabe im geschützten Bereich der eGK. Die zum Einlesen dieser Daten notwendigen Komponenten werden von den Krankenkassen finanziert. Falls es sich als notwendig erweist, hat die gematik die technischen Spezifikationen entsprechend zu ändern.

2. Jede Anwendung (z. B. Update der Versichertenstammdaten, Arzt-zu-Arzt-Kommunikation, Füllen der Notfalldaten auf der eGK, Einführung des elektronischen Rezepts etc.) wird in einer wirklichen Testumgebung – 100.000er-Tests – ausführlich getestet. Parallel werden die Testungen von dezentralen, patientenbasierten modernen Speichermedien wie USB-Stick oder Speicherchips mit hochwertiger Verschlüsselungstechnologie in entsprechend angelegten Feldtests durchgeführt.

Dabei sind die „Testärzte“ für ihre Teilnahme gesondert zu vergüten. Jede neue Anwendung muss in einem mindestens zwei Quartale andauernden Test geprüft werden. Ein neu einzurichtender „ärztlicher Beirat“ entscheidet,

- ob die neue Anwendung ausgereift ist, d. h., zu keinen bzw. nur zu vertretbaren Belastungen in den Arztpraxen führt und friktionsfrei in die bestehenden Abläufe in den Arztpraxen eingeführt werden kann, und
- ob die Anwendung medizinischen Nutzen bringt.

Die Ärzteschaft ist nicht bereit, unausgereifte Technik und Anwendungen im Praxisalltag verordnet zu bekommen.

Das vorgeschlagene Vorgehen sorgt für eine überlegte Teststrategie und nimmt den für alle Beteiligten unsäglichen Zeitdruck aus diesem Projekt.

## **5. Online-Anbindung und Schutz der Vertraulichkeit der Patientendaten**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 36) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Bartmann (Drucksache VIII - 36a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die erste Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematikinfrastruktur hat keine medizinische Relevanz. Bei der Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der eGK handelt es sich ausschließlich um Verwaltungsdaten des Versicherten. Diese Daten stehen auch seit Jahren auf der herkömmlichen Krankenversicherungskarte. Verändern sich diese Daten, z. B. Wohnort des Versicherten, mussten bislang die Karten in einem kostenaufwändigen Verfahren neu produziert und dem Versicherten zugestellt werden. Die elektronische Gesundheitskarte und die Telematikinfrastruktur sind in der Lage, eine Änderung dieser Daten online durchzuführen, d. h., ein Austausch der Karten wäre nicht mehr notwendig.

Der 112. Deutsche Ärztetag stimmt der Einschätzung zu, dass sich durch dieses Vorgehen Mittel einsparen lassen, die dringend in der unmittelbaren Patientenversorgung benötigt werden. Die Aktualisierung der Versichertenstammdaten muss jedoch nicht zwangsläufig in jeder Arztpraxis erfolgen können. Da der Versicherte über die Änderung seiner Daten informiert ist, häufig sie selbst seiner Krankenkasse melden muss, könnte diese Aktualisierung auch völlig unabhängig von einem Arzt-Patient-Kontakt erfolgen, bspw. in einer Niederlassung seiner Krankenkasse oder an einem sogenannten „Patientenkiosk“.

Unter folgender Voraussetzung ist die Ärzteschaft bereit, die Online-Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der eGK durchzuführen:

1. Auch Arztpraxen, die nicht mit medizinischen Daten online gehen wollen, müssen die notwendigen technischen Komponenten seitens der gesetzlichen Krankenkassen finanziert bekommen, damit die Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der eGK – also einer Online-Anwendung – stattfinden kann, wobei dieser Online-Zugriff physisch getrennt von den medizinischen Daten im Praxisverwaltungssystem der Arztpraxis stattfinden muss. Auf diesem Wege wird eine strikte Trennung von Verwaltungs- und medizinischen Daten gewährleistet.
2. Überführung der freigewordenen Mittel in die direkte Patientenversorgung.

## **6. Forderungen zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK)**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Frau Dr. Groß M.A. und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache VIII - 50) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag ist weiterhin besorgt darüber, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten beschädigen kann.

Weiterhin sind die Fragen der Übernahme der Kosten der Einführung sowie des Unterhalts der Systeme und deren Auswirkungen auf die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte nicht abschließend geklärt. Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die Klärung dieser Fragen vor der abschließenden Beschlussfassung der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte an die Patientinnen und Patienten.

Der 112. Deutsche Ärztetag bekräftigt nochmals seine Forderung nach strikter Einhaltung der Grundsätze des Datenschutzes und der Datensicherheit sowie einer soliden Finanzierungsstruktur für alle EDV-Projekte im Gesundheitswesen. Den Abgleich der Patientenstammdaten für die Krankenkassen bei jedem Arztbesuch lehnt der 112. Deutsche Ärztetag ab.

Die Tests der elektronischen Gesundheitskarte in verschiedenen Testregionen haben bisher gezeigt, dass die notwendige einfache Handhabung mit Rücksicht auf den beruflichen Alltag der Ärztinnen und Ärzte nicht gegeben ist. Der 112. Deutsche Ärztetag verlangt daher, dass die berechtigten Fragen und Forderungen der Ärzteschaft seriös abgearbeitet und Tests ergebnisoffen durchgeführt werden. Nur so kann die Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte bei den Leistungserbringern erhöht werden.

Konkret fordert der 112. Deutsche Ärztetag:

- ausreichende Tests der Komponenten der elektronischen Gesundheitskarte!

- gesonderte Tests für jede neue Anwendung!
- die Einrichtung eines „Ärztlichen Beirates“ für jede Testregion!

## **7. Elektronische Gesundheitskarte und Basis-Rollout**

Auf Antrag von Herrn Dr. Rütz, Herrn Prof. Dr. Bertram, Frau Haus, Herrn Stagge, Herrn Dr. Wollring, Herrn Dr. Fischbach, Herrn Dr. Schüller und Herrn Dr. Hammer (Drucksache VIII - 61) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache VIII - 61a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag unterstützt den Appell des Präsidenten der Bundesärztekammer nach einer Denkpause zur Konzeption der E-Card.

Ebenso unterstützt der Deutsche Ärztetag die Beschlusslage des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein,

- die den Kollegen derzeit nicht empfiehlt, am freiwilligen Rollout der E-Card in der Region Nordrhein teilzunehmen,
- die eine wissenschaftliche Begleitung des sogenannten 100.000er-Versuches in der Region Essen - Bochum fordert und
- die diesen Versuch im Rahmen eines Beirates kritisch begleiten wird.

Darüber hinaus fordert der Deutsche Ärztetag die verantwortlichen Gremien, die gematik, die Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die verantwortlichen Minister in Bund und Land dazu auf,

- das Rollout auszusetzen, bis die Ergebnisse des sogenannten 100.000er-Versuches vorliegen und nach den Kriterien einer klinischen Prüfung kritisch bewertet sind und
- unter dem Gesichtspunkt eines sparsamen Umganges mit den finanziellen Mitteln der Versicherten, die Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten in der derzeitigen wirtschaftlichen Situation nicht weiter zu forcieren, da ein unmittelbarer Nutzen aus den bisher vorliegenden Erkenntnissen aus Testversuchen überhaupt nicht erkennbar und die Funktionsfähigkeit eines auf dieser Technologie basierenden Systems mehr als fraglich ist.

## **8. E-Card Foto**

Auf Antrag von Herrn Stagge (Drucksache VIII - 63) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Krankenkassen werden aufgefordert sicherzustellen, dass die Fotos, die die Versichertenkarten schmücken sollen, tatsächlich den Versicherten darstellen.

## **9. Offene Fragen zur elektronischen Gesundheitskarte**

Auf Antrag von Herrn Stagge, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Harb, Herrn Dr. Junker, Herrn Seusing und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache VIII - 64) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In der medizinischen Versorgung der Bevölkerung steht das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient an zentraler Stelle. Es gilt nach wie vor uneingeschränkt der Artikel 1 Grundgesetz ("Die Würde des Menschen ist unantastbar"). Für den

Einsatz der Telematik im Gesundheitswesen ergibt sich daraus zwingend die Notwendigkeit, den Schutz der persönlichen medizinischen Daten und das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu sichern.

In Nordrhein verlangt hingegen die AOK den Verzicht auf die Freiwilligkeit für die Teilnahme der Ärzte am Online-Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte.

Vor diesem Hintergrund stellt der Deutsche Ärztetag fest:

1. Trotz massivster Forderungen aus der Ärzteschaft - insbesondere auch durch die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages – liegt weiterhin keinerlei Nachweis über Verbesserungen in der Wirtschaftlichkeit, der Transparenz oder der Qualität im Gesundheitswesen vor. Nach wie vor ist nicht widerlegt, dass die Kosten für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in keinem Verhältnis zu dem sich abzeichnenden Nutzen stehen. Derzeit liegt der finanzielle Nutzen im Wesentlichen bei der Industrie. Außerdem muss ein innovatives technologisches Konzept - wie die elektronische Gesundheitskarte – in diesen finanziellen Größenordnungen überzeugend sein, damit die Betroffenen freiwillig teilnehmen. Die zwanghafte Einführung eines derartigen Großprojektes präjudiziert das Scheitern.
2. Die bisher eingesetzte Technik der elektronischen Gesundheitskarte deckt nicht das breite Spektrum der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und Technologien ab. In dieser Tatsache ist auch begründet, dass die elektronische Gesundheitskarte in ihrem derzeitigen Entwicklungsstand folgende gesetzliche und technologische Anforderungen nicht erfüllt:
  - die im § 291a SGB V beschriebenen freiwilligen Funktionen
  - die Möglichkeiten von Karten-Updates bei Weiterentwicklung der Karten-Software
  - der Zugang zu freiwilligen, serverbasierten Anwendungen bei außerplanmäßigem Offline-Betrieb in der Praxis
  - die Erstellung von elektronischen Rezepten für Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Transportscheinen, etc.
3. Den technologischen Entwicklungen folgend ist es notwendig, weitere technische Varianten in das Testprogramm der gematik aufzunehmen (USB-Technik), um die im SGB V gestellten Anforderungen zu erfüllen wie:
  - die Identitätsprüfung durch Lichtbild und Generierung eines Stammdatensatzes
  - die Bereitstellung eines Notfalldatensatzes
  - die Fixierung der Kassenzugehörigkeit und ggf. eines Zuzahlungsstatus
  - die Fixierung von zur Arztabrechnung notwendigen Daten
  - die Implementierung des elektronischen Rezeptes

Die bisherigen Versuche der gematik, sich mit Alternativtechniken zu befassen, belegen in keiner Weise Bemühungen, den entsprechenden Beschlüssen der Deutschen Ärztetage Rechnung zu tragen. Im Gegenteil, es drängt sich der Eindruck auf, die Versuche durch ungeeignete Versuchsanordnungen ins Leere laufen zu lassen.

4. Im Sinne der Transparenz und des Datenschutzes sind komplizierte und aufwendige Datentransfers bzw. Datenspeicherungen zu vermeiden. Nur so ist

ein effektiver Datenschutz zu gewährleisten und die Gefahr des Datenmissbrauchs zu minimieren. Der Patient allein darf über den Umgang mit seinen Daten bestimmen. Möglichkeiten eventueller gesetzlicher Zugriffe – auch nachträglich legitimerter – sind von Anfang an auszuschließen.

Auf Grundlage der dargestellten Sachverhalte fordert der Deutsche Ärztetag:

1. Die Tests mit den von der gematik vorgegebenen, offensichtlich ungeeigneten Strukturen sind einzustellen.
2. Versuchsanforderungen müssen technik- und ergebnisoffen angelegt sein.
3. Eine zentrale Speichersystematik ist zu vermeiden. Bestehende Telematikanwendungen sind stattdessen fortzuentwickeln. So bieten sich beispielsweise die Lösungen in vielen Gesundheitsnetzen an.
4. Die erhobenen patientenbezogenen Daten sind Eigentum des Patienten. Der Patient hat das Recht,
  - jederzeit zu wissen, welche Daten wo gespeichert sind,
  - jederzeit Daten nicht speichern oder löschen zu lassen,
  - jederzeit Daten seinen Leistungserbringern zugänglich oder nicht zugänglich zu machen.
5. Die Erstellung einer Negativliste für genetisch bedingte Diagnosen. Derartige Diagnosen dürfen grundsätzlich nicht gespeichert werden.
6. Die Problematik des Kartenverlustes ist im Sinne des Datenschutzes zu lösen. Sie darf nicht als Vorwand für die Etablierung von Zentralservern missbraucht werden.

### **10. Schnellstmögliche Schaffung der technischen Organisation und rechtlichen Voraussetzungen für die Herausgabe des elektronischen Heilberufsausweises**

Auf Antrag von Frau Taube (Drucksache VIII - 90) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, die technischen, organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen für die Herausgabe elektronischer Heilberufsausweise mit qualifizierter elektronischer Signatur und Komfortsignatur durch die Landesärztekammern, unabhängig von Entwicklungsstand und Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, schnellstmöglich zu schaffen.

### **11. Ärztekammer als Treuhänder von Patientendaten**

Der Antrag von Herrn Dr. Zürner (Drucksache VIII - 107) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Basierend auf der Entscheidung des 111. Deutschen Ärztetags 2008 in Ulm sollen Patientendaten, sofern eine zentrale Speicherlösung erforderlich ist, nur von Ärztekammern gehostet werden. Hintergrund ist die Gefahr, dass im komplexen Ansatz der gematik patientenbezogene Daten bei Krankenkassen oder privatwirtschaftlichen Institutionen gespeichert werden könnten. Die Ärztekammern genießen sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten ein hohes Vertrauen und nehmen daher eine übergeordnete neutrale Stellung ein. Als Vertrauensprinzip verwalten hier Ärzte die Daten von Ärzten.

Die Landesärztekammer Hessen hat hierzu ein Konzept entwickelt, welches beispielhaft von den Ärztekammern eingesetzt werden könnte. Die Speicherung der Patientendaten erfolgt verschlüsselt direkt bei den Landesärztekammern. Die Datenablage kann nur mit dem Schlüssel des einstellenden Arztes/Patienten entschlüsselt werden, die sich sicher authentifizieren können (z. B. mit Signaturkarten).

Die Datenschützer in Hessen begrüßen ein solches Konzept.

## **12. Evaluation des Kosten-Nutzen-Verhältnisses bei Einführung der elektronischen Gesundheitskarte**

Auf Antrag von Frau Taube (Drucksache VIII - 108) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Bei der Einführung der eGK ist eine Evaluation des Kosten-Nutzen-Verhältnisses in medizinischer, technischer und organisatorischer Hinsicht zwingend einzufordern. ZeitgemäÙer und sinnvoller Einsatz von elektronischer Kommunikation in der Patientenversorgung kann nur auf diese Weise etabliert werden.

## **13. Elektronische Gesundheitskarte und Organspendebereitschaft**

Auf Antrag von Herrn Deutschmann (Drucksache VIII - 117) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt die Absicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die Möglichkeit zur Hinterlegung einer Erklärung zur Organspendebereitschaft in der eGK zu geben.

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt den Widerstand der Bundesärztekammer, diese Daten innerhalb des Notfalldatensatzes niederzulegen, da hierdurch Missverständnisse und Konflikte mit den Aufgaben der Ärzte bei der Notfallversorgung drohen.

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass im Rahmen der Durchführung der sogenannten 100.000er-Tests die Einrichtung eines separaten Faches für die Aufnahme einer entsprechenden Erklärung mit besonderer Priorität vorgenommen wird.

Gleichermaßen muss das in Kooperation mit der Ständigen Kommission Organtransplantation zu entwickelnde Gesprächsmodul zur Beratung bei der Abgabe der Erklärung zur Organspende vorgelegt und erprobt werden.

## **14. Empfehlung zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bei elektronischer Kommunikation**

Auf Antrag von Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache VIII - 126) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Ärzte in Deutschland auf, bei der elektronischen Kommunikation von patientenbezogenen Daten aus dem geschützten Praxis- oder Krankenhausumfeld heraus, strikt auf die Einhaltung der (gemeinsam mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) erarbeiteten) „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ zu achten.

## **15. Gemeinsames Konzept für die elektronische Gesundheitskarte**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Kahlke, Herrn Dr. Ramm und Herrn Stagge (Drucksache VIII - 127) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Groß M.A. (Drucksache VIII - 127a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag appelliert an den Gesetzgeber, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf der Grundlage des § 291a SGB V auszusetzen und unter Berücksichtigung der Forderungen und Empfehlungen des 110., 111. und 112. Deutschen Ärztetages unter Mitwirkung der sachverständigen Gremien der Ärzteschaft zu testen und entsprechend der Ergebnisse gegebenenfalls eine Neukonzeption zu entwickeln.

## **Ärztliche Ausbildung**

### **1. Keine Einführung eines Bachelor-/Masterstudiengangs in der Medizin**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 17) fasst der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt die Einführung einer Bachelor-/Masterstruktur in der Medizin ab. Das einheitliche und hochwertige Medizinstudium mit dem Abschluss "Staatsexamen" muss erhalten bleiben, da

- die konsequente Umsetzung der neuen Approbationsordnung an den Medizinischen Fakultäten alle Möglichkeiten bietet, um im Rahmen eines einstufigen Studiengangs die notwendigen Reformen u. a. in Bezug auf Mobilität, Flexibilität und Anrechenbarkeit von Studienabschnitten zu realisieren;
- die EU-Richtlinie 2005/36/EG (zuvor 93/16/EWG) die gegenseitige Anerkennung der Studienabschlüsse in der Medizin regelt und somit bereits ein Höchstmaß an Mobilität garantiert ist;
- der Bachelor in der Medizin keinen berufsqualifizierenden Abschluss darstellt;
- die neuesten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2008 veröffentlichten 10. Studierendensurveys belegen, dass es in den Studiengängen, welche Bachelor-/Masterstudiengänge bereits eingeführt haben, zur „Bologna-Ernüchterung“ (z. B. hohe Abbruchquote) gekommen ist.

Das in diesem Zusammenhang durch die Arbeitsgemeinschaft Hochschulmedizin (Deutscher Hochschulverband, Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Medizinischer Fakultätentag, Marburger Bund sowie Bundesvereinigung der Landeskonferenz ärztlicher und zahnärztlicher Leiter von Kliniken, Instituten und Abteilungen der Universitäten und Hochschulen Deutschlands) geforderte Bologna-Moratorium für noch nicht umgestellte Studiengänge wie Medizin und Rechtswissenschaften wird vom Deutschen Ärztetag nochmals bekräftigt.

### **2. Bachelor und Master werden abgelehnt**

Auf Antrag von Herrn Dr. Junker (Drucksache VIII - 40) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die deutschen Universitäten versuchen derzeit zum Teil, den Bologna-Prozess auch für das Medizinstudium umzusetzen. Dabei wird in Kauf genommen, dass das derzeitige, zwar sicher reformbedürftige, aber kompakte Medizinstudium unnötig aufgesplittert wird. Ein Bachelor-Abschluss darf aber keinesfalls eine ärztliche Tätigkeit ermöglichen. Unterhalb des Status der ärztlichen Approbation darf es keine Arztzulassung geben, auch nicht bei Ärztemangel.

Darüber hinaus werden dadurch knappe Studienplätze möglicherweise in größerer Zahl von Studierenden belegt, die gar nicht vorhaben, den Arztberuf zu ergreifen. Dies kann bei sich abzeichnendem Ärztemangel sowohl im hausärztlichen wie fachärztlichen Bereich nicht gewünscht sein.

Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt daher die Umsetzung des Bologna-Prozesses für das Medizinstudium ab!

Die Gremien der Universitäten werden aufgefordert, die Umsetzung dieses Prozesses abzubrechen bzw. ganz auszusetzen.

### **3. Bologna-Prozess für das Medizinstudium stoppen**

Auf Antrag von Frau Dr. Johna, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache VIII - 51) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Planung und Umsetzung der Umstellung des Medizinstudiums auf das zweistufige Bachelor-/Masterstudien-system unverzüglich zu stoppen.

Das Ziel der Bologna-Deklaration einer Vereinheitlichung des europäischen Hochschulraums ist mit einer Umstellung von 75 Prozent der Studiengänge (9.200 von 12.300) auf einen BA-/MA-Abschluss in Deutschland erfolgreich umgesetzt.

Im Gegensatz zu vielen anderen Studiengängen ist jedoch für Ärzte bereits durch die EU-Richtlinie 93/16/EWG eine gegenseitige Anerkennung der Studienabschlüsse geregelt. Hier sind für alle 25 EU-Staaten mindestens 5.500 Stunden verbindlich festgelegt.

Ein künstliches und unnötiges Überstülpen des zweigliedrigen Systems auf das Medizinstudium führt ausschließlich zu Nachteilen für alle Beteiligten:

1. Ein Drei-Jahres-Medizinbachelor-Absolvent findet im ärztlichen Bereich kein Berufsbild.
2. Der hohe Qualitätsstandard, der von der Gesellschaft zu Recht von der Ausbildung zum Arzt erwartet wird, ist durch eine sechs- oder achtsemestrige Bachelorausbildung nicht zu gewährleisten.
3. Ein Bachelorabsolvent hat lediglich den Abschluss an einer Universität und kein Staatsexamen vorzuweisen, was dazu führen kann, dass Universitäten einen als "Undergraduate" bewerteten Bachelorabsolventen nicht zum Masterstudiengang zulassen müssen.
4. Die Aufteilung in ein zweistufiges Studiensystem fußt auf dem Verständnis, dass man ein berufsfeldbezogenes und ein wissenschaftliches Studium nacheinander absolvieren kann. Dies konterkariert aber die deutsche Approbationsordnung, deren Ziel es ist, ab dem ersten Semester eine tiefgreifende Verzahnung von theoretischen Grundlagen und klinischer Anwendung zu erreichen.

#### **4. Bologna-Prozess: Medizinstudiengang in Europa harmonisieren**

Der Antrag von Herrn Stagge, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Harb, Herrn Dr. Fischbach und Herrn Prof. Dr. Bertram (Drucksache VIII - 62) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den deutschen wie den europäischen Gesetzgeber auf sicherzustellen, dass

1. nur ein Masterabschluss in Verbindung mit einem Staatsexamen zur ärztlichen Approbation und zur ärztlichen Behandlung von Patienten berechtigen;
2. die Medizinstudiengänge dergestalt harmonisiert werden, dass die Migration von Medizinstudentinnen und Medizinstudenten nicht behindert, sondern gefördert wird. Insellösungen sind zu vermeiden oder so zu gestalten, dass alle ein bis zwei Jahre eine Migrationsmöglichkeit durch europaweit vergleichbare Situationen geschaffen wird.

Hierbei kann die Übernahme des Credit-Punkte-Systems hilfreich sein.

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, dies zu begleiten und intensiv zu fördern.

#### **5. Verbesserung der Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr (PJ) des Medizinstudiums**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 18) unter Berücksichtigung der Anträge von Frau Dr. Gitter (Drucksache VIII - 18a) und von Herrn Stagge, Herrn Dr. Ramm und Herrn Dr. Harb (Drucksache VIII - 18b) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen und der Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr (PJ).

Es ist nicht hinnehmbar, dass Medizinstudierende im Praktischen Jahr in Deutschland nach fünf Jahren intensivem Studium eine mangelnde Anleitung erfahren und als billige Arbeitskräfte für ausbildungsfremde Tätigkeiten herangezogen werden. Studien belegen, dass eine geringe Anerkennung und Wertschätzung während dieses wichtigen Ausbildungsabschnitts am Ende des Studiums zur Abwendung des ärztlichen Nachwuchses von der kurativen Medizin führt.

Daher ist zu fordern, dass

- im Mittelpunkt des Praktischen Jahrs als letztem berufsvorbereitenden Abschnitt des Medizinstudiums die praktische Ausbildung am Patienten steht. Die Studierenden dürfen nicht zu ausbildungsfremden Tätigkeiten missbraucht werden.
- Medizinstudenten im Praktischen Jahr nicht als Ersatz für fehlende Ärztinnen und Ärzte in unterbesetzten Abteilungen eingesetzt werden. Die praktische Ausbildung setzt das ausreichende Vorhandensein berufserfahrener Ärztinnen und Ärzte als Ausbilder voraus.

- die Ausbildungsinhalte und die zu erlernenden praktischen Fähigkeiten im Praktischen Jahr bundeseinheitlich definiert werden. Die Qualität der Ausbildung muss regelmäßig durch die verantwortlichen Universitäten evaluiert werden.
- die regionale Bindung im Praktischen Jahr aufgehoben wird und Medizinstudierenden im Praktischen Jahr eine selbstbestimmte bundesweite Mobilität ermöglicht wird, indem PJ-Tertiale an allen Kliniken anerkannt werden, welche die Voraussetzung nach § 4 Approbationsordnung erfüllen.
- den Medizinstudierenden im Praktischen Jahr eine angemessene Ausbildungspauschale gezahlt wird. Der Deutsche Ärztetag hält eine Aufwandsentschädigung in Höhe eines Referendariatsgehältes für angemessen.

## **6. Blockpraktika in Lehrpraxen**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 19) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Seit Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung für Ärzte am 1. Oktober 2003 gehört die regelmäßige Teilnahme an Blockpraktika in den Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin zu den Voraussetzungen für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.

Das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin, aber zunehmend auch in den anderen Fachgebieten, wird in akkreditierten Lehrpraxen absolviert. Hierdurch erhalten die Studierenden sehr frühzeitig die Möglichkeit, neben der stationären auch die ambulante Versorgungsrealität und somit ein breiteres Krankheitsspektrum kennenzulernen.

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt, dass Studierende zunehmend die Möglichkeit erhalten, in allen klinischen Kernfächern das Blockpraktikum auch im niedergelassenen Bereich zu absolvieren.

Um qualifizierte und motivierte Lehrpraxen in allen klinischen Kernfächern zu finden, muss der hohe Aufwand für die Betreuung der Studierenden entsprechend finanziert werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten auf, Lehrpraxen angemessen durch Zahlung einer Aufwandsentschädigung zu unterstützen.

## **7. Praktisches Jahr in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 20) fasst der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Seit Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung für Ärzte am 1. Oktober 2003 kann ein Tertial (vier Monate) des Praktischen Jahrs (PJ) in geeigneten allgemeinmedizinischen Praxen absolviert werden.

Regelmäßige Evaluationen belegen die hohe Zufriedenheit bei den Studierenden und den Lehrärztinnen und -ärzten mit dieser Form der praktischen Ausbildung.

Für die Lehrpraxen ist mit der 1:1-Betreuung der PJ-Studierenden ein hoher Aufwand verbunden:

- PJ-Studierende benötigen ein eigenes Sprechzimmer sowie eine Handbibliothek.

- Durch die Ausbildung und Supervision der Studierenden verlangsamten sich Routinearbeiten in der hausärztlichen Praxis.
- Rund 60 Minuten am Tag sind erforderlich für fallorientierte Besprechungen mit dem Praxisinhaber.
- Die Lehrerztinnen und Lehrerzte müssen sich für ihre Lehrtätigkeit qualifizieren und entsprechend fortbilden.

Durch die zusammenhängende Tätigkeit von vier Monaten lernen die Studierenden die klinisch-praktische Tätigkeit eines hausärztlich tätigen Arztes kennen. Dies kann die spätere Berufswahl beeinflussen und so zur Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses beitragen.

Der Deutsche Ärztetag fordert die medizinischen Fakultäten auf, den allgemeinmedizinischen Lehrpraxen eine angemessene Aufwandsentschädigung zu zahlen.

### **8. Freie Entscheidung der Medizinstudierenden über den Ort des Praktischen Jahres**

Auf Antrag von Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Frau Haus, Herrn Dr. Hermann, Frau Köhler, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. (I) Reinhardt und Herrn Seusing (Drucksache VIII - 45) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert, die Studienordnungen der medizinischen Fakultäten gegebenenfalls dahingehend zu ergänzen, dass die Medizinstudierenden bei der Wahl der Lehrkrankenhäuser für ihre PJ-Tertiale freie Entscheidung haben.

### **9. Befreiung von der Studiengebühr in der Zeit zwischen Praktischem Jahr und Zweitem Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Herrn Dr. Hermann, Frau Köhler, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. (I) Reinhardt und Herrn Seusing (Drucksache VIII - 47) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert, Medizinstudierende in der Phase zwischen Praktischem Jahr (PJ) und Zweitem Abschnitt der Ärztlichen Prüfung von der Studiengebühr zu befreien.

### **10. Zulassung zum Medizinstudium**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache VIII - 43) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten auf, zusätzlich zur Abiturnote mehr Auswahlkriterien für Studienplätze zu entwickeln, welche sich an der Sozialkompetenz und Motivation der Bewerber für den Arztberuf orientieren.

### **11. Splitting Zweites Staatsexamen**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache VIII - 49) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert ein zeitliches Splitting des Zweiten Staatsexamens im Medizinstudium. Der theoretische Teil muss künftig vor dem Praktischen Jahr stattfinden, der mündliche Teil wie bisher danach.

### **12. Verkürzung des Krankenpflegepraktikums auf zwei Monate**

Auf Antrag von Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Frau Haus, Herrn Dr. Hermann, Frau Köhler, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. (I) Reinhardt und Herrn Seusing (Drucksache VIII - 66) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, das in der neuen Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) vorgeschriebene dreimonatige Krankenpflegepraktikum auf zwei Monate zu verkürzen.

### **13. Patientengerechte Ausbildung sichern**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Schwantes (Drucksache VIII - 75) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die medizinischen Fakultäten in Deutschland auf, der praktischen Ausbildung am Patienten (Gesprächsgestaltung, Anamneseerhebung, Untersuchung) einen deutlichen Raum zu geben und für eine qualitativ hochwertige Umsetzung zu sorgen. Dazu sind insbesondere auch außeruniversitäre Lernorte (Krankenhäuser und Praxen) einzubeziehen.

### **14. Sorge um ärztlichen Nachwuchs – Verfahren zur Vergabe von Studienplätzen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Rechl, Herrn Dr. Kaplan, Frau Dr. Lessel, Herrn Ertl und Herrn Dr. Knarr (Drucksache VIII - 87) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert in Anbetracht der Nachwuchsproblematik die deutschen Hochschulen auf, die Möglichkeit, 60 Prozent der Studienplätze durch ein persönliches Auswahlverfahren zu vergeben, wahrzunehmen und unverzüglich ein entsprechendes Verfahren festzulegen.

Neben den herausragenden Leistungen beim Erwerb der allgemeinen Hochschulreife, die im Rahmen des Numerus clausus gewürdigt werden, erscheint es notwendig, Interessierten, die sich ebenfalls aufgrund gezeigter Leistungen für den Arztberuf eignen, zu ermöglichen, auch diesen verantwortungsvollen Beruf ergreifen zu können.

Als sachdienliche Vorgehensweise erscheint das von der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden praktizierte Verfahren geeignet (Ordnung über die Durchführung des Auswahlverfahrens zur Vergabe von Studienplätzen durch die Hochschule im Studiengang Medizin vom 25.02.2009). Die Vergabe dieser Studienplätze sollte dementsprechend wie folgt strukturiert werden:

- Grad der Qualifikation (Note im Abitur)
- Gewichtung der Einzelnoten, die über fachspezifische Eignung Auskunft geben
- Ergebnis des fachspezifischen Studierfähigkeitstests
- Ergebnis des Auswahlgespräches

- Ergebnis der Gesamtschau

Dieses Verfahren bietet Studienplatzbewerberinnen und -bewerbern, die den Numerus clausus nicht erfüllen, die Möglichkeit, ihr Interesse am Arztberuf entsprechend umzusetzen, so dass durch ein solches Verfahren der Weg des Medizinstudiums allerorts gleichermaßen eröffnet werden sollte.

### **15. Attraktivität des Medizinstudiums und ärztlicher Nachwuchs – Ausbau von Blockpraktika**

Auf Antrag von Herrn Dr. Rechl, Herrn Dr. Kaplan, Herrn Ertl, Frau Dr. Lessel, Herrn Dr. univ. Lengl und Herrn Dr. Gramlich (Drucksache VIII - 88) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die medizinischen Fakultäten an den deutschen Hochschulen werden ersucht, mehr praktische Inhalte im Studium bereits in der Vorklinik zu vermitteln, sowohl im stationären als auch verstärkt im ambulanten Bereich. Hierzu wird vor allem der weitere Ausbau von Blockpraktika in der Vorklinik als sinnvoll erachtet.

### **16. Rasche Vorsorge für genügend Medizinstudienplätze für das Doppelabitur**

Der Antrag von Herrn PD Dr. Scholz, Frau Dr. Johna, Herrn Dr. Hornke und Herrn Dr. Dr.-Ing. Rudolph (Drucksache VIII - 93) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Ministerien auf, ausreichend Vorsorge zu treffen angesichts der kommenden Doppelabiture ab dem Jahr 2011, damit Abiturienten aus jeweils zwei Jahrgängen das Medizinstudium aufnehmen können. In Zeiten des zunehmenden Ärztemangels soll die Zahl der Studienplätze für die betroffenen Jahrgänge unbedingt erhöht werden. Schon jetzt beträgt die Wartezeit auf einen Medizinstudienplatz zehn Semester, wenn der Numerus clausus (NC) nicht erreicht wurde.

Die Politik kann nicht auf der einen Seite beklagen, dass nicht genügend Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung der Bevölkerung vorhanden seien, und auf der anderen Seite zweifache Jahrgänge von Abiturienten auf eine unveränderte Anzahl an Studienplätzen für Medizin zu verteilen.

Die bisherigen Angebote der finanziellen Unterstützung der Fakultäten sind bei Weitem nicht ausreichend, damit die Universitäten zusätzliche Studienplätze anbieten könnten. Daher soll dieser Beschluss bewirken, dass die Universitäten so ausgestattet werden, dass sowohl ausreichend Personal, Räume und Sachmittel als auch klinische Lehrkapazitäten für die starken Jahrgänge ab dem Jahre 2011 vorhanden sind.

### **17. Famulatur in der Arbeitsmedizin**

Der Antrag von Herrn MR Dr. Groß und Herrn Dr. Wolter (Drucksache VIII - 94) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Approbationsbehörden und die Prüfungsämter der Länder werden aufgefordert, Famulaturen im Bereich der Arbeitsmedizin in Übereinstimmung mit § 7 Abs. 2 Nr. 1 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) einheitlich anzuerkennen.

§ 7 Abs. 2 Nr. 1 ÄAppO bestimmt, dass die Famulatur für die Dauer eines Monats in einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird, oder

einer ärztlichen Praxis abgeleistet wird. § 7 Abs. 1 ÄAppO ergänzt hierzu, dass die Famulatur den Zweck hat, die Studierenden mit der ärztlichen Patientenversorgung in Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung vertraut zu machen.

Ein Teil der Landesprüfungsämter bejaht eine Erfüllung dieser Voraussetzungen auch für den arbeitsmedizinischen Bereich ausdrücklich (z. B. Prüfungsamt Medizin bei der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Prüfungsamt zur Durchführung der Prüfungen nach der Approbationsordnung für Ärzte bei der Ludwig-Maximilians-Universität München), andere lehnen dies ab (z. B. Landesprüfungsamt Rheinland-Pfalz, Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Berlin).

Arbeitsmediziner betreuen Arbeitnehmer medizinisch an ihrem Arbeitsplatz, es besteht ein Arzt-Patienten-Verhältnis. Dies wird u. a. daran deutlich, dass der Arbeitsmediziner gem. § 3 Abs. 1 Nr. 2 Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) die Arbeitnehmer zu untersuchen und zu beraten hat. Ambulante Einrichtungen der Krankenversorgung sind auch arbeitsmedizinische bzw. betriebsärztliche Praxen, werksärztliche Dienststellen oder überbetriebliche arbeitsmedizinische Dienste.

Die durch eine einheitliche Auslegung des § 7 Abs. 2 Nr. 1 ÄAppO zu erreichende vermehrte Durchführung von Famulaturen im arbeitsmedizinischen Bereich ist gesundheitspolitisch besonders wünschenswert, um dem derzeit bestehenden Nachwuchsmangel auf diesem Gebiet entgegenzutreten.

## **18. Praxisnahe ärztliche Ausbildung**

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VIII - 109) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Um den Anforderungen der demografischen Entwicklung an die medizinische Versorgung gerecht zu werden, muss eine Stärkung von Forschung und Lehre in der Allgemeinmedizin durch flächendeckende Institutionalisierung erfolgen. Daher werden die medizinischen Fakultäten aufgefordert, alle Möglichkeiten der ärztlichen Approbationsordnung hinsichtlich einer frühzeitigen praxisnahen, an den Erfordernissen der zukünftigen ärztlichen Versorgung ausgerichteten Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten zu nutzen.

## **Arzneimittel/Betäubungsmittel**

### **1. Arzneimitteltherapiesicherheit: Hochwertige neutrale Informationen zu Risiken von Arzneimitteln in Deutschland. Kennzeichnung neuer Arzneimittel**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 02) unter Berücksichtigung der Anträge von Frau Dr. Mahn, Herrn Dr. Ramm und Frau Dr. Clever (Drucksache VIII - 02a) und von Herrn Dr. Jonitz (Drucksache VIII - 02b) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag begrüÙt die im Aktionsplan 2008/2009 des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs für Ärzte zu Informationen über Arzneimittel. Für die Gewährleistung einer sicheren Arzneimitteltherapie ist es wichtig, dass neben ausreichenden personellen Ressourcen Zugang zu aktuellen Informationen über Risiken und Nebenwirkungen der Arzneimitteltherapie geschaffen wird.

Das Vorhandensein von qualifizierten und neutralen Informationen zum Zeitpunkt der Verordnung im Sinne einer rationalen und risikoarmen Therapie ist von hoher Bedeutung für den verordnenden Arzt. Notwendige Informationen zum Verordnungszeitpunkt sind Informationen über die Anpassung der Dosierung von Arzneimitteln bei multimorbiden Patienten (beispielsweise Patienten mit Nierenfunktionsstörungen), aktuelle Informationen zu unerwünschten Wirkungen sowie die Kennzeichnung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, deren Spektrum an unerwünschten Wirkungen noch nicht ausreichend bekannt ist. Insbesondere sind die Forschung und Information über mögliche Interaktionen gleichzeitig verordneter Medikamente zu verstärken.

Die Bundesoberbehörden tragen eine besondere Verantwortung, weil an diesen Stellen aktuelle Informationen sowohl über die Zulassung als auch über neu beobachtete unerwünschte Wirkungen eines Arzneimittels zusammenlaufen. In Deutschland wurde – insbesondere über die Einrichtung von Pharmakovigilanzzentren – eine Verbesserung des verfügbaren Wissens zu neuen Arzneimittelrisiken erreicht. Dennoch müssen Ärzte die vorhandenen Informationen mit hohem Zeitaufwand recherchieren. Dies ist angesichts einer immer höheren Arbeitsverdichtung in der Medizin kaum mehr leistbar. Es ist daher erforderlich, weitere Verbesserungen hinsichtlich des Zugangs und der Strukturierung der angebotenen Informationen für Ärzte zu erreichen. Die angebotenen Informationen müssen u. a. inhaltlich vollständig, fachlich valide, zeitlich aktuell, jederzeit verfügbar und einfach zugänglich sein. Um einen einfachen Zugang für Fachkreise zu gewährleisten und diese zu unterstützen, sollte auch darauf Wert gelegt werden, Informationen über Arzneimittel aus verschiedenen Quellen miteinander zu vernetzen und in übersichtlicher Form zu präsentieren.

In Großbritannien, Australien, Kanada und den USA werden von den dafür zuständigen staatlichen Organisationen regelmäßige Bulletins zu aktuellen Risikoentwicklungen herausgegeben.

Der Deutsche Ärztetag fordert das BMG auf, der Ärzteschaft einen kostenfreien, einheitlichen Zugang zu Informationen hinsichtlich der Risiken der Arzneimitteltherapie zur Verfügung zu stellen. Neue Arzneimittel sollten eine für den Arzt und den Patienten sichtbare Kennzeichnung erhalten.

## **2. Arzneimitteltherapiesicherheit**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 03) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Josten (Drucksache VIII - 03a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Arzneimittelsicherheit stellt ein relevantes Gesundheitsproblem auch in Deutschland dar. Der Kenntnisstand in Deutschland ist speziell beim Medikationsprozess jedoch noch zu wenig untersucht, um differenzierte Strategien zur Reduzierung von möglichen Risiken zu entwickeln. Dies gilt in hohem Maße für die Arzneimitteltherapie und ihre sichere Anwendung bei Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen. Die Bundesregierung wird daher gebeten, den Aktionsplan des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) weiterzuführen und Mittel für die Forschung im Bereich Arzneimitteltherapiesicherheit zur Verfügung zu stellen.

## **3. Verordnung von Psychopharmaka nur nach ärztlicher Indikationsstellung**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 29) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zu den wiederholt vorgetragenen Forderungen, die Verordnung von Psychopharmaka könne auch durch nicht-ärztliche Heilberufe erfolgen, nimmt der Deutsche Ärztetag aus Gründen des Patientenschutzes wie folgt Stellung:

Es muss dabei bleiben, dass nur Ärztinnen und Ärzte Arzneimittel verschreiben dürfen, da nur diese das hierfür notwendige medizinische Wissen in ihrer Aus- und Weiterbildung erworben haben.

Die Kompetenz zur Verordnung von Psychopharmaka setzt aus Gründen der Patientensicherheit und aus haftungsrechtlichen Gründen großen Sachverstand voraus, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen und ggf. -wechselwirkungen zu erkennen und zu behandeln. Die Fülle dieser Anforderungen erfordert neben pharmakologischen Kenntnissen umfangreiches Wissen in nahezu allen klinischen Fächern (u. a. auch in der Dermatologie, der Inneren Medizin, der Neurologie sowie der Notfallmedizin), über das nur fachlich weitergebildete Ärztinnen und Ärzte verfügen. Außerdem muss vor jeglichem Medikamenteneinsatz eine umfassende Differenzialdiagnose gestellt werden, und der Einsatz von Psychopharmaka muss in einem Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein. Es ist deshalb auch nicht sinnvoll, die Berechtigung zur Verordnung von Psychopharmaka von der Verordnung anderer Arzneimittel zu trennen. Eine Unterversorgung psychisch kranker Patienten mit Psychopharmaka, die zusätzlich für deren Verordnung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sprechen würde, ist nicht ersichtlich.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass im Rahmen des vom BMG in Auftrag gegebenen Forschungsgutachtens zur möglichen Weiterentwicklung des Psychotherapeutengesetzes, die Befugnis zur Verordnung von Psychopharmaka auch in Zukunft weiterhin ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleiben solle.

#### **4. Erleichterung der Substitution Opiatabhängiger an Wochenenden und Feiertagen**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 32) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit der 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtmÄndV) vom 24.03.2009 dürfen substituierende Ärzte opiatabhängigen Patienten, bei denen „die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann“, ein Substitutionsmittel in der in bis zu zwei Tagen benötigten Menge verschreiben und ihnen eine eigenverantwortliche Einnahme gestatten, „sobald der Verlauf der Behandlung dies zulässt, Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen sind sowie die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs nicht beeinträchtigt werden“.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Ordnungsgeber entsprechend der auf dem 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm gefassten EntschlieÙung auf, in der nächsten Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) die zitierte Bestimmung dahingehend zu erweitern, dass Ärzte nicht nur die Möglichkeit zu einer entsprechenden Verschreibung für zwei Tage, sondern auch zur Überlassung des Substitutionsmittels für den entsprechenden Zeitraum in abgeteilten Dosen erhalten.

Die Möglichkeit einer Überlassung des Substitutionsmittels durch den substituierenden Arzt in abgeteilten Dosen würde insbesondere in ländlichen Regionen die Wochenend- und Feiertagsvergabe für die behandelnden Ärzte wie für die betroffenen Patienten wesentlich erleichtern. Für den Patienten würde für die

genannten Zeiträume die Suche nach einer auch an Wochenenden und Feiertagen geöffneten Apotheke entfallen, die Substitutionsmittel vorhält. Für den Patienten würden darüber hinaus fällige Rezeptgebühren entfallen und damit die Behandlungscompliance stabilisiert werden. Auch hinsichtlich der Betäubungsmittelsicherheit ergäben sich keine Änderungen, da das für zwei Tage benötigte Substitut nun neben dem Apotheker auch durch den Arzt ausgegeben werden könnte. Die BtMVV erlaubt schon jetzt Ausnahmen zum Apotheken-Dispensierrecht gemäß § 43 Arzneimittelgesetz (AMG), in dem sie in § 5 Abs. 6 für die Verschreibung von Codein oder Dihydrocodein regelt, dass „dem Patienten nach der Überlassung jeweils einer Dosis zum unmittelbaren Verbrauch die für einen Tag zusätzlich benötigte Menge des Substitutionsmittels in abgeteilten Einzeldosen ausgehändigt und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme gestattet werden [kann].“

## **5. Gegen Doping im Leistungs- und Breitensport**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 33) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag verurteilt jegliches Doping zur Erzielung von Wettbewerbsvorteilen bei sportlichen Wettkämpfen sowie im Freizeit- und Breitensport. Darunter fällt auch die Verordnung von Dopingmitteln zur Verbesserung eines Trainingserfolgs, der nicht unmittelbar auf die Teilnahme an Wettkämpfen gerichtet ist (z. B. Muskelaufbau beim Bodybuilding). Deshalb begrüÙt der Deutsche Ärztetag die von der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer erstellte und im Deutschen Ärzteblatt vom 20.02.2009 veröffentlichte Stellungnahme „Doping und ärztliche Ethik“ und die darin enthaltenen wertvollen Empfehlungen (vgl. Stellungnahme: Doping und ärztliche Ethik, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 8, 20. Februar 2009, Seiten A 360 ff).

Die Verordnung oder die Anwendung von Arzneimitteln zu Dopingzwecken ist bereits nach geltendem Recht verboten (z. B. § 6a Abs. 1 AMG). Der Deutsche Ärztetag unterstreicht, dass es mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar ist, Risiken und schwere Schäden für die Gesundheit von Sportlern bis hin zur Todesfolge durch Doping in Kauf zu nehmen. Er spricht sich daher dafür aus, Ärzte, die sich aktiv an Dopingpraktiken beteiligen, entsprechend des im Arzneimittelgesetz vorgesehenen rechtlichen Rahmens zu belangen und in schweren Fällen berufsrechtliche Schritte einzuleiten.

Darüber hinaus fordert er Ärzte, die bei ihren Patienten Anzeichen für eine Einnahme von Dopingmitteln wahrnehmen bzw. von deren Dopingpraxis Kenntnis erhalten auf, diese über die damit verbundenen medizinischen Risiken aufzuklären. Leistungssportler sollen darüber hinaus auf den daraus resultierenden Verstoß gegen geltende Anti-Doping-Regularien (z. B. Dopingliste der Welt-Anti-Doping-Agentur (WADA)) hingewiesen werden.

Der Deutsche Ärztetag weist darauf hin, dass Ärzte, die von Sportverbänden zur Betreuung von Leistungssportlern beauftragt werden, zunächst und vor allem der Gesundheit des ihnen anvertrauten Sportlers verpflichtet sind. Verbandliche Interessen, wie z. B. die Erreichung eines bestimmten Leistungsziels, müssen dahinter anstehen.

Der Deutsche Ärztetag rät Verbandsärzten, ihre Tätigkeit nur in Sportverbänden auszuüben, die den Einsatz von Dopingmitteln aktiv bekämpfen. Dazu gehört es

auch, dass dem Verband angehörende Sportler verpflichtet werden, den Verbandsarzt im Falle von Doping von der Schweigepflicht zu entbinden.

Ein Verbandsarzt, der von der Nutzung von Dopingmitteln durch Sportler des von ihm betreuten Sportverbandes Kenntnis erlangt, ohne dass diese Praxis durch den Verband aktiv bekämpft wird, soll seine Tätigkeit für diesen Verband umgehend aufgeben, um sich nicht dem Verdacht einer Mitwirkung an oder Billigung von Dopingdelikten auszusetzen.

Um den Risiken einer einseitigen finanziellen Abhängigkeit vorzubeugen, sollte der behandelnde Arzt seine finanziellen Bezüge, soweit möglich, nicht ausschließlich aus seiner Funktion als sportmedizinischer Betreuer von Leistungssportlern beziehen. Darüber hinaus fordert der Deutsche Ärztetag Sportverbände, Sponsoren und öffentliche Förderer dazu auf, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um für Sportmediziner die Unabhängigkeit ärztlicher Berufsausübung jederzeit zu gewährleisten.

## **6. Angleichung der Arzneimittelpreise im stationären und ambulanten Bereich**

Auf Antrag von Herrn Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache VIII - 112) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Preise für Arzneimittel in der stationären Versorgung sind erheblich billiger als in der ambulanten Versorgung. Dieser Preisunterschied führt zu einem Ordnungsverhalten der Kliniken, welches nicht der Ordnungsrealität im ambulanten Bereich entspricht. Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die langfristige Angleichung der Pharmapreise im stationären und ambulanten Bereich. Diese Regelung darf nicht zu weiterem Anwachsen der Profite der Pharmaindustrie durch höhere Preise in den Kliniken führen. Ein finanzieller Ausgleich für steigende Kosten der Kliniken muss geschaffen werden.

## **7. Qualitätssicherung opiatgestützter Therapien**

Auf Antrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache VIII - 119) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages fordern den Vorstand der Bundesärztekammer auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger konkrete Strukturen für die Qualitätssicherung privater Substitutionen vorsehen, die diese wissenschaftlich evidente Therapie für Patienten und Ärztinnen/Ärzte sicherer machen.

## **8. Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer**

Auf Antrag von Herrn Dr. Ascheraden (Drucksache VIII - 124) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages begrüßen es, dass die Bundesärztekammer die Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger als Bestandteil der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung in Angriff genommen hat und voraussichtlich noch 2009 abschließen wird.

## **9. Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger**

Auf Antrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache VIII - 120) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 112. Deutschen Ärztetages fordern den Vorstand der Bundesärztekammer und die Vorstände der Landesärztekammern auf, die seit Jahren überfällige Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger als Bestandteil der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zeitnah zu veranlassen und abzuschließen.

## **Qualitätssicherung**

### **1. Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Qualitätssicherung**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 05) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag hält die Weiterentwicklung der externen vergleichenden Qualitätssicherung in Richtung eines sektorenübergreifenden Verfahrens für zweckmäßig und wünschenswert. Ohne Überwindung der sektoralen Grenzen sind nur begrenzte Aussagen über die medizinische Ergebnisqualität möglich.

Anders als von den gesetzlichen Krankenkassen gewünscht und derzeit beim Gemeinsamen Bundesausschuss diskutiert, darf sich das Hauptaugenmerk der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nicht auf Ergebnisvergleiche zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen beschränken. Durch solche punktuellen transsektoralen Ergebnisvergleiche lässt sich zwar eine Marktsteuerung und damit auch eine gewisse Marktbereinigung erreichen, zentrale Fragen zur populationsbezogenen Versorgungsqualität und zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche bleiben dabei jedoch unbeantwortet.

Die sektorenübergreifende – oder besser: populationsbezogene – Qualitätssicherung soll im Interesse einer wahrhaft patientenzentrierten Betrachtungsweise die Schnittstellenprobleme in der Versorgungskette fokussieren. Dabei wird zu beachten sein, dass die Zuschreibbarkeit von Bewertungsergebnissen innerhalb einer Versorgungskette erhöhte methodische Anforderungen stellen wird. Hier darf es nicht zu Unklarheiten bezüglich der Verantwortung kommen. Notwendig ist eine verbesserte Kommunikationsfähigkeit aller Akteure, aber auch über sektorenübergreifende Anreizsysteme sollte nachgedacht werden.

In Anbetracht von Wettbewerbs- und Zentralisierungsdruck ist es außerdem sinnvoll, ein Indikatorenset zu entwickeln, das ein Monitoring der Versorgungsqualität in der Region erlaubt. Dieses sollte auch den Zugang für Patienten zur Versorgung beinhalten, so dass Aussagen zur wohnortnahen Versorgung in der Fläche möglich sind, was vor dem Hintergrund der Zentrumsbildungen im Krankenhausbereich einerseits und der Ausdünnung fachärztlich-ambulanter Versorgung im ländlichen Bereich zunehmend notwendig sein wird.

Der Deutsche Ärztetag befürwortet die Weiterentwicklung der externen vergleichenden Qualitätssicherung zu einer sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Qualitätssicherung und bittet die Bundesärztekammer um die Ausarbeitung eines entsprechenden Konzepts.

## **2. Qualitätssicherung: Zusammenspiel von Bundes- und Landesebene**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 06) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung schrieb das GKV-WSG dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vor, hiermit eine „fachlich unabhängige Institution“ zu beauftragen. Dabei sollten „bereits existierende Einrichtungen“ genutzt werden (§ 137a Abs. 1 Satz 3 SGB V). Dies ist sinnvoll, da verlässliche Aussagen über die faktische Versorgungsqualität von der Akzeptanz der Qualitätssicherungsmaßnahmen abhängig sind. Ohne Überzeugung der Beteiligten von der Sinnhaftigkeit der Qualitätssicherungsmaßnahmen sinkt die Wahrscheinlichkeit valider Daten und des ehrlichen Umgangs mit den Ergebnissen.

Akzeptanz und Interessenneutralität der koordinierenden Bundesinstitution werden umso wichtiger, wenn die Vergütung („Pay for Performance“) oder die Zulassung zur Erbringung bestimmter Leistungen künftig an die Ergebnisse der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung geknüpft werden sollten. Ein solcher „Qualitätswettbewerb“ kann aus Sicht der Ärzteschaft nur dann unterstützt werden, wenn tatsächlich die Qualität der medizinischen Leistung im Vordergrund steht und nicht nur die Einsparpotentiale für die Kostenträger. Auch dürfen vordergründige Qualitätsvergleiche mit anschließender Marktberreinigung nicht eine solide und am Bedarf der Bevölkerung orientierte Versorgungsplanung ersetzen.

Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung wird außerdem nur dann erfolgreich sein, wenn die hierzu vom G-BA beauftragte Institution auf Bundesebene und die vorhandenen Strukturen auf Landesebene zusammenarbeiten. Dies sind die für die stationäre Qualitätssicherung zuständigen Lenkungsorgane und Landesgeschäftsstellen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Sektor. Umgekehrt müssen die Akteure der Qualitätssicherung auf Landesebene Kooperationsbereitschaft untereinander und in Richtung des Bundesinstituts zeigen.

Zur Koordinierung der verschiedenen Initiativen zur Qualitätssicherung wurden von der Bundesärztekammer bereits im Mai 1986 Rahmenempfehlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft verabschiedet. Deutsche Ärztetage haben erneut seit 1990 auf die Notwendigkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen. Dies führte nach anfänglichem Zögern der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft schließlich auf dem Deutschen Ärztetag 1993 in Dresden zu einer gemeinsamen Grundsatzklärung von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Bildung einer gemeinsamen Einrichtung. Schon im Dezember 1993 nahm diese ihre Arbeit als Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) auf, um insbesondere den Qualitätssicherungsbedarf in der ambulanten und stationären Versorgung abzustimmen und übergreifende Qualitätssicherungsprojekte festzulegen. Diese Initiative der gemeinsamen Selbstverwaltung wurde zunächst 1997 im zweiten GKV-NOG durch den Gesetzgeber in § 137b SGB V nachvollzogen und führte schließlich zur Gründung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS).

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben Anfang 2009 gemeinsame Eckpunkte zur Einbeziehung der Landesverbände bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung veröffentlicht. Danach sollen die bislang sektoral agierenden Akteure eine gemeinsame sektorenübergreifende Landesarbeitsgemeinschaft bilden – mit Landeskrankenhausgesellschaft, Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen als Vertragspartner auf Augenhöhe und unter Beteiligung von Patientenvertretern und gegebenenfalls weiteren Akteuren. Die Landesarbeitsgemeinschaft ist dabei der Ansprechpartner für das Institut auf Bundesebene und übernimmt die Gewährleistungsverantwortung für die Durchführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene. Das operative Geschäft bleibt in der Verantwortung der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft, um Gestaltungsspielraum für regionale Besonderheiten zu belassen. Entscheidend ist, dass Datenauswertung, (gemeinsame) Datenbewertung, qualitätsverbessernde Maßnahmen und (sofern notwendig) Sanktionen nach Kriterien erfolgen, die in der sektorenübergreifenden Landesarbeitsgemeinschaft konsentiert und mit dem Bundesinstitut abgestimmt sind.

Der G-BA hat zur Einbeziehung der Landesebene in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung eine Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 zu erlassen. Der Deutsche Ärztetag fordert den G-BA auf, in der Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung an vorhandene Strukturen auf Landesebene unter Einschluss der Ärztekammern anzuknüpfen, um im Interesse der Patienten eine Kontinuität der Qualitätssicherung zu gewährleisten und überflüssige Konflikte zwischen Sozial- und Berufsrecht zu vermeiden.

Aufgrund ihrer originären Zuständigkeit für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung haben sich die Ärztekammern lange vor dem G-BA für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung engagiert und Vorleistungen als Basis für die jetzt anstehende Regelung geschaffen – etwa schon in den 70er Jahren die Bayerische Landesärztekammer mit ihrer Initiative zur Perinatalerhebung oder die Ärztekammer Nordrhein mit der Durchführung der Qualitätssicherung in der Herzchirurgie.

### **3. Keine Mindestmengen ohne unabhängige Folgenabschätzung**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 07) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Um eine rein gelegentliche Versorgung von Früh- und Neugeborenen auf Intensivstationen auszuschließen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Regelmäßigkeitsmenge von zwölf Fällen/Jahr sowie ein engmaschiges Qualitätscontrolling festgelegt. Damit sollen eine möglichst noch flächendeckende Versorgung gewährleistet und Zugangshindernisse sowie zu lange Transport- oder Anfahrtswege und Wartezeiten vermieden werden.

Der Deutsche Ärztetag lehnt eine darüber hinausgehende Mindestmengenverschärfung aus Gründen der Patientensicherheit ab. Bevor auf ministeriellen Zuruf der Irrweg einer Hyperzentralisierung durch eine noch höhere Mindestmenge beschritten wird, sollen zunächst die Auswirkungen dieser kürzlich in Kraft gesetzten Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen untersucht werden.

Für jegliche Fallzahlregulierung soll der G-BA eine Folgenabschätzung durch ein Prognosemodell vorsehen. Der G-BA darf sich bei einer so wichtigen Frage keinen „Blindflug“ erlauben.

Mindestmengen sind indirekte Messgrößen, mit deren Hilfe gute von schlechter Ergebnisqualität unterschieden werden können soll. Bei den Hinweisen für eine Mengen-Qualitäts-Beziehung handelt es sich jedoch nur um statistische Assoziationen aus Beobachtungsstudien, nicht um einen evidenzbasierten Beleg. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität, wie er zur Einführung von Mindestmengen eigentlich nötig wäre, ist bisher nicht nachgewiesen. Vorhersagekraft und Trennschärfe einer Mindestmenge bei der Unterscheidung von guter und schlechter Ergebnisqualität sind gering. Als Folge dieser fehlenden Trennschärfe würden bei einer Mindestmenge viele kleine Zentren trotz guter Behandlungsergebnisse geschlossen, dagegen könnten große Zentren mit schlechten Behandlungsergebnissen in der Versorgung verbleiben, nur weil sie die Mindestmenge überschreiten. Es sollen aber die guten Kliniken in der Versorgung verbleiben, und nicht einfach nur die großen.

Falls eine solche Folgenabschätzung vor Einführung einer Mindestmenge nicht vorgenommen wird, kann um so weniger auf eine Begleitforschung zu Auswirkungen und unerwünschten Effekten nach Einführung einer Mengenregulierung verzichtet werden. Wesentlicher erscheint die Definition von Struktur- und Prozessqualitätsmerkmalen, jedoch sind auch hier eine Begleitforschung und regelmäßige Überprüfung der Kriterien sinnvoll.

#### **4. Möglichkeiten und Grenzen von Routinedaten bei der Qualitätssicherung**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 08) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt das Prinzip der Datensparsamkeit bei der Qualitätssicherung medizinischer Leistungen. Es sind nur solche Daten zu dokumentieren, aus denen sich später auch tatsächlich handlungsrelevante Erkenntnisse im Sinne einer ständigen Qualitätsverbesserung ableiten lassen.

Wo immer möglich, sollten sogenannte Routinedaten herangezogen werden. Dabei handelt es sich in der Regel um Abrechnungsdaten. Die Nutzung von Routinedaten kann eine sinnvolle Ergänzung der extern vergleichenden Qualitätssicherung darstellen, eine spezifische Datenerhebung für Qualitätssicherungszwecke jedoch nicht vollständig ersetzen. Auf der Basis von Routinedaten können bei weitem nicht alle Fragestellungen der zukünftig sektorenübergreifend zu konzipierenden Qualitätssicherung beantwortet werden. Darüber hinaus ist besondere Sorgfalt im Hinblick auf die Validität der Routinedaten geboten. Nicht erst seit der Kritik des Präsidenten des Bundesversicherungsamtes im Dezember 2008 anlässlich der Kodierung von Patientendaten für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ist die Validität von erlösrelevanten Daten hinterfragt worden („Right Coding“).

Kodierung geht in aller Regel mit einem Informationsverlust einher und unterliegt eigenen Gesetzmäßigkeiten, die regional, interpersonell und in Abhängigkeit von technischen Maßnahmen höchst unterschiedlich ausfallen können. Hinzu kommt ein gerichteter Informationsverlust, indem etwa häufig Komorbiditäten von Patienten, die nicht erlösrelevant sind, gar nicht erst für die Abrechnung kodiert werden. Sollen auf Basis solcher Daten Aussagen insbesondere zur Ergebnisqualität der Behandlung getroffen werden, besteht ein hohes Risiko der Fehlinterpretation, da notwendige Detailinformationen fehlen.

Der Deutsche Ärztetag plädiert zugunsten des Erhalts einer glaubwürdigen und funktionalen Qualitätssicherung für eine abgestimmte Mischung aus spezifisch hierfür erhobenen und aus zu anderen Zwecken erhobenen Daten.

Dokumentationsverpflichtungen ohne klaren Nutzwert sind ebenso zu vermeiden wie unrealistische Zweckentfremdungen anderweitiger Daten.

## **5. Clearing von Zertifizierungswildwuchs**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 09) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zertifizierungen im Krankenhausbereich versprechen Qualität und sollen Vertrauen erzeugen. Aus Sicht der Patienten bedeutet dies vor allem hohe Ergebnisqualität, Eingehen auf die individuellen Wünsche und Bedürfnisse und die Beachtung von Lebensqualität. Auch die Kostenträger haben Erwartungen an Zertifizierungen, hier geht es jedoch eher um Grundlagen für Vertragsgestaltungen, Preise und Einkaufsmodelle. Die Bedeutung von Zertifikaten der Krankenhäuser wird aus Perspektive einweisender Ärzte wiederum anders wahrgenommen. Hier steht ein gutes Verhältnis im Sinne einer kooperativen Zusammenarbeit mit den Kliniken im Vordergrund, deren Zertifizierungen werden nicht selten als nachrangig wahrgenommen.

Diesen Wünschen und Erwartungen steht eine zunehmende Vielfalt von Zertifizierungen gegenüber, insbesondere Zertifizierungen sogenannter „Zentren“. Dabei bleibt oft unklar, was genau sich hinter einem zertifizierten „Schmerzzentrum“, „Darmzentrum“ oder auch „Brustzentrum“ verbirgt. Insbesondere den Patienten bleibt der Wert solcher Zertifizierungen oft verborgen, vor allem, wenn der Einblick in die Kriterien der Zertifizierung nicht transparent ist oder zu deren Verständnis differenzierte fachspezifische und methodische Kenntnisse notwendig sind.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher die Erstellung valider, systematischer und reproduzierbarer Zertifizierungskriterien, mit denen es möglich ist, die diversen Zertifizierungskonzepte einer einheitlichen Bewertung zu unterziehen (Clearing). Notwendig sind sichere Beantwortungsmöglichkeiten der Frage, woran ein „gutes Zentrum“ zu erkennen ist. Idealerweise liegt diese Aufgabe bei den Ärztekammern als neutrale, von Interessenkonflikten freie Einrichtungen. Der Deutsche Ärztetag bittet die Bundesärztekammer, ein Clearingkonzept für Zentrumszertifizierungen auszuarbeiten.

## **6. Externe Qualitätssicherung – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)**

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VIII - 92) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Bundesgesetzgeber wird nachdrücklich aufgefordert, Grundlagen für die Fortführung der Tätigkeit der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) auf dem Gebiet der externen stationären Qualitätssicherung zu schaffen, bis das beauftragte Institut die ihr übertragenen Aufgaben vollständig inhaltlich und organisatorisch wahrnehmen kann.

Die BQS nimmt seit Jahren Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung im stationären Bereich wahr. Hierfür werden nach definierten Qualitätsindikatoren stationäre Behandlungsfälle ausgewertet, transparent dargestellt und bundesweit verglichen.

Die Entscheidung, mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben zukünftig eine andere Institution zu beauftragen, bedeutet, dass bewährte, auf dem Gebiet der Qualitätssicherung international anerkannte Strukturen zerschlagen werden.

## **7. Einbeziehung der Landesärztekammern in die zukünftigen Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137a SGB V**

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Jonitz (Drucksache VIII - 116) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag spricht sich mit Nachdruck für eine Formulierung der Richtlinie zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137a SGB V im Sinne der gemeinsamen Eckpunkte von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung aus:

1. Die Durchführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erfolgt unter Nutzung bereits existierender Einrichtungen (§ 137a Abs. 1 SGB V).
2. Auf Landesebene bilden sich zur Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Lenkungsorgane (Landesarbeitsgemeinschaften), die vierseitig paritätisch zu besetzen sind aus Landesärztekammer, Landeskrankenhausgesellschaft (LKG), Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Kassen, unter Beteiligung von Patientenvertretern und ggf. weiteren Akteuren.
3. Die Landesarbeitsgemeinschaften arbeiten auf Basis der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit dem Institut nach § 137a SGB V zusammen.
4. Die Landesarbeitsgemeinschaften sind für die Koordination und/oder Umsetzung insbesondere der folgenden essentiellen Prozesse des Verfahrens verantwortlich:
  - Datenauswertung
  - (gemeinsame) Datenbewertung
  - qualitätsverbessernde Maßnahmen
5. Die Durchführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auf operativer Ebene erfolgt verfahrenbezogen und in Anpassung an die regionalen Gegebenheiten in Kooperation zwischen ambulantem (durch die KVen) und stationärem Sektor (durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung).
6. Für die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gilt das Gebot der Datensparsamkeit (vgl. § 137a Abs. 2 Nr. 2 SGB V) mit dem Ziel, den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer unter Berücksichtigung der spezifischen Fragestellungen so gering wie möglich zu halten.

Die Frage der Einbeziehung der Landesärztekammern in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung kann deshalb allenfalls eine Frage des „Wie“ (z. B. freiwilliger Verzicht auf Stimmrecht), aber nicht des „Ob“ sein und darf nicht in das Belieben der Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaften und der Kassenärztlichen Vereinigungen gestellt werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert den G-BA darüber hinaus auf, eine adäquate Beteiligung der Bundesärztekammer, der Patientenvertreter und der übrigen Beteiligten an den Beratungen über die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137a SGB V zu gewährleisten und insgesamt für mehr Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Ausgewogenheit seiner Richtlinien und Beschlüsse Sorge zu tragen.

Eine Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ohne adäquate Beteiligung der Ärztekammern als sektorenübergreifende Repräsentanten der Ärztinnen und Ärzte wird keine nachhaltige Akzeptanz bei der Ärzteschaft finden und läuft Gefahr, sich zu einer bürokratischen, arzt- und patientenfernen Steuerungsmechanik zur medizinfremden Lenkung von Patienten- und Vergütungsströmen fehlzuentwickeln.

Bereits im Vorfeld der Veröffentlichung dieser Eckpunkte wurde die von KBV und BÄK geforderte gleichberechtigte Einbeziehung der Landesärztekammern in die noch zu gründenden sektorenübergreifenden Landesarbeitsgemeinschaften von verschiedener Seite kritisiert. Der Kritik ist entgegenzuhalten, dass die Landesärztekammern seit Jahren schon in verschiedenen Bundesländern als Vertragspartner in der stationären Qualitätssicherung agieren. Aufgrund der originären Zuständigkeit der Ärztekammern für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung haben sich deshalb die Ärztekammern schon lange vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung engagiert und unverzichtbare Vorleistungen als Basis für die jetzt anstehende sektorenübergreifende Qualitätssicherung geschaffen.

Eine willkürliche Ausgrenzung der Landesärztekammern von der mitverantwortlichen Gestaltung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung durch den G-BA widerspricht dem Grundprinzip bzw. der zentralen Voraussetzung für eine erfolgreiche Qualitätssicherung: Betroffene zu Beteiligten machen.

## **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**

### **1. Gesundheitsökonomie: Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 04) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Gitter (Drucksache VIII - 04a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Vor dem Hintergrund der anhaltenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen soll das IQWiG neben der Beurteilung des Nutzens medizinischer Maßnahmen künftig auch eine Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen insbesondere von Arzneimitteln vornehmen. Die Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG stellen die Grundlage für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anerkennung und Vergütung von Arzneimittelinnovationen dar. Der Deutsche Ärztetag weist darauf hin, dass hierdurch auch Rationierungsmaßnahmen für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermöglicht werden, so dass valide Kriterien und die Transparenz und Öffentlichkeit der Entscheidungsgrundlagen unerlässlich sind.

Im Jahr 2008 hat das IQWiG einen ersten Methodenentwurf (Version 1.0) vorgelegt, der vom 111. Deutschen Ärztetag in Ulm 2008 aufgrund folgender Kritikpunkte zurückgewiesen wurde:

- Die gesundheitsökonomische Evaluation medizinischer Leistungen erfolgt nicht nach etablierten internationalen Standards.
- Die Bestimmung des Nutzens richtet sich zu wenig an den Bedürfnissen der Patienten aus.
- Statt aus einer umfassenden gesellschaftlichen Bewertungsperspektive werden die Kosten lediglich aus Sicht der Krankenkassen bewertet.

- Die von einer Kosten-Nutzen-Bewertung Betroffenen werden nicht angemessen beteiligt.

Diese Kritik wurde von einer Vielzahl nationaler und internationaler Fachexperten geteilt.

Zwischenzeitlich hat auch der wissenschaftliche Beirat des IQWiG den Methodenentwurf überprüft und grundlegende Änderungen empfohlen: Verborgene Bewertungsvorgaben, Werturteile und Gewichtungen sollen transparent gemacht, wissenschaftliche Evaluation und Bewertung der Ergebnisse klar getrennt werden. Zur Abschätzung von Kosten-Nutzen-Relationen wird ein externes Vergleichskriterium, z. B. die Zahlungsbereitschaft der Versicherten, für nötig erachtet. Statt der Kostenperspektive der Krankenkassen soll regelhaft die übergreifende gesellschaftliche Sichtweise gewählt werden. Die Eignung des vom IQWiG bevorzugten Konzepts der Effizienzgrenze zur Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen wird grundsätzlich in Frage gestellt. Diesen Hinweisen wird die nunmehr vom IQWiG vorgelegte neue Version des Methodenpapiers (Version 2.0) nicht gerecht.

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass das IQWiG

- sich unvoreingenommen mit der teils massiven Kritik der nationalen und internationalen Fachöffentlichkeit an seinem Methodenentwurf zur Kosten-Nutzen-Bewertung auseinandersetzt und die grundlegenden Kritikpunkte seines eigenen wissenschaftlichen Beirats berücksichtigt;
- Alternativen zu dem fragwürdigen Effizienzgrenzenmodell entwickelt, da die methodischen Schwächen dieses Ansatzes fast beliebige Bewertungsergebnisse bedingen können und zu mangelnder Akzeptanz bei den verschiedenen Beteiligten oder sogar Rechtunsicherheit der auf den Bewertungsergebnissen basierenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses führen werden.
- den Fokus der Kosten-Nutzen-Bewertung nicht nur auf die Kosten, sondern auf dem Wert der Innovation für die Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit legen soll. Das Ziel muss die Erhaltung der Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt sein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist aufgefordert, eine sachgerechte Kosten-Nutzen-Bewertung von Innovationen auf dem Boden einer etablierten Bewertungsmethodik nach internationalen Standards – wie im SGB V gefordert – sicher zu stellen, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen und eine verdeckte Rationierung zu vermeiden.

## **Allgemeinmedizin**

### **1. Förderprogramm Allgemeinmedizin**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 21) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Gitter (Drucksache VIII - 21a) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin stellt ein wichtiges Instrument zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung dar. Da die allgemeinmedizinische Weiterbildung zwingend sowohl in stationären als auch in ambulanten Weiterbildungsstätten erfolgt, ist die Überwindung der bisher

sektorbezogenen Regelungen des Förderprogramms unabdingbar. Zudem gilt es, das Förderprogramm enger mit dem Weiterbildungsgeschehen vor Ort zu verknüpfen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurden die Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft zur Neuausrichtung des Förderprogramms nur teilweise umgesetzt. Die mit Wirkung zum 1. Januar 2009 erfolgten Änderungen der gesetzlichen Regelungen ermöglichen aber eine Weiterentwicklung im Sinne des 2008 von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung verabschiedeten „Handlungskonzepts zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ auf vertraglicher Grundlage.

Ein erfolgreiches Förderprogramm Allgemeinmedizin setzt aus Sicht des deutschen Ärztetages voraus, dass

- die Fördermittel auf Landesebene in einem „Finanz-Pool“ gesammelt werden,
- die Verwaltung des „Finanz-Pools“ durch eine von den Landesärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausesellschaften getragene Koordinierungsstelle erfolgt,
- nicht abgerufene Mittel in den darauffolgenden Förderzeitraum sowie regional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden,
- Ärztinnen und Ärzte während der gesamten Weiterbildungszeit nach den in den Tarifverträgen geltenden Regelungen vergütet werden.

Der Deutsche Ärztetag ruft die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der privaten Krankenversicherung auf, unter enger Abstimmung mit der Bundesärztekammer zeitnah eine gemeinsame Vereinbarung zur Weiterentwicklung des Förderprogramms abzuschließen.

## **2. Regionale Weiterbildungsverbände für Allgemeinmedizin gründen**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 22) unter Berücksichtigung der Anträge von Frau Dr. Gitter (Drucksache VIII - 22a) und von Herrn Dr. Fischbach, Herrn Stagge, Herrn Dr. Ramm und Herrn Dr. Harb (Drucksache VIII - 22b) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der drohende Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten macht es notwendig, hierfür die Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte zu verbessern.

Gerade im Fach Innere und Allgemeinmedizin stellen die für eine fundierte Weiterbildung erforderlichen Wechsel zwischen verschiedenen Weiterbildungsstätten einen erheblichen organisatorischen Aufwand für die Weiterzubildenden dar.

Regionale Weiterbildungsverbände können durch die Organisation der individuellen Weiterbildung und des spezifischen Rotationsplans für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte, der Gewährleistung einer breit fundierten Weiterbildung auch in patientennahen kleineren Fächern und der fachlich-kollegialen Begleitung durch Tutoren die Weiterbildung erleichtern sowie inhaltlich verbessern und so mit dazu beitragen, die Attraktivität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu erhöhen.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die zugelassenen ambulanten und stationären Weiterbildungsstätten und befugten Ärztinnen und Ärzte, für die allgemeinmedizinische Weiterbildung auf die Unterstützungsangebote der Landesärztekammern zurückzugreifen und flächendeckend regionale Weiterbildungsverbände zu gründen. Darüber hinaus sollten – sofern eine Befristung des Arbeitsvertrages zum Zwecke der Weiterbildung vorgesehen ist – längerfristige Verträge mit der Möglichkeit der fakultativen Ergänzung der Weiterbildung durch das Kennenlernen weiterer (Wahl-)Fächer angeboten werden.

Die Landesärztekammern werden gebeten, hierfür zuständige Ansprechpartner in den Landesärztekammern den Weiterbildungsbefugten zu benennen und aktiv auf diese zuzugehen.

Die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" wird aufgefordert, in der Weiterbildungsordnung Strukturen zu entwickeln, um die Förderung der hausärztlichen Weiterbildung zu unterstützen. Es sind die erforderlichen Voraussetzungen zu prüfen und falls sinnvoll, Regularien zu entwickeln. Hierüber soll auf dem 113. Deutschen Ärztetag Bericht erstattet werden.

## **Palliativmedizin**

### **1. Ambulante Palliativversorgung**

Der Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache VIII - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die zeitnahe Umsetzung einer flächendeckenden spezialisierten ambulanten Palliativversorgung voranzubringen.

### **2. Ambulante Palliativversorgung stärken**

Der Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache VIII - 53) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Betroffene Patienten haben seit über zwei Jahren Anspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV: §§ 37b und 132d SGB V). Die flächendeckende Umsetzung ist bis heute nicht ansatzweise vertraglich umgesetzt.

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich beim Bundesministerium für Gesundheit dafür einzusetzen, dass die Rechte Schwerkranker durch folgende Maßnahmen gestärkt werden:

1. Die bestehende Gesetzeslage muss endlich durch flächendeckende Vertragsabschlüsse umgesetzt werden.
2. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss dringend die Genehmigungsaufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit in die Neufassung der SAPV-Richtlinie einarbeiten.
3. Auch die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) muss gestärkt werden durch:
  - verstärkte Fortbildung

- verbesserte Finanzierung
- bessere Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen und zwischen AAPV und SAPV.

## **Ethik**

### **1. Aktives Bekenntnis zu ärztlich-ethischem Bewusstsein im Sinne des „Hippokratischen Eides“**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 16) fasst der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der Hippokratische Eid – als ein zeitgebundenes Dokument der Medizingeschichte – bot normierende, rational und pragmatisch motivierte Leitlinien für die Mediziner Ausbildung, das Arzt-Patient-Verhältnis, den ärztlichen Beruf und dessen Handlungsstrategie an.

Solche Leitgedanken sollten gerade in der heutigen Zeit, welche durch eine zunehmende Kommerzialisierung und Marktorientierung des Gesundheitswesens geprägt ist, berücksichtigt werden. So befindet sich in der von der Bundesärztekammer erarbeiteten und von den Ärztetagen jeweils aktualisierten (Muster-)Berufsordnung (MBO) für die deutschen Ärztinnen und Ärzte zu Beginn ein Gelöbnis, welches u. a. ein Bekenntnis zur Menschlichkeit und die Zusicherung zu gewissenhafter Berufsausübung zum Wohle des Patienten enthält. Allerdings steht dieses Gelöbnis nur in den Unterlagen, welche jeder Arzt/jede Ärztin zu Beginn der Mitgliedschaft in der Ärztekammer erhält.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Deutsche Ärztetag im Sinne einer Stärkung des ärztlich-ethischen Bewusstseins, dass ein entsprechendes Gelöbnis, z. B. im Sinne der Genfer Deklaration oder des in der Berufsordnung enthaltenen Gelöbnisses – als zeitgemäÙe Versionen des Hippokratischen Eids – aktiv von den zukünftigen Ärztinnen und Ärzten z. B. im Rahmen einer Feierstunde abgelegt wird.

Der Deutsche Ärztetag bittet daher die medizinischen Fakultäten und Landesärztekammern, entsprechende Überlegungen umzusetzen, denn der Gehalt des „Hippokratischen Eides“ sollte auch heute noch ärztliches Handeln leiten.

### **2. Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids**

Auf Antrag von Herrn Dr. Windhorst, Herrn Dr. Voigt, Herrn Henke und Herrn Bodendieck (Drucksache VIII - 102) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

#### I.

Ärztinnen und Ärzte stehen Sterbenden bei; sie leisten Hilfe im und beim Sterben, nicht Hilfe zum Sterben.

Der ärztlich assistierte Suizid wird abgelehnt. Das Gleiche betrifft die organisierte, gewerbliche bzw. kommerzielle Beihilfe zum Suizid durch sogenannte Sterbehilfeorganisationen.

#### II.

1. Die Mitwirkung eines Arztes oder einer Ärztin an einem Suizid widerspricht dem ärztlichen Ethos. Es darf keine Option ärztlichen Handelns sein, in schwierigen

oder hoffnungslosen Situationen einer Patientin oder einem Patienten eine aktive Tötung zu empfehlen oder daran mitzuwirken.

Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Jede medizinische Betreuung hat unter Achtung der Menschenwürde, der Persönlichkeit und des Selbstbestimmungsrechts des Patienten/der Patientin zu erfolgen.

2. Eine ärztlich assistierte Beihilfe zum Suizid ist abzulehnen, weil sie nicht nur mit dem tradierten Arztbild unvereinbar ist, sondern weil das Vertrauensverhältnis, auf dem jede Patient-Arzt-Beziehung beruht, letztlich zerstört würde.
3. Auch die Etablierung einer organisierten Vermittlung der Beihilfe zum Suizid wird abgelehnt; und zwar unabhängig davon, ob sie in gewerblicher Form durchgeführt wird und/oder kommerziell intendiert ist.
4. In den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ werden sowohl Handlungsoptionen als auch die Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht aufgezeigt. So kann bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, weil die Krankheit weit fortgeschritten ist, eine Änderung des Behandlungsziels indiziert sein, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden und die Änderung des Therapieziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen.  
Es gibt keine Rechtsverpflichtung zur Erhaltung erlöschenden Lebens um jeden Preis. Nicht der medizinisch-technische Fortschritt bestimmt primär die Grenzen, sondern eine auf die Achtung des Menschen und der Menschenwürde ausgerichtete Behandlung bzw. Betreuung.
5. Sterbebegleitung beinhaltet jede Form mitmenschlicher Hilfe, die einem Sterbenden geschuldet wird und die sein Los und sein Leid erleichtert. Ärzte und Ärztinnen leisten dabei Hilfe im und beim Sterben, nicht Hilfe zum Sterben.

Sterbebegleitung ist aber nicht nur eine ärztliche Aufgabe. Ärzte und Ärztinnen können weder familiären noch religiösen Beistand ersetzen; sie können im Sinne des Leidenden oder Sterbenden mit anderen Personen, insbesondere mit Angehörigen und Pflegenden, zusammenwirken.

### III.

1. Es besteht die Notwendigkeit, die mit der Sterbebegleitung und die damit verbundenen medizinisch-ethischen und rechtlichen Implikationen Ärzten und Ärztinnen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu vermitteln. Dafür sind die notwendigen Freiräume und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einschließlich finanzieller Grundlagen zu schaffen bzw. zu verbessern. Ärztinnen und Ärzten muss u. a. die notwendige Zeit für diese Aufgaben eingeräumt werden. Zuwendung erfordert auch Zeit.
2. Wenn Menschen den Wunsch nach einem begleiteten oder ärztlich assistierten Suizid äußern, kann dies auch Ausdruck ihrer Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit und Hilfsbedürftigkeit sein. Ärztinnen und Ärzte sollten im Rahmen ihrer beruflichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten dazu beitragen, Leid zu lindern. Gleichfalls gilt es, Patientinnen und Patienten in diesen Situationen eine

breite Unterstützung zukommen zu lassen. Dies verlangt, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung Schwerstkranker und Sterbender zu verbessern, insbesondere die Palliativmedizin und palliativmedizinische Einrichtungen auszubauen und für eine würdige Alten- und Krankenpflege Sorge zu tragen.

## **Sozialpsychiatrie**

### **1. Fortbestand der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sichern**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 31) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag 2009 begrüÙt die Initiative der Bundesregierung, im Rahmen des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften die Verpflichtung der Vertragspartner des Bundesmantelvertrags zum Abschluss einer bundeseinheitlichen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (geplante Neufassung § 85 SGB V) einzuführen.

Der Deutsche Ärztetag 2009 unterstreicht die herausragende Bedeutung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung als bewährtes Instrument zur Gewährleistung einer angemessenen ambulanten Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit einem multiprofessionellen Behandlungsansatz, der z. B. auch die Verordnung von Heilmitteln wie Logopädie oder Ergotherapie unter ärztlicher Verantwortung umfasst. Der Deutsche Ärztetag fordert neben dem Gesetzgeber insbesondere die politischen Entscheidungsträger der Kassen auf, sich für einen bundesweiten Fortbestand dieser Vereinbarung einzusetzen.

## **Krankenhaus**

### **1. Verpflichtung der Länder zu Investitionsleistungen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Hermann, Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Frau Haus, Frau Köhler, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. (I) Reinhardt und Herrn Seusing (Drucksache VIII - 56) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesländer auf, ihren gesetzlich vorgesehenen Verpflichtungen zu Investitionsleistungen gegenüber Krankenhäusern endlich nachzukommen, um eine ausreichende und flächendeckende Versorgung nach modernen Standards sicherzustellen.

### **2. Ambulante Versorgung am Krankenhaus gemäß § 116b SGB V**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 28) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Verbesserung der sektorübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen ist eines der zentralen Anliegen der deutschen Ärzteschaft.

Dazu kann in bestimmten Fällen eine ambulante Versorgung am Krankenhaus beitragen, die das bestehende regionale Leistungsangebot sinnvoll ergänzt. Voraussetzung dafür ist, dass die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus in eine effektive und kollegiale Kooperation mit den ambulant tätigen Haus- und Fachärzten eingebunden ist.

Die bestehende Regelung zur ambulanten Versorgung am Krankenhaus nach § 116b SGB V beinhaltet allerdings die Gefahr, dass gewachsene und funktionierende Versorgungsstrukturen gefährdet werden, die sektorübergreifende Kooperation negativ beeinflusst wird und eine ruinöse Konkurrenzsituation zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten entsteht.

Die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des § 116b SGB V lassen sich auch daran ablesen, dass von den Krankenhäusern zwar eine Vielzahl von Anträgen gestellt wurde, bisher aber nur wenige Krankenhäuser im Rahmen der Landeskrankenhausplanung zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß § 116b SGB V bestimmt worden sind.

Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, bei der Umsetzung des § 116b SGB V die jeweils vor Ort in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte und die ärztliche Selbstverwaltung intensiv in alle Entscheidungen einzubeziehen. Vor Ort unter Moderation der ärztlichen Selbstverwaltung geführte Kooperationsgespräche bieten die beste Gewähr für sinnvolle und einvernehmliche Regelungen, die zu einer echten Verbesserung der Patientenversorgung führen.

Eine Optimierung der Versorgung kann nur unter Einbeziehung der leistungsstarken und kosteneffektiven ambulanten Facharztebene erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund bittet der Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer, ein Positionspapier zur Zukunft der fachärztlichen Versorgung zu entwickeln, bei dem Qualität und Sicherstellung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung im Mittelpunkt stehen.

### **3. Neustrukturierung familienfreundlicher Krankenhäuser**

Auf Antrag von Frau Prof. Dr. Henneberg, Frau Dr. Mieke, Frau Dr. Johna und Frau Dr. Illies (Drucksache VIII - 69) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Landesärztekammern mögen darauf hinwirken, dass insbesondere bei neu entstehenden Krankenhäusern sowie der Errichtung neuer Kliniken an Krankenhäusern, die die Zulassung als Weiterbildungsstätte haben oder anstreben, eine familienfreundliche Gestaltung erfolgt, wie sie in der Deutschen-Ärztinnenbund-Checkliste "Das familienfreundliche Krankenhaus" benannt ist. Dies umfasst insbesondere die Forderung der Einrichtung von einer klinikeigenen Kinderbetreuung bei geplanten Neugestaltungen von Krankenhäusern.

Der ärztliche Beruf bringt eine hohe arbeitszeitliche Belastung zu Unzeiten mit sich, in denen die übliche, d. h. öffentliche Kinderbetreuung in der Regel nicht gewährleistet ist. Zur Sicherung des qualifizierten, d. h. fachärztlich weitergebildeten Nachwuchses, sind familienfreundliche Neustrukturierungen an Krankenhäusern dringend erforderlich. Insbesondere Ärztinnen, aber auch zunehmend Ärzte sind nicht in der Lage und auch nicht willens, ihre Weiterbildung erfolgreich abzuschließen bzw. ihren Beruf in der Klinik längerfristig auszuüben, wenn die Versorgung des eigenen Nachwuchses nicht gewährleistet ist. Hierdurch entstehende längere Elternzeiten seien am Rande bemerkt. Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass qualifizierter Nachwuchs gänzlich in andere Berufszweige ausweicht.

Ein Verharren auf familienunfreundlichen Klinikstrukturen kommt, insbesondere bei der zunehmenden Zahl erfolgreicher weiblicher Absolventen, einem Nichterkennen und einer Geringschätzung des heute bereits vorhandenen Potentials ärztlicher Arbeitskraft gleich. Dem ist entschieden entgegenzutreten.

#### **4. Übertragung der Einziehung und Eintreibung stationärer Zuzahlung auf Krankenhäuser**

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache VIII - 78) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag lehnt die Übertragung der Einziehung und Eintreibung der vollstationären Zuzahlung von den Krankenkassen auf die Krankenhäuser und den Abzug des Forderungsbetrages vom Vergütungsanspruch der Krankenhäuser ab. Es ist nicht hinnehmbar, dass der Gesetzgeber den Leistungserbringern immer mehr Bürokratie- und Kosteneinziehungsaufwand überträgt.

Die Neuregelung sieht vor, dass zukünftig im Auftrag der Krankenkassen die Krankenhäuser die Zuzahlung einziehen müssen. Der Vergütungsanspruch verringert sich um den entsprechenden Betrag. Erst wenn Vollstreckungsmaßnahmen zum Einzug von Zuzahlungen erfolglos bleiben, findet nachträglich eine Verrechnung der Zuzahlung statt. Auch wenn Kostenpauschalen für die Übernahme der Aufgabe vorgesehen sind und Klagekosten übernommen werden sollen, bleibt zu befürchten, dass hier erneut Kostenverschiebungen in Richtung Leistungserbringer vollzogen werden.

Die Tatsache, dass die Kassen den Vergütungsanspruch zunächst um die bestehenden Forderungen mindern – unabhängig von den tatsächlichen Zahlungen –, erhöht die Gefahr von Liquiditätsproblemen vieler Krankenhäuser. Da Mehrkosten und Erlösverluste das Risiko für weiteren Personalabbau beinhalten, muss aus vorausschauender ärztlicher Sicht derartigen Entwicklungen entgegengewirkt werden.

### **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**

#### **1. Aufforderungen der Krankenkassen zum rechtswidrigen Upcoding von Diagnosen im Rahmen der GKV-Finanzierung durch den Gesundheitsfonds**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 10) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Seit dem Start des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 erhalten die Krankenkassen gemäß § 266 Abs. 1 Satz 1 SGB V entsprechend den Vorgaben des mit der Umsetzung beauftragten Bundesversicherungsamtes Zuweisungen aus den Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben. Diese Zuweisungen umfassen neben einer Grundpauschale alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben nach § 270 Abs. 1 SGB V.

Für die Ermittlung der Höhe der Zuweisungen gibt das Bundesversicherungsamt gemäß § 266 Abs. 5 Satz 2 SGB V jährlich die Höhe der standardisierten Leistungsausgaben aller am Ausgleich beteiligten Krankenkassen je Versicherten, getrennt nach Versicherungsgruppen und Morbiditätsgruppen, sowie die Höhe der alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschläge bekannt. In diesem Zusammenhang hat die Kodierung der Diagnosen von Patientinnen und Patienten eine besondere Bedeutung bekommen. So sah sich Ende 2008 das Bundesversicherungsamt im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit gezwungen, einzelne Krankenkassen zu rügen, welche Ärzte mit der Bitte um Datenfeststellung für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ansprachen oder anschrrieben.

Hierbei erhielten Ärzte eine Liste von Versicherten, die in dem maßgeblichen Zeitraum bei ihnen in Behandlung gewesen waren und bei denen keine gesicherten Diagnosen vorlagen. Diesem Vorgehen lag – so das Bundesversicherungsamt – offenbar die Ansicht zugrunde, es sei den Krankenkassen gestattet, Morbiditätsinformationen unmittelbar bei Ärzten überprüfen zu können und sich ggf. aktualisierte Daten übermitteln zu lassen. Das Bundesversicherungsamt wies in einem aufsichtsrechtlichen Schreiben unmissverständlich darauf hin, dass jede Erhebung von Daten durch Krankenkassen bei Ärzten zur Verwendung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wegen des Fehlens der hierfür datenschutzrechtlich unabdingbaren Rechtsgrundlage unzulässig ist. „Krankenkassen, die Ärzte – zum Teil sogar mit Geldprämien – veranlassen, ihre Diagnosen nachträglich zu verändern, um mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, verhalten sich rechtswidrig“, so der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken, in einer Pressemitteilung vom 22. Januar 2009. „Ob man das, was die Kassen von den Ärzten wollen, als Upcoding oder Right Coding bezeichnet, ist semantisches Fingerhakeln. Fest steht jedenfalls: Derartige Praktiken verstoßen nicht nur eindeutig gegen den Datenschutz, sie stehen vor allem auch in Widerspruch zu dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Meldeverfahren.“ Das Bundesversicherungsamt kündigte an, dass Daten, von denen angenommen werden muss, dass sie auf gesetzwidrige Weise beschafft wurden, nicht im Morbi-RSA berücksichtigt werden, um so sicherzustellen, dass sich keine Krankenkasse ungerechtfertigte Vorteile zu Lasten anderer Kassen verschafft.

Der 112. Deutsche Ärztetag begrüßt nachdrücklich diese eindeutige Stellungnahme des Bundesversicherungsamtes und die daraus gezogenen Konsequenzen. Die Ärzteschaft weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich die Kodierung von Diagnosen ausschließlich nach medizinischen Kriterien und den aktuellen Vorgaben des ICD-Diagnosenschlüssels zu richten hat. Der Deutsche Ärztetag begrüßt darüber hinaus ausdrücklich, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung vor diesem Hintergrund im Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung ein Observatorium als Informationsplattform für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen zu der Problematik der ICD-Kodierung eingerichtet hat. Ziel dieser Einrichtung ist es, insbesondere Ärztinnen und Ärzten eine Plattform zu bieten, um Einzelberichte in anonymisierter Form zu sammeln, Effekte einzelner Maßnahmen von Krankenkassen auf die Veränderungen der Datengrundlagen zu analysieren sowie ihnen ein Forum für Fragen und Probleme hinsichtlich der Kodierqualität zu geben ([www.zi-berlin.de/zi-observatorium](http://www.zi-berlin.de/zi-observatorium)).

## **2. Überprüfung durch den MDK – Beauftragung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Kobes (Drucksache VIII - 73) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

- Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die gesetzlichen Krankenversicherungen auf,
- die Prüfquote durch den MDK drastisch zu reduzieren;
  - den Prüfauftrag eindeutig zu formulieren, andernfalls ist der Prüfauftrag durch den MDK zurückzuweisen;
  - keine über den Prüfauftrag des MDK hinausgehenden Patientendaten an die Krankenkassen zu verlangen;
  - keine Änderung oder Ergänzung des Prüfauftrages im Nachhinein vorzunehmen;

- Prüfauftrag und Ergebnis der MDK-Prüfung gegenüber dem Krankenhaus offenzulegen.

### **3. Abschaffung von Praxisgebühr und Notfallpraxisgebühr**

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache VIII - 80) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, auf den Gesetzgeber einzuwirken mit dem Ziel, die Erhebung der Praxisgebühr und der Notfallpraxisgebühr wieder abzuschaffen.

### **4. Ablehnung der Vorschläge des Fritz Beske Instituts (igsf) zur Zuzahlung**

Der Antrag von Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksache VIII - 123) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag lehnt die in der Pressemitteilung vom 12.05.2009 veröffentlichten Vorschläge zur Zuzahlung des Fritz Beske Instituts (igsf) (Seite 18, Pressemitteilung Seite 8) ab, weil sie eine erheblich stärkere finanzielle Belastung der chronisch und psychisch Kranken bedeuten. Diese Vorschläge sind weder solidarisch noch gerecht, vor allem widersprechen die Vorschläge dem Grundsatz, dass "Zuzahlungen nur dort steuernd wirken" können, "wo der Bürger auch entscheiden kann" (Beske 2009, Seite 17).

## **Private Krankenversicherung (PKV)**

### **1. Zukunft des PKV-Systems**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 15) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zählt zu den Besonderheiten und Stärken des deutschen Gesundheitssystems.

Die Nachteile staatlicher Systeme mit langen Wartelisten, Einschränkungen der Patientensouveränität und Zweiklassenmedizin, aber auch die Risiken rein marktwirtschaftlicher Gesundheitssysteme mit Entsolidarisierung und Preiswettbewerb zu Lasten der Patienten konnten in der Vergangenheit in Deutschland durch das Zwei-Säulen-System vermieden werden.

Doch nachdem die Krise des GKV-Systems zum Dauerzustand geworden ist, wird nunmehr auch die private Krankenversicherung in Mitleidenschaft gezogen. Die Krise des GKV-Systems kann jedoch nicht durch Destabilisierung des PKV-Systems gelöst werden. Im Gegenteil: das GKV-System profitiert von einem starken System der privaten Krankenversicherung, das durch Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung, Vertragsautonomie, freiberuflicher Leistungsbereitschaft und medizinischer Innovationskraft charakterisiert ist. Das PKV-System trägt maßgeblich zur Wettbewerbs- und Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens insgesamt bei.

Der Deutsche Ärztetag lehnt eine Destabilisierung des PKV-Systems, wie es mit verschiedenen GKV-WSG-Regelungen (Basistarif, Einführung einer dreijährigen Wartezeit für GKV-Versicherte vor Wechsel in die PKV, GKV-Wahltarife in Konkurrenz zu PKV-Zusatzversicherungen u. v. m.) beabsichtigt ist, entschieden ab.

Die deutsche Ärzteschaft erhofft von den hierzu noch zu erwartenden Urteilen des Bundesverfassungsgerichts die Beschreibung eines Korridors für einen rechtssicheren und fairen Wettbewerb zwischen PKV und GKV.

## **Kostenerstattung**

### **1. Schutzbedürftige Gruppen vor Überforderung schützen**

Der Antrag von Frau Dr. Bunte, Frau Dipl.-Med. Albrecht, Herrn Dr. Zastrow und Frau Dr. Pfungsten-Würzburg (Drucksache VIII - 96) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei einer eventuellen Einführung verpflichtender Kostenerstattungsregelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind von vornherein insbesondere die folgenden Gruppen auszunehmen:

- Kinder und Jugendliche
- Auszubildende und Studierende
- Erwerbslose
- Empfänger von Sozialleistungen
- Menschen mit Behinderung
- Alleinerziehende

### **2. Generelle Wahlmöglichkeit für Kostenerstattung**

Der Antrag von Herrn Dr. Josten und Herrn Müller (Drucksache VIII - 100) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 112. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, bei der Bearbeitung des Beschlusses I - 09 darauf zu achten, dass eine generelle Einführung des Kostenerstattungsprinzips ausschließlich in Gestalt einer Wahlmöglichkeit für den einzelnen Versicherten erfolgen darf.

### **3. Sachleistungssystem und Kostenerstattung**

Der Antrag von Herrn Müller und Herrn Dr. Eversmann (Drucksache VIII - 104) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Für den Fall, dass es zu einem Kostenerstattungssystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung kommt, muss für jeden Versicherten jederzeit der Wechsel ins Sachleistungssystem möglich bleiben.

### **4. Kein Kostenerstattungsprinzip bei stationärer Behandlung**

Der Antrag von Herrn Dr. Reuther und Herrn Prof. Dr. Faist (Drucksache VIII - 106) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Eine nicht freiwillige Einbeziehung Versicherter in ein Kostenerstattungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung darf nur für ambulante Behandlungen erfolgen.

Bei stationärer Behandlung ist das Kostenerstattungsprinzip für gesetzlich Versicherte eine unvertretbare Überforderung.

## **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

### **1. Stärkung von Kostenerstattungsprinzip und GOÄ**

Der Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 12) wird unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Stagge, Herrn Seusing, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Harb und Frau Haus (Drucksache VIII - 12a) zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Schwierigkeiten bei der Honorarreform im vertragsärztlichen Bereich haben gezeigt, dass eine adäquate Abbildung und Honorierung der ärztlichen Leistung unter den Zwängen eines budgetierten Sachleistungssystems kaum noch möglich ist. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Ärztetag deshalb eine Stärkung des Kostenerstattungsprinzips und der GOÄ.

Kostenerstattung fördert die Transparenz der Abrechnung und die Eigenverantwortung der Versicherten. Deshalb ist im GKV-Bereich eine stärkere Erprobung von Kostenerstattungs- und Selbstbehaltwahltarifen wünschenswert. Dabei sollte jedoch vom Bundesversicherungsamt sorgfältig geprüft werden, dass diese GKV-Wahltarife nicht zu Lasten der Beitragseinnahmen für die Solidargemeinschaft quersubventioniert werden und nicht zu Wettbewerbsnachteilen für die risikoäquivalent kalkulierten Tarife der privaten Krankenversicherungen führen.

Im PKV-Bereich dürfen die Prinzipien Kostenerstattung und individuelle Vertragsautonomie keinesfalls durch eine etwaige GOÄ-Öffnungsklausel oder Direktabrechnungen, die für den privatversicherten Patienten intransparent sind, geschwächt werden.

Der Deutsche Ärztetag bestärkt die Bundesärztekammer darin, die GOÄ im Sinne einer robusten Referenzgebührenordnung weiter zu entwickeln, mit systemübergreifender Orientierungsfunktion für die Vergütung ärztlicher Leistungen.

Die deutschen Ärztinnen und Ärzte haben Anspruch auf eine Gebührenordnung, die nicht lediglich die reine Kostenseite der Leistungserbringung abbildet, sondern in der sich eine adäquate Wertschätzung ärztlicher Leistung wiederfindet.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, in die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einen automatischen Inflationsausgleich aufzunehmen.

### **2. Novellierung der GOZ als Präjudiz für die Novellierung der GOÄ**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 13) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag unterstützt die Zahnärzteschaft bei ihrem Engagement für eine zukunftsweisende, patientenorientierte und leistungsgerechte Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und lehnt den vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Referentenentwurf für eine neue GOZ ab.

Der Deutsche Ärztetag erwartet von einer Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungen

- die Darstellbarkeit des modernen, perspektivisch relevanten Leistungsspektrums – diesem Anspruch wird das eng am BEMA orientierte Leistungsverzeichnis im Referentenentwurf zur GOZ nicht gerecht, da es in vielen Bereichen einen Behandlungsstandard der 90er-Jahre abbildet;
- eine Anpassung der Gebühren an die wirtschaftliche Entwicklung. Dies lässt sich mit der angebotenen 0,46-prozentigen Punktwertanhebung nach 21 Jahren Stillstand bei der GOZ schlichtweg nicht darstellen;
- die Stärkung der Doppelschutzfunktion von GOZ bzw. GOÄ als Basis für einen fairen Interessenausgleich zwischen Zahnarzt bzw. Arzt und Patient – im Gegensatz hierzu relativiert die geplante neue Öffnungsklausel für die PKV-Unternehmen die Bedeutung von GOZ und GOÄ und hebt die individuelle Vertragsautonomie zwischen Zahnarzt/Arzt und Patient auf.

Der Deutsche Ärztetag rät, die Beratungen zur Novellierung der GOZ unter geordneten Rahmenbedingungen in der neuen Legislaturperiode auf Basis des Vorschlags der Bundeszahnärztekammer (Honorarordnung für Zahnärzte – HOZ) neu aufzunehmen. Im Anschluss hieran steht die Bundesärztekammer mit ihrem Vorschlag für eine neue GOÄ bereit.

### **3. Öffnungsklausel nach § 2a-neu – GOZ-E**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 14) fasst der 112. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag erwartet von den privaten Krankenversicherungen Schulterschluss im Hinblick auf den Erhalt einer individuellen und qualitativ hochwertigen Versorgung und die Stärkung der Patientensouveränität und des freien Arztberufs. Hierzu zählt auch der gemeinsame Einsatz für eine nachhaltige Weiterentwicklung der GOÄ auf Basis des Vorschlags der Bundesärztekammer. Die Forderung nach einer Öffnungsklausel stellt die individuelle Vertragsautonomie zwischen Patient und Arzt in Frage und bahnt den Weg für „Rosinenpickerei“ und ruinösen Preiswettbewerb in der privatärztlichen Versorgung.

Der Deutsche Ärztetag lehnt die Öffnungsklausel nach § 2a-neu – GOZ-E, wie sie zunächst im Rahmen der GOZ-Novellierung und anschließend in die GOÄ eingeführt werden soll, ab und behält sich wegen der massiven verfassungs- und EU-wettbewerbsrechtlichen Bedenken eine eingehendere rechtliche Prüfung vor.

Die Entwicklung von privatärztlichen Wahlтарifen bzw. Verträgen für besondere Leistungen oder Versorgungsformen, die wie zum Beispiel integrierte Versorgung oder strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke als freiwillige Angebote auch für privat versicherte Patienten sinnvoll sein können, ist grundsätzlich auch ohne neue Öffnungsklausel möglich. Schon jetzt können den Versicherten privatärztliche Wahlтарife à la „Best care“ oder für hausarztzentrierte Versorgung angeboten werden, und zwar GOÄ-konform.

## **Kinderschutz**

### **1. Instrumentalisierung von Kindern durch TV-Sendungen**

Auf Antrag von Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Eßer, Herrn Dr. Holzborn, Herrn Dr. Berson und Herrn Dr. Schäfer (Drucksache VIII - 46) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag missbilligt nachdrücklich jedes Projekt, in dem Kinder aus kommerziellen Gründen instrumentalisiert und missbraucht werden.

Insbesondere verurteilt der Deutsche Ärztetag die als „Experiment“ vermarktete RTL-Serie „Erwachsen auf Probe“, in der mit scheinwissenschaftlichen und scheinpädagogischen Argumenten Kinder unterschiedlicher Altersstufen „ausgeliehen“ werden sollen.

Der Deutsche Ärztetag schließt sich den Protesten des Kinderschutzbundes uneingeschränkt an und fordert die Politik auf, dafür Sorge zu tragen, dass zukünftig Kindesmissbrauch auch in dieser Form unterbleibt.

## **2. Schutz der Kinder und Jugendlichen vor kinderpornographischem Missbrauch**

Auf Antrag von Herrn Dr. Fischbach, Herrn Dr. Bolay, Herrn Dr. Voigt und Frau Frei (Drucksache VIII - 70) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft unterstützt ausdrücklich die Gesetzesinitiative der Bundesregierung zur "Bekämpfung der Kinderpornographie in Kommunikationsnetzen". Sie fordert den Bundesgesetzgeber auf, Kindern und Jugendlichen einen umfassenden Schutz vor sexueller Ausbeutung zu sichern.

Unter Federführung des Bundesfamilienministeriums hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf zur "Bekämpfung der Kinderpornographie in Kommunikationsnetzen" in das Parlament eingebracht. Gegen diesen Gesetzentwurf sammelt eine Initiative "Internet – Keine Indizierung und Sperrung von Internetseiten" in einer Online-Petition Unterschriften, weil die Unterstützer dieser Interessengruppe im besagten Gesetz einen unzumutbaren Eingriff in die Medienfreiheit sehen.

Kinderpornographie stellt eines der grausamsten Verbrechen an Kindern und Jugendlichen dar. Das Internet ist einer der Hauptverbreitungswege für kinderpornographische Bilder und Filme.

## **3. Persönlichkeitsrechte von Kindern in den Medien stärken**

Auf Antrag von Herrn Dr. Fischbach, Herrn Dr. Voigt, Herrn Dr. Bolay und Frau Frei (Drucksache VIII - 79) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag stellt mit großem Befremden fest, dass die Persönlichkeitsrechte von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern durch Werbeaktionen und den Auftritt in zu hinterfragenden Fernsehproduktionen massiv (Eltern auf Probe) verletzt werden. Der Deutsche Ärztetag fordert die Medien und Werbeagenturen auf, mehr Sensibilität im Umgang mit Kindern und ihren Rechten zu entwickeln. Das Wohl der Kinder muss in jedem Fall oberste Priorität vor kommerziellen Interessen haben.

Die deutsche Ärzteschaft setzt sich stets, zuletzt auch auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster, für das Kindeswohl ein. Sie sieht diese Bemühungen durch eine öffentlichkeitsheischende "Zurschaustellung" von Kindern in TV- und Werbeproduktionen als gefährdet an. Die Bindungsforschung zeigt, dass die kindliche Entwicklung in einem sensiblen und ohnehin sehr störungsanfälligen Kontext erfolgt. Ein unsensibler Umgang mit Kindern in Werbung und Medien, der Erkenntnisse der modernen Bindungsforschung völlig missachtet, muss unbedingt vermieden werden, um eine potentielle Traumatisierung der Kinder zu vermeiden.

#### **4. Kindeswohlgefährdung im Fernsehen – Patientenschutz notwendig**

Auf Antrag von Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksache VIII - 82) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Sender RTL auf, auf die Ausstrahlung der Sendung "Erwachsen auf Probe" zu verzichten, und schließt sich damit den Forderungen zahlreicher Verbände wie der Hessischen Landesärztekammer, dem Kinderschutzbund, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der Bundeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (BPPKJP), der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) u. a. an.

In einem ethisch unverantwortlichen Experiment stellen Eltern ihre 7 bis 14 Monate alten Kinder für vier Tage zur Verfügung, damit Jugendliche ihre elterlichen Fähigkeiten testen können. Mehrtägige Trennungen von den Eltern bedeuten in diesem Alter für die Kinder erhebliche seelische und körperliche Belastungen mit unabsehbaren Folgen für Gesundheit und Wohlbefinden.

#### **5. Entwurf des Kinderschutzgesetzes – Präzisierung der Ausführungsbestimmungen**

Auf Antrag von Herrn Dr. Kaplan, Herrn Dr. Rechl und Frau Dr. Lux (Drucksache VIII - 89) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, den im Gesetzentwurf stehenden Terminus "Gewichtige Anhaltspunkte für körperliche Gewalt, sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung bei Kindern" zumindest in den Ausführungsbestimmungen zu präzisieren und das Procedere bei der Mitteilungspflicht für Ärztinnen und Ärzte zu regeln, ohne dass die Ärztinnen und Ärzte dabei gesetzliche Bestimmungen verletzen und der Gefahr von juristischen Regressverfahren ausgesetzt sind.

Das Bundeskabinett hat den Entwurf eines Kinderschutzgesetzes beschlossen. Darin ist die gesetzliche Mitteilungspflicht von Ärzten, Ärztinnen und Hebammen an das Jugendamt bei "gewichtigen Anhaltspunkten" für körperliche Gewalt, sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung bei Kindern gegenüber Jugendämtern geregelt. Die Weitergabe der Daten ist unabhängig von der Einwilligung der Eltern nach § 34 StGB und der ärztlichen Schweigepflicht.

In der Ärzteschaft besteht eine große Unsicherheit bei der Interpretation des Terminus "gewichtige Anhaltspunkte", der in der ärztlichen Terminologie bezüglich körperlicher Gewalt, sexueller Gewalt und Vernachlässigung unzureichend definiert ist. Hier ist die Herbeiführung einer Rechtssicherheit erforderlich.

### **Prävention**

#### **1. Risikofaktoren für eine ungünstige Kindesentwicklung frühzeitig erkennen**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 25) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Zahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher steigt kontinuierlich an, viele Kinder und Jugendliche leiden unter Bewegungsarmut oder Fehlernährung, sie sind von klein auf Tabakrauch ausgesetzt oder psychisch belastet. Mit den

Risikofaktoren wächst auch die Gefahr, frühzeitig chronische Krankheiten zu entwickeln, die nicht nur die individuelle Lebensqualität einschränken, sondern auch das Gesundheitswesen insgesamt belasten. Schon jetzt ist eine deutliche Zunahme der Zahl der Kinder und Jugendlichen mit mehreren chronisch verlaufenden Krankheiten festzustellen.

Die Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V bieten grundsätzlich eine gute Möglichkeit, Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen, Eltern hinsichtlich ihrer Überwindung zu beraten und angemessene gesundheitsfördernde Maßnahmen durch den Arzt einzuleiten.

In ihrer geltenden Fassung liegt der Fokus der Kinderuntersuchungen jedoch darauf, Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung von Kindern erheblich gefährden können, zu erkennen. Risikofaktoren, die zur Entstehung chronischer Krankheiten beitragen, sind hingegen bislang kein zentraler Untersuchungsgegenstand.

Deshalb fordert der 112. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, § 26 SGB V und die dazugehörigen Kinder-Richtlinien dahingehend zu überarbeiten, dass die Identifikation und Beratung von Bewegungs- und Ernährungsmängeln, Belastungen durch Passivrauchen sowie psychische und psychosomatische Belastungen ein zentraler Bestandteil der Kinderuntersuchungen werden.

## **2. Keine Laissez-faire-Haltung bei der Verhütung von HIV-Infektionen**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 37) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die medizinische Versorgung und die Lebensqualität für HIV-Infizierte und Aids-Erkrankte haben sich in den letzten Jahren erheblich verbessert und zu einer deutlich höheren Lebenserwartung geführt. Dies ist vor allem auf die verbesserte antiretrovirale Therapie zurückzuführen. Der Deutsche Ärztetag weist jedoch darauf hin, dass es dennoch keine Entwarnung bei der HIV- und Aids-Problematik geben kann. Auch wenn der Ausbruch der Krankheit durch Medikamente verzögert und die Symptome gelindert werden können, existiert bis heute keine Therapie, mit der HIV bzw. Aids geheilt werden können.

Der Gebrauch von Kondomen beim Geschlechtsverkehr ist bisher die einzige Möglichkeit, sich vor einer Ansteckung mit dem HI-Virus zu schützen und die Verbreitung der Krankheit zu verhindern.

Daher dürfen die Bemühungen bei der HIV/Aids-Prävention nicht nachlassen, sondern müssen intensiviert und zielgruppenspezifisch weiterentwickelt werden.

Durch die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten ging die Zahl der Aids-Neumanifestationen und der Aids-Todesfälle in Deutschland seit 1995 zurück. Die Zahl der HIV-Infektionen ist dagegen seit dem Jahr 2000 kontinuierlich angestiegen und lag bei ca. 3000 Personen im Jahr 2008. Nach aktuellen Schätzungen liegt die Zahl der Menschen, die derzeit mit HIV/Aids in Deutschland leben bei ca. 63.000.

Dennoch ist bei der Bevölkerung ein zunehmend sinkendes Problembewusstsein zu verzeichnen. HIV-Infektionen und Aids werden nicht mehr als tödliche Bedrohung, sondern als behandelbare Krankheit angesehen. Diese Entwicklung zeigt, dass verstärkte Anstrengungen in der HIV- und Aids-Prävention, aber auch eine

frühzeitige Diagnostik sexuell übertragbarer Krankheiten und von HIV-Infektionen unerlässlich sind.

## **Pandemie**

### **1. Fortführung der Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie geboten**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 11) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Eine Influenzapandemie würde alle Lebensbereiche betreffen und könnte sich je nach Ausmaß zu einer Katastrophe entwickeln. Staat und Gesellschaft müssen deshalb mit erheblichen Beeinträchtigungen rechnen. Die Entstehung und Ausbreitung der neuen Grippe "Influenza A (H1N1)" zeigen deutlich, dass dies keine theoretische Gefahr, sondern ein reales Risiko ist. Die Vorbereitungen auf eine Influenzapandemie sind in Deutschland – basierend auf einem Aufruf der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – zwar mittlerweile vorangeschritten, aber bei Weitem noch nicht abgeschlossen. Die Vorbereitung auf einen Pandemiefall muss gerade in der gegenwärtigen interpandemischen Phase vorangetrieben werden, um für den Krisenfall möglichst gut gewappnet zu sein.

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 begrüßt

- die länderübergreifende Krisenmanagementübung „Exercises“ (LÜKEX) „Influenzapandemie“ im November 2007, bei der Einrichtungen des Bundes und der Länder zusammenarbeiteten. So konnten Schnittstellen- und logistische Probleme identifiziert werden. Der zugehörige Auswertungsbericht von LÜKEX 2007 zeigt bestehende Vorbereitungslücken hilfreich auf;
- das Impfkonzzept des Landes Hessen, in dessen Mittelpunkt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) für die Organisationen der dann notwendigen Massenimpfungen gegen das Pandemievirus steht. Mit diesem Konzept können dringende logistische, haftungsrechtliche und finanzielle Fragen gelöst werden.

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 fordert

- Bund und Länder auf, die im Auswertungsbericht von „LÜKEX 2007“ aufgezeigten Handlungsfelder zielstrebig zu bearbeiten;
- die bundesweite Einführung des Impfkonzpts des Landes Hessen;
- die Länder auf, den ÖGD dringend zu stärken, da er durch Personalabbau empfindlich geschwächt ist. Im Pandemiefall hätte der ÖGD wichtige koordinierende und ausführende Arbeiten zu leisten, wofür er dringend mehr Personal benötigt, um diese verantwortungsvolle Aufgabe auch bewältigen zu können;
- Bund und Länder auf, darauf hinzuwirken, dass die Refinanzierung der Pandemievorbereitung durch die Gesetzliche Krankenversicherung gewährleistet wird;
- Bund und Länder auf, die ambulante und stationäre Versorgung im Pandemiefall in den jeweiligen Pandemieplänen zu konkretisieren; dabei ist angesichts des Bedrohungspotentials auch zu prüfen, ob die Bettenkapazitäten im stationären

Sektor mit den Anforderungen einer medizinischen Versorgung u. a. von beatmungspflichtigen Patienten im Katastrophenfall in Einklang stehen;

- dass die Erhebungen zur Bedarfs- und Ressourcenermittlung auf Bundesebene zusammengeführt werden, damit eine der jeweiligen Lage angemessene Ressourcenverteilung (z. B. die Verteilung von antiviralen Arzneimitteln) umsichtig erfolgen kann;
- dass Bund und Länder die Forschung vorantreiben und dafür die notwendigen Finanzmittel bereitstellen. Nur auf dieser Grundlage können adäquate Schutzmaßnahmen gewährleistet und der tatsächliche Ressourcenbedarf ermittelt werden. So sollten vor allem konkrete evidenzbasierte Studien bzgl. des Nutzens von Mund-Nasen-Schutz bzw. Masken für die Allgemeinbevölkerung durchgeführt werden. Ebenso werden im Arbeitsschutz dringend Studien bzgl. wirksamer Hygienemaßnahmen und der persönlichen Schutzausrüstung wie Atemschutz, Schutzkittel unter Berücksichtigung von Anwendbarkeit, Dauer und Haltbarkeit benötigt.

## **Gesundheitspolitik**

### **1. Forderung nach einer Reaktion der Politik auf das "Ulmer Papier"**

Auf Antrag von Frau Taube und Herrn Dr. Liebscher (Drucksache VIII - 91) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft fordert die Bundesregierung nochmals mit Nachdruck auf, zum "Ulmer Papier" Stellung zu nehmen und sich im Hinblick auf hieraus resultierende Konsequenzen für die Gesundheitspolitik zu positionieren.

Der 111. Deutsche Ärztetag 2008 hat in Ulm die Gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft – „Ulmer Papier“ – verabschiedet und die Politik zur Stellungnahme aufgefordert. Diese Positionierung ist bis heute ausgeblieben.

Das "Ulmer Papier" enthält zentrale Elemente einer vorausschauenden und verantwortlichen Gesundheitspolitik. Deshalb muss sich die Politik mit den Leitsätzen auseinandersetzen und die Forderungen der Ärzteschaft zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen.

### **2. Einführung des "Verursacherprinzips" zur Mitfinanzierung im Gesundheitswesen – Maßnahmen gegen zunehmenden Suchtmittelmissbrauch**

Der Antrag von Herrn Dr. Jaeger (Drucksache VIII - 103) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, ein Modell zu entwickeln, mit dessen Hilfe Geldmittel nach dem sog. „Verursacherprinzip“ zur Mitfinanzierung von Gesundheitsleistungen, insbesondere zur Behandlung von zivilisationsbedingten Erkrankungen (hervorgerufen z. B. durch Alkohol, Rauchen) herangezogen werden können. Außerdem soll hiermit auch den alarmierenden Entwicklungen des Alkoholmissbrauchs, vor allem junger Menschen („Komasaufen“), entgegen gewirkt werden.

## **Bereitschaftsdienst/Notarzt**

### **1. Anerkennung der Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit**

Auf Antrag von Herrn Seusing, Herrn Dr. Baier, Herrn Dr. Fleck, Frau Dr. Friedländer, Frau Haus, Herrn Dr. Hermann, Frau Köhler, Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Lutz und Herrn Dr. (I) Reinhardt (Drucksache VIII - 44) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Europäischen Rat auf, die Bereitschaftsdienste auch weiterhin entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) von 2000 und 2003 als Arbeitszeit anzuerkennen und, wenn überhaupt, nur in klar definierten Ausnahmefällen Opt-out-Regelungen zuzulassen.

Die Pläne des Europäischen Rates zu einer Veränderung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie zulasten der Arbeitnehmerschaft resultieren aus den bestehenden Versorgungsengpässen und drohendem Ärztemangel in Deutschland und weiteren Ländern. Um ein Erreichen der gesetzlich limitierten 48 Stunden zu umgehen, plant der Ministerrat die Aufteilung des Bereitschaftsdienstes in einen aktiven und einen inaktiven Teil, wobei der inaktive Teil – entgegen bereits bestehender höchstrichterlicher Rechtsprechung, trotz Verpflichtung zur Anwesenheit am Arbeitsplatz – nicht zur Arbeitszeit gerechnet werden soll. Erschwert wird dies durch die Einräumung sogenannter Opt-Out-Regelungen, mittels derer die individuelle Arbeitszeit auf theoretische 78 Stunden ohne entsprechende Ausgleichszeiträume erhöht werden kann.

Eine solche Position ist nicht tragbar. Unverhältnismäßig lange Arbeitszeiten beeinträchtigen die Gesundheit und Sicherheit der angestellten Ärztinnen und Ärzte und stellen somit auch eine Gefahr für die Patienten dar.

### **2. Sicherung der Besetzung der Notarztstandorte**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache VIII - 52) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag fordert die politisch Verantwortlichen auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Bevölkerung in Notfällen durch eine ausreichende Zahl qualifizierter Notärztinnen und Notärzte sichergestellt wird.

### **3. Qualität im Rettungsdienst erhalten**

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache VIII - 54) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag wendet sich entschieden gegen alle Bestrebungen, die Zugangsvoraussetzungen für die ärztliche Teilnahme am Rettungsdienst (Notarztztätigkeit) aufzuweichen und damit die Versorgungsqualität in Frage zu stellen.

Notärzte arbeiten in der Regel unter ungünstigen äußeren Bedingungen und unter Zeitdruck fern jeder Rückgriffsmöglichkeit auf erfahrene Kollegen. Nur eine hohe Qualifikation, ständiges Training der notwendigen Fertigkeiten und intensive Fortbildung bewahren den Notarzt vor Fehlern und den Patienten vor möglichen Schäden. Arbeitgebern darf es keinesfalls gestattet sein, Ärzte, die aufgrund

mangelnder Ausbildung den Anforderungen eines Notarzteinsatzes nicht gewachsen sind, zum Dienst einzuteilen.

## **Ausübung von Heilkunde**

### **1. Indikationsstellung zur Physiotherapie ist ärztliche Aufgabe**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 30) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt den Direktzugang zum Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern aus Gründen der Patientensicherheit ab. Physiotherapeutische Maßnahmen bzw. Heilmittel müssen Teil der ärztlich verantworteten Diagnostik und Therapie auf der Basis einer differentialdiagnostisch begründeten Indikation und Verordnung bleiben.

Im Rahmen der Heilkundeausübung obliegen (Differential-)Diagnose, Indikation und Verordnung sowie die Gesamtverantwortung für die Behandlung dem Arzt. Dies umfasst auch physiotherapeutische Leistungen/Heilmittel in der vertrags- und privatärztlichen Versorgung. Physiotherapeuten obliegt im Rahmen einer ärztlichen Heilmittelverordnung nach SGB V, in der der Arzt Diagnose, Heilmittel, Frequenz und Dauer festlegt, die eigenverantwortliche Befunderhebung, die konkrete Maßnahmenauswahl für die Therapie sowie die Durchführungs- und Haftungsverantwortung für die Physiotherapie.

Ein etwaiger Direktzugang unterläuft nicht nur die notwendige, insbesondere auch im SGB V vorgesehene Steuerungsfunktion des Arztes für nachfolgende Behandlungen, sondern berührt auch unmittelbar und grundsätzlich den Arztvorbehalt für diagnostische Entscheidungen und die Indikationsstellung. Die bisherige klare berufsrechtliche Zuordnung und Differenzierung, dass die Indikationsstellung zur Physiotherapie dem Arzt und die Befunderhebung dem Physiotherapeuten obliegt, wird aufgelöst, ohne dass der Physiotherapeut gleich dem Arzt über die notwendige Kompetenz zur (Differential-)Diagnostik verfügt.

Die derzeitige eindeutige Aufgabenstellung stellt keine – wie behauptet – überflüssige oder kostenträchtige Doppelstruktur dar, sondern ist eine notwendige und nur partielle Überschneidung der Arbeitsfelder von Ärzten und Physiotherapeuten, wie sie sich bei einer arbeitsteiligen Vorgehensweise am Patienten immer zwangsläufig ergibt.

Physiotherapeuten besitzen aufgrund ihrer dreijährigen Ausbildung eine spezifische Kompetenz zur Befunderhebung und Therapie im Rahmen der berufsfeldbezogenen Aufgaben (s. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten). Diese erstreckt sich nicht auf die umfassende differentialdiagnostische Kompetenz, einschließlich diagnostisch-therapeutischer Methodenauswahl, wie sie auf Grund der ca. elfjährigen Aus- und Weiterbildung bei einem Arzt gegeben ist, sondern stellt eine spezifische inhaltliche Vertiefung in einem Teilbereich der gesamten Patientenbehandlung dar.

Insoweit stellt die bisherige, zum Teil noch nicht rechtskräftige Rechtsprechung seit 2007 zur Segmentzulassung von Physiotherapeuten zur Heilkunde eine unzulässige Verkürzung auf der Basis einer missverständlichen Analyse der Ausbildungsinhalte dar. Die diesbezüglich jüngste und am weitesten gehende Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg vom 19. März 2009 hält ein Heilkundeausüben durch Physiotherapeuten in ihrem Bereich ohne weitere

Voraussetzungen für zulässig. Diese Rechtsprechung birgt nicht nur das Risiko einer unzureichenden, mit Gefahren für die Patienten verbundenen Diagnostik durch Physiotherapeuten, sondern auch die Gefahr einer Erstreckung auf andere Fachberufe im Gesundheitswesen. Das würde die Einführung einer sektoralen Kurierfreiheit durch die Rechtsprechung und damit einen klaren Widerspruch zu diesbezüglichen Festlegungen des Gesetzgebers bedeuten. Der Gesetzgeber hat nämlich zuletzt bei der Ergänzung des § 63 SGB V durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz deutlich gemacht hat, dass er selbst im Rahmen von begrenzten Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung kein selbstständiges Heilkundeausüben durch Kranken- und Altenpfleger oder Physiotherapeuten (Absatz 3b) bzw. nur ein begrenztes Heilkundeausüben durch Kranken- und Altenpfleger nach Maßgabe von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Absatz 3c) zulassen will. Damit wäre ein außerhalb des GKV-Bereichs unbeschränktes Heilkundeausüben von Physiotherapeuten und Angehörigen anderer Fachberufe nicht zu vereinbaren.

## **2. *Medikamentenverordnung durch nichtärztliche Berufsgruppen***

Auf Antrag von Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksache VIII - 48) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Medikamentenverordnungen dürfen nur durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen und nicht durch Heilberufsgruppen, die keine entsprechende medizinische und pharmakologische Ausbildung nachweisen können.

Den Bestrebungen anderer Heilberufe (z. B. der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten), selbstständig Medikamente verordnen zu dürfen, muss im Interesse des Patientenschutzes entschieden entgegengewirkt werden.

Rezeptpflichtige Medikamente können in falscher Dosierung, bei fehlender Indikation oder in Wechselwirkung mit anderen Substanzen, bei fehlender Kenntnis der Nebenwirkungen und Kontraindikationen und ohne ärztliche Kontrollen unabsehbar negative Folgen für die Gesundheit der Behandelten verursachen. Es gehört zur ärztlichen Sorgfaltspflicht, die Medikamentenbehandlungen in Deutschland sorgfältig zu überwachen.

## **3. *Berufsbezeichnung Osteopathie für nichtärztliche Heilberufe***

Auf Antrag von Herrn Dr. König, Herrn Dr. Möhrle, Frau Dr. Groß M.A. und Herrn Dr. Hülskamp (Drucksache VIII - 55) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit großer Sorge sieht der Deutsche Ärztetag die aktuelle Beschlusslage der Hessischen Landesregierung, Physiotherapeuten, Masseur und Medizinische Bademeister, vor allem aber Heilpraktiker nach erfolgreicher Zusatzfortbildung als "Osteopathen" anzuerkennen.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundes- und Landesregierung(en) auf, mit der Bezeichnung "Osteopathie" für Physiotherapeuten, Masseur, Medizinische Bademeister und Heilpraktiker nicht auf diesem Wege ein neues Berufsfeld zu schaffen, welches ihnen Tätigkeiten ermöglicht, die aus Sicht des Patientenschutzes nicht zu vertreten sind.

#### **4. Ausbildungsstandards und Berufsaufsicht für Heilpraktiker**

Der Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache VIII - 71) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, eine deutschlandweit gültige, einheitliche und anerkannte Berufsausbildung mit einer konsequent geregelten Berufsaufsicht für Heilpraktiker einzuführen.

Es muss in zunehmendem Maße festgestellt werden, dass Patienten durch Heilpraktiker nicht nur falsch oder unzureichend beraten und aufgeklärt werden, sondern falsch therapiert und in ihrer Gesundheit, ja an Leib und Leben, nachhaltig geschädigt werden. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Heilpraktiker auf Grund des Heilpraktikergesetzes zwar die gesamte Heilkunde ausüben dürfen, aber letztlich keiner Berufsaufsicht unterliegen. Zwar existieren die Meldepflichten bei den Gesundheitsämtern, jedoch bestehen dort nur die Möglichkeiten der hygienischen Überwachung. Die Vielzahl der Verbände, Vereine und Gruppierungen mit ihren unterschiedlichsten Ausbildungswegen befördert einen Wildwuchs, den wir Ärzte mit großer Sorge beobachten.

Nur klare Ausbildungsvorschriften und eine aufsichtsrechtliche Instanz können für die Patienten die Sicherheit und das Vertrauen schaffen, die für alle Partner im Gesundheitswesen gelten.

#### **5. Modellvorhaben nach § 63c SGB V – gegen eine Deprofessionalisierung des Arztberufs**

Der Antrag von Herrn Dr. Kaplan und Herrn Dr. Calles (Drucksache VIII - 86) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, sich alsbald mit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Verbindung zu setzen, um eine rechtlich einwandfreie Einordnung entsprechender Tätigkeiten im Konsens zu bewerkstelligen.

### **Nichtärztliche Mitarbeiter**

#### **1. Medizinische Fachangestellte: Umsetzung der neuen Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 23) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ der Bundesärztekammer und empfiehlt allen Kammern eine möglichst rasche Umsetzung.

Die absehbare medizinische und strukturelle Entwicklung im Gesundheitswesen macht eine Neuausrichtung des Aufstiegsberufes (bisher: Arztfachhelferin) auf die Versorgungserfordernisse der Zukunft, auch unter Berücksichtigung der neuen Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte, notwendig. Ziel des Berufsbildes ist einerseits die Entlastung des Arztes im Managementbereich in kleineren bis mittleren Einrichtungen der ambulanten Versorgung, andererseits eine Unterstützung bei spezifischen medizinischen Aufgaben je nach ärztlichem Fachgebiet. Dies wird durch eine Kombination von Pflicht- und (medizinischem)

Wahlteil ermöglicht. Angesichts vernetzter Strukturen, von notwendiger Langzeitbetreuung insbesondere chronisch Kranker und medizinisch-technischer Entwicklung bietet die neue Fachwirtin einen spezifischen Qualifikationsmix, der die drei Bereiche Medizin, Patientenkoordination und Praxisorganisation gleichzeitig umfasst. Die neue flexible modulare Konzeption im Umfang von 420 Stunden umfasst zusätzlich Qualifikationen in den Bereichen Datenschutz, Qualitätsmanagement, Ausbildung und Medizinproduktegesetz, die ggf. einzeln erworben bzw. nachzuweisen sind.

Mit der neuen Bezeichnung „Fachwirt/Fachwirtin“ wird die übliche Begrifflichkeit im Berufsbildungsbereich übernommen. Gleichzeitig wird damit eine angemessene Einordnung in einen deutschen Qualifikationsrahmen vorbereitet und die Zuständigkeit der Ärztekammern für anspruchsvolle Fortbildungen reklamiert. Für die Umsetzung auch durch E-Learning/Blended Learning stehen rund 500 Unterrichtsstunden aus dem Modellprojekt LearnArt der Bundesärztekammer (2004-2007) zur Verfügung. Damit bietet die Fachwirtin ein modernes Fortbildungskonzept, das auch unter Effizienzgesichtspunkten zeit- und ortsunabhängig umgesetzt werden kann.

## **2. *Delegation ärztlicher Leistungen: Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit des Patienten durch nichtärztliche Praxisassistentinnen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 24) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom Mai 2008 sind gemäß § 87 Abs. 2 b Satz 5 SGB V „... ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen ... in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes ...“ möglich. § 87 Abs. 2 b verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband der Krankenkassen zur Ausgestaltung einer entsprechenden EBM-Ziffer. Der Deutsche Ärztetag begrüÙt, dass die nun vorliegende Delegationsvereinbarung (Anlage 8 zu § 15 Abs. 1 des Bundesmanteltarifvertrages – Ärzte bzw. § 14 Abs. 1 des Arzt-/Ersatzkassenvertrages) als Voraussetzung zur Erbringung von Leistungen durch sog. nichtärztliche Praxisassistentinnen primär den Berufsabschluss der Medizinischen Fachangestellten vorsieht.

Die Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer sind auf die erforderlichen Zusatzqualifikationen von 190 bis 270 Stunden (je nach Berufserfahrung) weitestgehend anrechnungsfähig; ggf. wird die Bundesärztekammer sie entsprechend weiterentwickeln. Die Curricula sind zudem für die Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ anrechenbar. Alle Ärztekammern sollten möglichst rasch die Umsetzung der Fortbildungscurricula in die Wege leiten. Ein bundesweiter und flächendeckender Einsatz von Krankenpflegepersonal mit einer AGnES-Fortbildung von mehr als 800 Stunden ist unter Versorgungs- und Finanzierungsaspekten nicht begründbar.

Der Deutsche Ärztetag lehnt darüber hinaus die in Mecklenburg-Vorpommern geplante landesrechtliche Regelung zur Qualifizierung von Praxisassistentinnen ab. Die schulrechtliche Ausgestaltung von Fortbildungsmaßnahmen für Praxisassistentinnen stellt einen Übergriff in die alleinige Zuständigkeit der Ärztekammern für die Berufsbildung der Medizinischen Fachangestellten gemäß § 71 Abs. 6 Berufsbildungsgesetz dar.

## **Ärztetag**

### **1. Anträge des Vorstands für den Deutschen Ärztetag**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 26) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Anträge des Vorstands, die bereits vor dem Deutschen Ärztetag vorliegen, werden den Delegierten online zur Verfügung gestellt. Die dazu erforderliche Web-Adresse wird den Delegierten spätestens eine Woche vor dem Deutschen Ärztetag mitgeteilt.

### **2. Medienpolitik der Bundesärztekammer professionalisieren**

Der Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache VIII - 95) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, seine Medienpolitik jenseits von reiner Informationspolitik auch taktisch-strategisch durch externe mediale Fachleute zu professionalisieren.

1. Es sind in der nächsten (Klausur-)Sitzung die Medienwirkung und -auswirkung zu analysieren.
2. Es soll überlegt werden, ob der Einsatz von externen Medienberatern angebracht ist.

### **3. Tagesordnung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden**

Der Antrag von Herrn Bodendieck, Herrn Dr. Liebscher, Herrn Dr. Lipp, Herrn Prof. Dr. habil. Bach, Herrn Dr. Vogel, Herrn Prof. Dr. sc. Sauermann, Herrn Prof. Dr. Köhler, Herrn Dr. Windau, Herrn Prof. Dr. habil. Keller, Herrn Dr. Kobes, Frau Dipl.-Med. Albrecht und Frau Taube (Drucksache VIII - 97) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Für die Tagung des 113. Deutschen Ärztetages 2010 in Dresden ist ein Tagesordnungspunkt vorzusehen, der sich mit dem Thema "Ärztliche Kollegialität in der Patientenversorgung" befasst.

### **4. Analyse der Gremienstruktur der Bundesärztekammer**

Der Antrag von Frau Dr. med. Buckisch-Urbanke, Herrn Dr. Voigt, Herrn Prof. Dr. Haubitz, Frau Dr. Correns, Frau Frei und Herrn Dr. Damerou-Dambrowski (Drucksache VIII - 105) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Änderung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, die derzeitige Gremienstruktur der Bundesärztekammer zu analysieren und dem 113. Deutschen Ärztetag alternative Vorschläge für eine zeitgemäße Gremienstruktur insbesondere zur Vorbereitung der Deutschen Ärztetage vorzulegen.

## **5. Darstellung der Ergebnisse von Vorstandsüberweisungen im Tätigkeitsbericht**

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache VIII - 128) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Es wird gefordert, eine bessere Darstellung der Ergebnisse von Vorstandsüberweisungen im Tätigkeitsbericht im Sinne einer Anlage dem Deutschen Ärztetag vorzulegen.

## **Patientensicherheit und -beratung**

### **1. Patientensicherheit: Gesundheitsinformationen in Deutschland und in Europa**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 01) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag begrüÙt die im zweiten EU-Aktionsprogramm für die Jahre 2008 bis 2013 vorgesehenen Initiativen und Maßnahmen u. a. zur Patientensicherheit und -information, von denen viele in Deutschland bereits im ärztlichen Alltag Routine sind und somit als Modell für andere Länder dienen können.

Der wachsende Wettbewerbsdruck im Gesundheitswesen und das gestiegene Informationsbedürfnis der Patienten haben zu einer unüberschaubaren Flut von Gesundheitsinformationen geführt. Da Neutralität, Glaubwürdigkeit, Aktualität und Herkunft von den Ratsuchenden nur schwer eingeschätzt werden können, weist der Deutsche Ärztetag auf die Notwendigkeit der Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsinformationen sowie den Schutz der Bürger vor unzuverlässigen, verzerrten und irreführenden Gesundheitsinformationen hin.

Unter anderem aus diesem Grund ist es in Deutschland und vielen anderen europäischen Staaten verboten, dass die pharmazeutische Industrie Patienten direkt über rezeptpflichtige Arzneimittel „informiert“. Innerhalb von fünf Jahren wurde in 2008 der zweite Vorstoß seitens der EU mittels Änderungsantrag der Richtlinie 2001/83/EG unternommen, dieses Werbeverbot zu lockern bzw. aufzuheben.

Der Deutsche Ärztetag weist dies als Versuch zurück, erneut Wege für eine direkte Bewerbung der Patienten zu finden, und fordert das Europäische Parlament auf, den Richtlinienentwurf abzulehnen, zumal dessen Hauptziel – die Förderung „neutraler Informationen“ – unter dem Vorbehalt einer Patienteninformation durch die pharmazeutische Industrie steht. Gerade im Hinblick auf das Primat der Patientensicherheit, dem die Ärzteschaft von jeher verpflichtet ist, müssen die Informationspflichten über verschreibungspflichtige Arzneimittel der fachlichen Kompetenz der hierzu autorisierten Heilberufe überlassen bleiben.

Der Deutsche Ärztetag schlägt der EU vor, andere denkbare Projekte bzw. bereits existierende industrieunabhängige Informationsgeber/Organisationen, z. B. die Selbstverwaltungseinrichtungen der Heilberufe bzw. deren Organisationen, und die Forschung in diesem Bereich zu fördern. Als vorbildlich sei hier in Deutschland das gemeinsame Informationsportal von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung: [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de) genannt.

Die Erstellung und der Zugang aller Bürger zu evidenzbasierter, zuverlässiger, verständlicher und aktueller Gesundheitsinformation ist eine Herausforderung, der sich die deutsche Ärzteschaft in Kooperation mit den anderen Heilberufen sowie anderen Disziplinen stellt.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt in diesem Zusammenhang die Vorstellung eines ersten Arbeitspapiers „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ durch das Deutsche Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin, das u. a. als Grundlage für die Erstellung von Kriterien für qualitativ hochwertige, interessenneutrale Patienteninformationen dienen kann.

## **2. Unabhängige Patientenberatung**

Der Antrag von Herrn Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache VIII - 110) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 in Mainz fordert die Weiterführung des Projektes „Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)“ über die bisherige Laufzeit bis Ende 2010 hinaus.

Die UPD bietet seit Mitte 2006 auf der Grundlage des § 65b SGB V (Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung) kostenlos Beratung zu Fragestellungen, die sich für Patienten und Versicherte rund um das Thema Gesundheitswesen ergaben, an. Dazu hat sie 22 regionale Beratungsstellen und ein kostenloses bundesweites Beratungstelefon eingerichtet. Die UPD kooperiert zudem mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen und schafft so Vertrauen in das Gesundheitssystem. Das Beratungsangebot richtet sich an alle Ratsuchenden, unabhängig von ihrem Versichertenstatus.

Inzwischen nehmen pro Monat knapp 8.000 Ratsuchende das Beratungsangebot der UPD in Anspruch. Dies dokumentiert, dass dieses Angebot auf ein großes Informationsbedürfnis von Patienten trifft und zugleich eine Chance für eine noch bessere Betreuung und Unterstützung der Ratsuchenden bietet. Die UPD steht auch dort als Ansprechpartner zur Verfügung, wo es Patienten nicht gelingt, einen Ansatz zur Lösung von Problemen zu finden. Es sollen keine ärztlichen Zweitmeinungen von der UPD erstellt werden.

Besonderer Beratungs- und Informationsbedarf besteht zu Leistungen der Kassen und zu gesetzlichen Neuregelungen, zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, zu neuen Versorgungsformen sowie rund um das Thema "Zahnbehandlung". Vor allem mit Blick auf den Gesundheitsfonds und die damit verbundenen Veränderungen sind viele Menschen noch unsicher.

Die positive Bilanz der UPD ist Ergebnis einer professionellen Arbeitsweise in den regionalen Beratungsstellen. Davon profitieren alle Akteure im System der gesundheitlichen Versorgung, insbesondere Ärzte, die durch den neuen Ansprechpartner für ihre Patienten selbst Entlastung gewinnen (vor allem bei sozialrechtlichen Fragen), und vor allem Patienten, die bei der immer schwierigeren Orientierung im Gesundheitssystem einen kompetenten Wegweiser finden.

Durch die Weiterführung des Projektes über 2010 hinaus soll die erfolgreich begonnene Umsetzung der Aufgaben nach § 65b SGB V auch in Zukunft sichergestellt werden.

## **Sonstiges**

### **1. Gendiagnostikgesetz**

Auf Antrag von Herrn Stagge, Herrn Prof. Dr. Kahlke, Herrn Dr. Ramm, Herrn Dr. Junker und Herrn Seusing (Drucksache VIII - 65) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten fordern die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane auf, sich sofort mit den Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes zu befassen. Das Gesetz wirkt direkt auf das Arzt-Patienten-Geheimnis. Daher muss es sich aus der ärztlichen Verantwortung heraus im Einklang mit der übrigen Gesetzgebung, auch mit der Sozialgesetzgebung, befinden. Widersprüche müssen aufgezeigt und verhindert werden. Grundrechte von Patient und Arzt dürfen nicht durch Verwaltung oder bürokratische Regelungen tangiert werden.

Ferner erwarten die Delegierten eine rechtsverbindliche Darstellung, inwieweit bereits erfolgte Gendiagnostik in der Zusammenarbeit unter Ärzten und mit bestehenden Vorschriften zur Abrechnung in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung verwendet werden darf. Die Anwendung einer Kodierung nach ICD-10 verbietet sich. Ebenso verbietet sich die Speicherung und Auswertung durch die Versicherer.

Dort sind bereits gespeicherte Daten über genspezifische Krankheiten und genetische Dispositionen zu löschen.

Das Gendiagnostikgesetz schreibt vor, dass ein Gentestergebnis nur der betroffenen Person mitgeteilt werden darf (§ 11, Seiten 16 und 17). Da im Gendiagnostikgesetz *expressis verbis* nur von "Versicherern" gesprochen wird, gilt dies für alle Krankenversicherungen, auch für die gesetzlichen Krankenversicherungen. Regelungen des Gendiagnostikgesetzes müssen unter Bezug auf das Grundgesetz stringent auch im SGB V befolgt werden.

### **2. Postexpositionsprophylaxe**

Der Antrag von Herrn Dr. Wyrwich, Frau Dr. Müller-Dannecker, Herrn Dr. Tegethoff und Herrn Dr. Veelken (Drucksache VIII - 76) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das bisherige Verfahren, die entstehenden Kosten der Postexpositionsprophylaxe den Opfern einer Vergewaltigung aufzuerlegen, ist unethisch und deshalb abzulehnen. Die Ärzteschaft fordert nachdrücklich, dass für eine Postexpositionsprophylaxe erforderliche Mittel unbürokratisch aus Steuermitteln bereitgestellt werden.

### **3. Optimierung der heimärztlichen Versorgung**

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann und Herrn Dr. Kaplan (Drucksache VIII - 85) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag spricht sich für eine hochwertige pflegerische und ärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen aus.

Vorliegende Studien (SÄVIP = Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen/GEK-Studie) zeigen, dass insbesondere in Pflegeheimen die hausärztliche wie die nervenärztliche Betreuung als ausreichend bis sehr gut zu

bezeichnen ist. Behauptete Defizite in der sonstigen fachärztlichen Versorgung können allerdings nicht unwidersprochen bleiben und müssen differenzierter betrachtet werden.

Facharztgruppen, die für Diagnostik und Therapie auf technische Leistungen angewiesen sind, können den Patienten in der Regel nur in der Praxis adäquat untersuchen und behandeln.

Zur Optimierung der Patientenversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen beschließt der Deutsche Ärztetag angefügte "Eckpunkte zur heimärztlichen Versorgung" und empfiehlt Pflegepersonal wie betreuenden Ärztinnen und Ärzten das vorgeschlagene Vorgehen. Dabei wird die qualifizierte heimärztliche Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft gewährleistet. Die Einführung eines sogenannten "Heimarztes" in Trägerschaft der Heime ist daher nicht notwendig.

#### Eckpunkte zur heimärztlichen Versorgung

##### Präambel:

Aufgrund der demografischen Entwicklung unserer Bevölkerung, des zunehmenden Outsourcens von medizinischen Leistungen aus der stationären Behandlung und des sich abzeichnenden Ärztemangels kann eine medizinische Versorgung auf qualitativ hohem Niveau nur aufrechterhalten werden, wenn die Kooperation zwischen Pflegepersonal der Heime und heimversorgenden Ärzten effektiv und reibungsfrei durchgeführt wird.

Hierzu sind folgende Voraussetzungen zu schaffen:

1. Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal, um die zur Verfügung stehenden Präsenzzeiten der Ärzte in den Heimen auf das notwendige Maß reduzieren zu können.
2. Vernetzung der die Heimpatienten versorgenden Ärzte dahingehend, dass
  - a) eine Terminabsprache bzgl. der Durchführung von Visiten stattfindet,
  - b) der jeweils seine Visite durchführende Arzt sich bereit erklärt, bei Bedarf die Patienten der anderen im Heim tätigen Kolleginnen und Kollegen mitzubehandeln und
  - c) ein gemeinsamer Bereitschaftsdienst (z. B. wechselnde Telefon-Rufbereitschaft per Handy) etabliert wird.
3. Regelmäßige Durchführung von gemeinsamen Besprechungen zwischen den im Heim tätigen Ärzten und den Führungspflegekräften des Heimes.
4. Installation einer Heimapotheke, welche bei Bedarf nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt durch die leitende Pflegeperson in Anspruch genommen werden kann. Die Heimapotheke steht unter der Aufsicht eines der das Heim betreuenden Ärzte und wird als gemeinsamer Praxisbedarf betrachtet.
5. Die Heimleitung stellt sicher, dass bei zeitlich festgelegten Visiten immer eine kompetente Pflegekraft den Arzt/die Ärztin begleitet.

6. Die Notwendigkeit der gebietsärztlichen Mitbehandlung der Patienten wird mit dem zuständigen Hausarzt abgesprochen, wobei dieser bei Bedarf den in Frage kommenden Arzt kontaktiert.
7. Soweit es der Gesundheitszustand des Patienten zulässt, sucht dieser den Gebietsarzt auf, ansonsten führt der Gebietsarzt einen Heimbefuch durch.
8. Für die Organisation eines Facharztbesuches (Terminabsprache, Transportmöglichkeit, Mitnahme der vom Hausarzt zusammengestellten Vorbefunde und Überweisungsunterlagen, informierte Begleitperson bei nicht ausreichend orientierten Bewohnern) ist das betreuende Heimpersonal verantwortlich.
9. Die ggf. notwendige Transportkostenübernahme (Taxi/Krankenwagen) zur ambulanten Behandlung bei Haus- und Gebietsarzt regeln Heimpersonal/rechtliche Betreuer/Hausarztpraxis gemeinsam in Absprache.
10. Zur Finanzierung einer solchen optimierten Heimversorgung wird diese entsprechend in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung berücksichtigt oder es werden zusätzliche Verträge nach § 140a abgeschlossen, in welche weitere Gesundheitsberufe, wie z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Apotheker, mit einbezogen werden können.

#### **4. Information über medizinische Versorgung Nichtversicherter**

Auf Antrag von Herrn Dr. Schwarzkopf-Steinhauser und Herrn Prof. Dr. Kahlke (Drucksache VIII - 111) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag 2009 in Mainz fordert alle Landesärztekammern auf, in geeigneter Weise (Flyer wie von der Ärztekammer Hamburg und/oder Veröffentlichung in ihren Ärzteblättern) über die Möglichkeiten medizinischer Versorgung von Nichtversicherten zu informieren.

#### **5. Berichterstattung über Amoklauf in Winnenden**

Auf Antrag von Herrn Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache VIII - 114) fasst der 112. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 112. Deutsche Ärztetag beschließt, die Medien zu einem veränderten Umgang mit der Berichterstattung bei Amokläufen aufzufordern. Die derzeitige exzessive Berichterstattung führt im Sinne eines "Werther-Effektes", wie er als Reaktion auf Medienberichte über Suizidhandlungen bekannt ist, zu zahlreichen Nachahmungstaten oder zumindest -androhungen. Die zurückhaltendere Berichterstattung über Suizide hat zu einer Abnahme entsprechender Nachahmungstaten geführt. Deshalb ist ein veränderter Umgang der Medien mit der Berichterstattung über Amokläufe zur Prävention von Nachahmungstaten dringend zu fordern.

#### **6. Kommission Menschenversuche im Nationalsozialismus**

Der Antrag von Herrn Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache VIII - 115) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Deutschen Ärzteblatt 50 (105) 2008 kündigt der Präsident der Bundesärztekammer in einem Interview die Einrichtung einer Kommission bei der Bundesärztekammer zur Aufarbeitung der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu

"Euthanasie" und Menschenversuchen im Nationalsozialismus an. Der Vorstand wird gebeten, über den Stand der Arbeit dieser Kommission im Deutschen Ärzteblatt zu berichten. Gleichzeitig sollte die Mitarbeit in dieser Kommission allen Interessierten aus den Reihen der Ärzteschaft offenstehen.

## **7. Weiterbildungspraxen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Der Antrag von Herrn Dr. Heister, Herrn Neitscher und Frau Löber-Kraemer (Drucksache VIII - 122) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die jüngste Beschlussfassung des Bewertungsausschusses nach § 87 SGB V hat u. a. für Fachärzte für Psychosomatische Medizin zur Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten mit antrags- und genehmigungspflichtiger Psychotherapie ein Zeitbudget von 27.090 Minuten geschaffen und zusätzlich für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen ein regional etwas variierendes Zeitbudget von rund 3.000 Min.

Berechnet wurde dieses Zeitbudget auf Grundlage von 36 Wochenbehandlungsstunden am Patienten.

Dies hat dazu geführt, dass die Weiterbildungspraxen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ihre Funktion nicht mehr erfüllen können, was zur Entlassung der beschäftigten Weiterbildungsassistenten führt.

Die Weiterbildung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird so verhindert.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf, sich dafür einzusetzen, dass die im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durch die aktuelle Beschlussfassung des Bewertungsausschusses unterbrochene Möglichkeit, Weiterbildungsassistenten zu beschäftigen, wieder hergestellt wird. Die Zeitbudgets für die Behandlungen gesetzlich versicherter Patienten müssen so gestaltet werden, dass die Weiterbildungspraxen des Gebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ihre Funktion erfüllen können.

**Zu Punkt IX der Tagesordnung:**

**BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER  
BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2007/2008  
(01.07.2007 – 30.06.2008)**

***1. Bericht über die Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2007/2008  
(01.07.2007 – 30.06.2008)***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 01) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 – 30.06.2008) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V., Münster.

Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 – 30.06.2008) wird gebilligt.

**Zu Punkt X der Tagesordnung:**

**ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER  
FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2007/2008 (01.07.2007 – 30.06.2008)**

***1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr  
2007/2008 (01.07.2007 – 30.06.2008)***

Auf Antrag von Herrn Dr. Ensink (Drucksache X - 01) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2007/2008 (01.07.2007 – 30.06.2008) Entlastung erteilt.

**Zu Punkt XI der Tagesordnung:**

**HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR  
2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)**

**1. *Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 – 30.06.2010)***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache XI - 01) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2009/2010 (01.07.2009 - 30.06.2010) in Höhe von 16.361.000,00 Euro wird genehmigt.

**Zu Punkt XII der Tagesordnung:**

**WAHL DES TAGUNGORTES FÜR DEN 114. DEUTSCHEN  
ÄRZTETAG 2011**

***1. Wahl des Tagungsortes für den 114. Deutschen Ärztetag 2011***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache XII - 01) beschließt der 112. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Als Tagungsort für den 114. Deutschen Ärztetag 2011 vom 31.05. bis 03.06.2011 wird Kiel bestimmt.

Für die Richtigkeit

Mainz, 22. Mai 2009

Dr. Annegret Schoeller

unter Mitwirkung von

Karin Brösicke

Markus Rudolphi

Jana Köppen

Petra Schnicke