

*BESCHLUSSPROTOKOLL
DES
107. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
VOM 18. – 21. MAI 2004
IN BREMEN*

Inhaltsverzeichnis

Zu Punkt I der Tagesordnung: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	1
1. Individualität und Chancengleichheit in der Patientenversorgung.....	1
2. Politisch geschürte "Misstrauenskultur" gefährdet Vertrauensgrundlage unseres Gesundheitswesens	3
3. GKV-Modernisierungs- und Arbeitszeitgesetz.....	5
4. Ärztemangel in Ostdeutschland.....	5
5. Ungleichbehandlung Medizinische Versorgungszentren/Niedergelassene Ärzte	6
Zu Punkt II der Tagesordnung: Durch Quantität zu Qualität? – Folgen der Konzentration und Zentralisierung von medizinischer Versorgung für die Bevölkerung	7
1. Mindestmengen-Regelungen kein Zauberinstrument der Qualitätssicherung – Gefahren für die Gewährleistung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung	7
2. Kritische Wertung von Mindestmengen – Gute Qualität resultiert aus vielen Faktoren	10
3. Fusion von Universitätskliniken	11
4. Qualitätsindikatoren, Mindestmengen	12
5. Hinterfragen fragwürdiger Studien in der Öffentlichkeit.....	12
Zu Punkt III der Tagesordnung: Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung	12
1. Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung	12
2. Angleichung der Berufsordnung an neue Versorgungsstrukturen.....	18
3. Medizinische Versorgungszentren: Umfang der Tätigkeit als angestellter Arzt	19
4. Änderung § 20 Zulassungsverordnung (Muster)Berufsordnung	19
Zu Punkt IV der Tagesordnung: (Muster-)Weiterbildungsordnung	20
1. Zusatz-Weiterbildung "Betriebsmedizin"	20
2. Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin"	21
3. Zusatzweiterbildung „Betriebsmedizin“.....	21
4. Zusatz-Weiterbildung "Ärztliches Qualitätsmanagement"	23
5. Zusatz-Weiterbildung "Suchtmedizinische Grundversorgung"	23
6. (Muster-)Weiterbildungsordnung	24
7. WBO-Übergangsregelungen	25
8. (Muster-)Weiterbildungsordnung; Übergangsregelung Orthopädie/Unfallchirurgie.....	25
9. Sicherung der Weiterbildung	25
10. Eingriffe im Rahmen der Weiterbildung.....	26
11. Zusatzweiterbildung Allergologie.....	26
12. WBO – Zeitpunkt Inkrafttreten	26
13. Weiterbildungsbücher.....	27
14. Verbundbefugnisse 27	
15. Rotationspläne im Rahmen der Weiterbildung.....	27
16. Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie.....	28
17. Zusatzbezeichnung Psychoanalyse	28
18. Einführung einer Zusatzweiterbildung spezielle Kinderanästhesie	28
19. Homöopathie 32	
20. Änderungsantrag zu TOP 17 – Homöopathie	32

21. Änderung der Facharztbezeichnung „Facharzt für Plastische Chirurgie“ in „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“	33
22. Plastische Operationen	34
23. Zusatzbezeichnung Umweltmedizin	34
24. Kardio-MRT-Zusatz-Weiterbildung	35
25. PET Positionen (Protonen) Emissions-Tomographie	36
26. Angio-MRT-Zusatz-Weiterbildung	36
27. WBO Abschnitt 12.2 Schwerpunkt Kardiologie	37
28. Überprüfung Weiterbildungsermächtigung	39
29. Allgemeine Bestimmungen für die Abschnitte B und C	39
30. Änderung zu IV-32.....	39
31. Notfallmedizin/Übergangsbestimmungen.....	40
32. Gebiet Rechtsmedizin (Muster-)Weiterbildungsordnung.....	40
33. Weiterbildung "Innere und Allgemeinmedizin" – Hausärztliche Versorgung	41
34. Zusatzbezeichnungen	41
35. Zukünftige Handhabung TOP Weiterbildung.....	41

Zu Punkt V der Tagesordnung: Ärztliche Fortbildung – Sachstandsbericht 42

1. (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat.....	42
2. Praxisrelevanz der Fortbildung und des Fortbildungszertifikats	46
3. Fortbildung und Fortbildungszertifikat – (Muster-)Satzungsregelung.....	47
4. Muster-Fortbildungsordnung § 11	47
5. Ärztliche Fortbildung.....	47
6. Kontinuierliche berufliche Entwicklung (CPD) sichern.....	49
7. Fortbildungszertifikate	49
8. Rahmenbedingungen für die ärztliche Fortbildung.....	50
9. Refinanzierung der Fortbildung	50
10. Ärztliche Fortbildung.....	50

Zu Punkt VI der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 51

Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit.....	51
1. Entbürokratisierung der Medizin.....	51
2. Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung stärken.....	53
3. Bürokratie in der Arztpraxis	53
4. Ethik in der Medizin	54
5. Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit	56
6. Mehr Zeit für die Patientenversorgung	56
7. Zusätzliche ärztliche Stellen für Administration und Dokumentation.....	57
Integration von Menschen mit Behinderungen / Besondere medizinische Versorgung	57
1. Gleichstellung und Integration behinderter Menschen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe	57
2. Medizinische Versorgung Wohnungsloser	61
3. Medizinische Versorgung von Patienten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus.....	62
4. Psychosoziale Versorgung substituierter Opiatabhängiger	62
5. Integration von hochgradig Hörgeschädigten.....	63
Umsetzung der Approbationsordnung	63
1. Umwandlung von AiP-Stellen in BAT-II-Stellen.....	63
2. Neue Approbationsordnung.....	64
3. AiP-Stichtagregelung.....	64
4. Anerkennung von Studienleistungen.....	65
Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt.....	65
1. Bessere Verankerung der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten.....	65

2. Änderungsantrag zu VI-03.....	66
3. Fachliche Repräsentanz der Allgemeinmedizin an medizinischen Fakultäten.....	66
4. Integrierung von Programmen zur Ausbildung in der Allgemeinmedizin.....	67
Krankenhaus.....	68
1. Leistungsnachweis von Mehrarbeit.....	68
2. Dokumentation von Überstunden.....	68
3. Arbeitszeit und Überstundennachweis.....	68
4. Keine fachübergreifenden Bereitschaftsdienste.....	69
5. Kein fachübergreifender Bereitschaftsdienst.....	69
6. Fallpauschalen und Weiterbildung.....	69
7. Ärztliche Weiterbildung an Krankenhäusern.....	70
8. Nebentätigkeiten.....	70
9. Teilzeitstellen-Kinderbetreuungsmöglichkeiten.....	70
10. Erhalt der Leistungsfähigkeit in Krankenversorgung, Forschung und Lehre an den Universitätskliniken.....	70
11. Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit.....	71
12. Entschlackung der Bürokratie.....	71
DRG-Einführung.....	72
1. DRG-Konvergenzphase darf nicht zum Glücksspiel werden.....	72
2. DRG – Auswirkungen auf die Hochschulmedizin.....	73
3. Regionale Gefährdung der Notfallversorgung im Zuge der DRG-Einführung muss verhindert werden.....	74
Qualitätssicherung.....	76
1. Die Optimierung des Gesundheitswesens muss den Patientinnen und Patienten dienen – keine Zweckentfremdung von Qualitätssicherung.....	76
2. Qualitätssicherung.....	77
3. Fehlermeldesystem.....	77
DMP – Disease-Management-Programme.....	78
1. Disease-Management-Programme – Qualitätsindikatoren und Evaluation zwingend erforderlich.....	78
Prävention.....	79
1. Geplantes Präventionsgesetz.....	79
2. Berücksichtigung der Ärzteschaft bei der Prävention.....	82
3. Entwicklungsförderung von Kindern.....	83
4. Prävention von Verletzungen.....	83
Mutterschutz.....	84
1. Bildung einer Bund-Länder-Kommission zur Modernisierung der Mutterschutzgesetzgebung dringend erforderlich.....	84
Ausbildung / Arzthelferinnen.....	85
1. Den Beruf der Arzthelferin zukunftsfest machen.....	85
2. Ärzteschaft gegen Ausbildungsplatzabgabe.....	86
3. Einführung einer Präventionsfachhelferin.....	87
4. Ausbildungsordnung für Arzthelferinnen.....	87
Transfusionsgesetz / Transplantationsgesetz.....	87
1. Transfusionsgesetz – Anwendung von Plasmaderivaten.....	87
2. Transplantationsgesetz.....	88
Vergütung.....	89
1. Reform der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).....	89
2. Vergütung medizinischer Gutachten nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG).....	90
3. Abschaffung des GOÄ-Ostabschlages.....	90
4. Anpassung der GOÄ des EBM-Ost an das Niveau Westdeutschlands.....	91
5. Leistungsgerechte Vergütung.....	91
6. Keine Weiterbildung in unbezahlter Stellung.....	91

Gesetzliche Krankenversicherung	92
1. Rückgang der Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen seit dem 01.01.2004	92
2. Geringere finanzielle Belastung in der Schwangerschaft	92
3. Zugang zu medizinischen Leistungen für Sozialschwache	93
Arzneimittel	93
1. Medikamentöse Entwöhnung Tabakabhängiger	93
2. OTC/Positivliste	94
3. Praktikabilität der Arzneimittelversorgung sicherstellen	95
4. OTC-Präparate in der Verordnung der GKV	95
5. 12. Novellierung AMG – Rolle der Ethik-Kommissionen bei multizentrischen Studien	96
6. Arzneimittelgesetz	96
7. Arzneimittelgesetz – Deklarationspflicht von Inhaltsstoffen	97
8. Hormontherapie in den Wechseljahren	97
Arzthaftung	97
1. Haftungsrisiko bei Dokumentation	97
Deutscher Ärztetag	98
1. Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages auf dem 108. Deutschen Ärztetag	98
2. Tätigkeitsbericht primär auf CD-ROM	98
3. Ärztemangel in Deutschland	99
4. Tagesordnungspunkt zukünftiger Deutscher Ärztetag	99
5. Früherer Versand von Anträgen des Vorstandes der Bundesärztekammer	99
6. Tagesordnungspunkt für den Deutschen Ärztetag	100
Elektronische Gesundheitskarte	100
1. Implantat – Angaben in die elektronischen Patienten-Karte	100
2. Arztausweis, Gesundheitskarte, Telematik	100
3. Patientenverfügung auf elektronischer Patientenkarte	101
4. Gesundheitskarte, Telematik	101
Ärztemangel	101
1. Ärztemangel	101
2. Initiativen gegen den regionalen Ärztemangel	102
Altersversorgung	103
1. Beiträge für kindererziehende Mitglieder ärztlicher Versorgungswerke auch durch den Bund	103
2. Informationen für kindererziehende Ärztinnen und Ärzte von den berufsständischen ärztlichen Versorgungswerken	103
3. Fortbestehen der Krankentagegeldversicherung bei vorzeitigen Bezügen aus der Ärzteversorgung	104
Sonstiges	104
1. Rechtsmedizinische Institute erhalten	104
2. Ächtung und Nichtbeteiligung von Ärzten bei der Anwendung von Folter	104
3. Krankengeldzahlung für Organspender	104
4. Begutachtung der Rückführungsfähigkeit von Ausländern	105
5. Deutsches Ärzteblatt	106
6. Einrichtungen von Arbeitsgremien „Ärztliche Psychotherapie“	106
7. Missbrauch der Mittel für Behinderte	106
8. Prinzip des Gender Mainstreaming	107
9. Zurückweisung eines Ärztezeitungs-Titels	107

Zu Punkt VII der Tagesordnung:

Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer

für das Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003) 108

1. Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003)108

Zu Punkt VIII der Tagesordnung:

Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer

für das Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002– 30.06.2003) 108

1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003)108

Zu Punkt IX der Tagesordnung:

Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005) 108

1. Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2004/2005
(01.07.2004 – 30.06.2005)108
2. Gewinnausschüttung Deutsche Ärzte-Verlag GmbH109

Zu Punkt X der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes für den 109. Deutschen Ärztetag 2006 109

1. Wahl des Tagungsortes für den 109. Deutschen Ärztetag 2006109

Zu Punkt I der Tagesordnung: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

1. Individualität und Chancengleichheit in der Patientenversorgung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Bicker (Drucksache I-01a) und Frau Dr. Heinmüller (Drucksache I-01b) fasst der 107. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Die Reformen des Gesundheitswesens der letzten Jahre drohen, das Gesicht der Medizin drastisch zu verändern: Der einst offene Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung geht verloren. Patientinnen und Patienten sollen nicht mehr die Behandlung bekommen, die sie individuell medizinisch brauchen, sondern das, was ihnen zugeteilt wird. Mit dem Verlust der Individualität und Chancengleichheit im Zugang zu einem hochwertigen Gesundheitssystem gehen auch Menschlichkeit und Gerechtigkeit verloren.

Folgen einer verfehlten Gesundheitspolitik

Das Vertrauen unserer Bevölkerung auf die in den letzten Jahrzehnten gewachsene soziale Daseinsfürsorge wird durch schlecht gemachte Reformen nachhaltig erschüttert. Die Praxisgebühr, die Chronikerregelung und die Zuzahlungen bei Arznei- und Hilfsmitteln kommen für die einkommensschwächsten Patientinnen und Patienten einer Zugangssperre zum Gesundheitswesen gleich. Hinter den Schlagworten „Effizienzverbesserung“ und „Wettbewerb“ verbergen sich Leistungsabbau und Zuteilungsmedizin:

- Der populistisch angepriesene Wettbewerb der Krankenkassen wird dazu führen, dass aus Versicherten Risiken werden. Aus Patienten werden Schadensfälle, die man begrenzt oder besser noch loswird. Individualität, Menschlichkeit und Qualität weichen dem Gesetz der Kostenminimierung, dem engstirnigen politischen Dogma der Gesundheitspolitik.
- Für die von politischer Seite gewollten bürokratischen Mindestmengenregelungen bei stationären Leistungen fehlen solide wissenschaftliche Grundlagen. Ohne diese Grundlagen ist nicht gewährleistet, dass Mindestmengenvereinbarungen zur „best practice“ führen, sondern sie können so nur eine Abnahme der Versorgungsdichte bewirken. Die Folge heißt „Masse statt Klasse“ – und dies an zu wenigen Standorten.
- Disease Management Programme sollen dem Patienten bessere Behandlung suggerieren. Tatsächlich dienen sie den Krankenkassen dazu, an das Geld des Risikostrukturausgleiches zu kommen. Unter dem Deckmantel einer angeblich besseren Versorgung versteckt sich das Geschacher der Krankenkassen ums Geld. Gute Behandlungsprogramme bleiben auf der Strecke.
- Das als „aufwandsgerechte Finanzierung“ von Krankenhausleistungen versprochene DRG-Vergütungssystem droht zu scheitern. Wird das fehlerhafte Fallpauschalensystem schon ab 2005 ohne systematische Korrektur budgetwirksam eingesetzt, ist die flächendeckende Krankenhausversorgung bedroht und eine Rationierung von Leistungen für die Patienten die Folge.

- Die Krankenkassen versuchen durch selektive Verträge (Einkaufsmodelle), Ärzte zu Bütteln ihrer Budgetplanung zu machen. Dieser neue Typus „Vertrauensarzt“ soll die Anweisungen der Krankenkassen vollstrecken.

Während Politiker vollmundig auf Distanz zur Einführung von Altersgrenzen für teure medizinische Eingriffe gehen, wird die Rationierung durch die Hintertür eingeführt: Die Ausdünnung der Versorgungslandschaft und die Einengung des Versorgungsspektrums sind Instrumente einer statistischen und strukturellen Rationierung.

Aus der Garantie des Sozialgesetzbuches auf eine angemessene ärztliche Behandlung für jeden Einzelnen wird die Zuteilung einer durchschnittlichen Behandlung, einschließlich Wartelisten und faktischen Behandlungsausschlüssen.

Veränderung menschlich gestalten

Die deutsche Ärzteschaft ignoriert keineswegs die großen Probleme und Aufgaben, die vor uns liegen. Demografische und medizinische Entwicklungen alleine fordern gravierende Änderungen der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung. Diese muss sich streng an dem tatsächlichen medizinischen Bedarf ausrichten und der Würde des einzelnen Menschen und dem Schutz seiner Gesundheit Rechnung tragen. Hinter jedem medizinischen „Behandlungsfall“ steht ein Einzelschicksal.

Die höchste Sorge der Gesellschaft muss dabei den besonders schutzbedürftigen Patienten gelten. Denn schwer kranke Menschen und jene, die durch Alter oder psychische Veränderung keine Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können, haben auch in der politischen Auseinandersetzung keine Stimme.

Maßstab für Qualität und Menschlichkeit des Systems bleibt die Behandlung des einzelnen Patienten. Daran und nicht am statistischen Durchschnitt muss sich die Entwicklung des Gesundheitswesens messen lassen. Die Ärzteschaft weist dafür Wege auf:

- Ärztlich entwickelte evidenzbasierte Leitlinien und Therapieempfehlungen weisen den Korridor für individuelle Versorgungsentscheidungen.
- Qualitätsmanagement und Kompetenzförderung bringen eine stetige Entwicklung und Verbesserung der ärztlichen Behandlung, hierbei ist Motivation erfolgversprechender als Zwang.
- Zielgruppenspezifische Prävention in der Arztpraxis, im Krankenhaus und den übrigen Bereichen stärkt Eigenverantwortung und Gesundheitskompetenz der Patienten, die zusätzlich durch qualitätsgesicherte Patientensinformationssysteme unterstützt werden.
- In enger Zusammenarbeit auch mit den anderen Heil- und Fachberufen im Gesundheitswesen schafft die Ärzteschaft sektorübergreifende Versorgungsstrukturen, die den Interessen der Patienten – nicht der Krankenkassen – dienen.
- Besonders wenn Ressourcen knapp sind, braucht Gesundheitspolitik eine solide wissenschaftliche Grundlage. Der Deutsche Ärztetag bekräftigt den Willen der Ärzteschaft, sich am Aufbau einer wissenschaftlichen Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen.

Auch Politik muss handeln

Die Möglichkeiten der Ärzteschaft, Individualität und Chancengleichheit in der Patientenversorgung zu realisieren, sind aber begrenzt, umso mehr als die zurückliegenden Reformen die Voraussetzungen hierfür sogar verschlechtert haben. Deshalb fordert der 107. Deutsche Ärztetag:

- Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann jederzeit erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standard entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für den Notfall, ausgestattet sein.
- Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen dominiert werden. Dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung.
- Mindestmengenvereinbarungen und Disease Management Programme dürfen nur dann eingeführt oder fortgesetzt werden, wenn sie wissenschaftlich nachweisbar die Versorgungsqualität verbessern. Eine auch von den Krankenkassen strikt unabhängige Begleitforschung ist dazu notwendig.
- Chancengleichheit braucht Datenschutz. Nur wenn Diagnosen und Behandlungsdaten sicher vor dem Zugriff der Krankenkassen bewahrt werden, kann eine Risikoselektion zu Lasten schwerkranker Patienten verhindert werden. Die fundamentale Verletzung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes durch das GMG muss beendet werden.
- Dokumentation und Bürokratie müssen auf das Notwendige begrenzt werden, damit Ärzte wieder mehr Zeit für die Patienten haben.
- Die Dominanz der Ökonomie im Gesundheitswesen ohne Rücksicht auf die Versorgungsqualität muss beendet werden. Nicht kurzfristige Einsparungen müssen zielleitend sein, sondern Qualität und Menschlichkeit. Eine Investition, die sich auszahlt.
- Der 107. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, umgehend eine Härtefallregelung im Rahmen des GMG zu verabschieden. Damit soll eine Härtefallregelung für das jährliche Bruttoeinkommen, unterhalb der keine Zuzahlungen, Praxisgebühr etc. zu leisten ist, festgelegt werden. Eine solche Regelung soll die Situation von Obdachlosen, Suchtkranken, Pflegeheimbewohnern mit kleinem Taschengeld und anderen Armen verbessern.

Die Menschlichkeit in der Medizin kann durch Politik alleine nicht geschaffen werden. Eine schlechte Politik alleine kann aber die Menschlichkeit in der Medizin zerstören.

2. Politisch geschürte "Misstrauenskultur" gefährdet Vertrauensgrundlage unseres Gesundheitswesens

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-02) fasst der 107. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Mit Empörung beobachtet die Deutsche Ärzteschaft, dass sie gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen mit zunehmender Gewohnheit zum Sündenbock für die aus einer verfehlten Reformpolitik resultierenden Missstände abgestempelt werden soll.

Ärztinnen und Ärzte werden von Politik und Kostenträgern gern zu Unrecht als fortbildungsscheue, gegenüber qualitätsverbessernden Ansätzen verschlossene, mit den begrenzten Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung verschwenderisch umgehende und die Patienten mit einer Vielzahl unnötiger Maßnahmen gefährdende Egoisten diffamiert. Es wird unrichtigerweise unterstellt, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung die Krankenversorgung in Deutschland prägen. Damit soll die Verantwortung für die wegen nicht zu Ende gedachter Reformregelungen entstehenden Beeinträchtigungen der Patientenversorgung auf die Leistungsträger abgeschoben werden. Die Politik hat die Herausforderung des demographisch bedingt stark wachsenden Versorgungsbedarfs vor dem Hintergrund leerer Gesundheitskassen in keinem Ansatz gelöst. Weil sich der längst zum Reformprogramm gewordene systematische Leistungsabbau der gesetzlichen Krankenversicherung als Wahlprogramm nicht eignet, wird als vermeintliche Wurzel allen Übels die ärztlich verschuldete Fehlversorgung bezeichnet.

Diese dient gleichzeitig zur Rechtfertigung der immer stärkeren Reglementierung ärztlichen Handelns durch Kostenträger und nichtärztliche Institutionen. Das den Grundstein für den Behandlungserfolg bildende Vertrauen zwischen Patienten und ihren Ärzten soll systematisch erschüttert werden. So kann die als Bedrohung der ökonomisch diktierten Einsparziele gesehene Freiheit der ärztlichen Behandlungssteuerung durch das „Case-Management“ der Krankenkassen und deren Behandlungsprogramme ersetzt werden, die das kostentechnisch Zulässige zum Goldstandard erklären. Abweichungen vom ökonomisch erlaubten Minimalstandard sollen bald nur noch mit ausführlicher Begründung zulässig sein. Ärztinnen und Ärzte sehen sich durch zunehmend systematisierte Abrechnungs-, Fehlbelegungs-, Verlegungs- und Entlassungsprüfungen einer immer übermächtiger werdenden Rechtfertigungsbürokratie gegenüber. Der hierdurch verursachte Aufwand hält Ärzte von ihren Patienten fern und darf durch die im Krankenhaus jetzt noch hinzukommenden Stichprobenprüfungen nicht noch zusätzlich gesteigert werden!

Gut in das politische Konzept der Diskreditierung des ärztlichen Berufes passt die permanente Unterstellung des Abrechnungsmissbrauchs in allen Bereichen. Bewusst ausgeblendet wird dabei, dass die Politik, z. B. in der GOÄ, Ärzte an ein völlig veraltetes Gebührenverzeichnis verpflichtend bindet, das Fehlinterpretationen bei der Abrechnung der modernen Medizin geradezu vorprogrammiert. Die durchgreifende Modernisierung und Anpassung der mittlerweile 25 Jahre alten Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an den aktuellen Leistungsstand wird vom verantwortlichen Ministerium Jahr für Jahr verweigert.

Den letzten Höhepunkt hat die schon fortgeschrittene Abkehr von der vormals Patienten, Leistungs- und Kostenträger verbindenden Vertrauensbasis hin zu einer kontrollbesessenen, den freien ärztlichen Beruf entmündigenden und die alle Beteiligten systematisch spaltenden „Misstrauenskultur“ im sogenannten „Schwarzbuch zur Gesundheitsreform“ gefunden. Die erst zuletzt auf Einzelfälle reduzierten Vorwürfe der „kriminellen Energie“ und des „fehlenden Rechtsbewusstseins“ weist der Deutsche Ärztetag entschieden zurück. Ärztinnen und Ärzte sehen sich bei höchstem persönlichen Engagement durch oft unzureichende Arbeitsbedingungen mit einer steigenden beruflichen Frustration konfrontiert. Vor diesem Hintergrund werden unberechtigte Pauschalverurteilungen der Ärzteschaft die bereits zu hohe Zahl der sich beruflich umorientierenden Medizinstudentinnen und -studenten sowie Ärztinnen und Ärzte noch weiter steigern.

Der Deutsche Ärztetag verknüpft mit der inzwischen wenigstens erfolgten Rücknahme des Schwarzbuches die Forderung und Hoffnung, dass die Akteure der Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung alles daran setzen, entstandenes Misstrauen zu beseitigen und das für eine erfolgreiche und wirtschaftliche Behandlung unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten, Gesundheitsfachberufen und ihren Patienten zu stärken. Dies erfordert den Abbau überschießender Reglementierung und Kontrollbürokratie, die Wahrung des Patientenrechts auf den Schutz der persönlichen Daten, die weitere Harmonisierung von Haftungs-, Leistungs- und Sozialrecht, die Schaffung eindeutiger und dem aktuellen Stand der Medizin entsprechender Abrechnungssysteme sowie die Abkehr vom Prinzip der vorbehaltlichen Unterstellung eines Fehlverhaltens zum Prinzip der gegenseitigen Wertschätzung eines arbeitsteiligen vertrauensvollen Miteinanders zum Wohle unserer Patienten.

Misstrauen, übermäßige Kontrolle sowie staatlich-institutioneller Dirigismus, der die Bedürfnisse des kranken Menschen in den Hintergrund wirtschaftlicher Erwägungen drängt, sind nicht die Kennzeichen einer humanen Gesellschaft. Die ausgabenorientierte Schematisierung und Kontrolle von Diagnose und Therapie ist keine Garantie für Qualität, sondern eine beschönigende Rechtfertigung von Rationierung und Zuteilungsmedizin.

3. *GKV-Modernisierungs- und Arbeitszeitgesetz*

Auf Antrag von Dr. Montgomery (Drucksache I-05) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die öffentlichen Arbeitgeber auf, umgehend Tarifverhandlungen zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes aufzunehmen.

4. *Ärztemangel in Ostdeutschland*

Der Antrag von Dr. Windau (Drucksache I-06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, strukturelle Maßnahmen einzuleiten, damit der Arztberuf für deutsche Absolventen der Medizin wieder attraktiv wird und unser Nachwuchs nicht weiter in das westeuropäische Ausland abwandert. Dazu gehören insbesondere die Anpassung der Vergütung an das westdeutsche Niveau sowie Förderungen für die Niederlassung in ländlichen Regionen.

Der Ärztetag fordert die Einführung von Sonderregelungen für die befristete Anstellung oder Niederlassung ärztlicher Kollegen aus Osteuropa, um Versorgungslücken in einzelnen Regionen Ostdeutschlands kurzfristig auszugleichen und den ausländischen Kollegen schon heute die Chance zu eröffnen, Auslandserfahrung zu sammeln.

Begründung:

Wir brauchen endlich eine an das Westniveau angepasste Vergütung und angemessene Arbeitszeiten, damit die jungen Ärzte in Ostdeutschland bleiben. Die Abschaffung des Arztes im Praktikum und die Modernisierung des Studiums waren nur erste kleine Schritte, die wir bei der Politik durchgesetzt haben.

Es bedarf sehr viel mehr Anstrengungen, damit wir nicht in weniger als zehn Jahren einen Versorgungsnotstand in einzelnen Bundesländern verzeichnen müssen. Schon heute sind in Sachsen rund 50 Hausarztpraxen und 300 Klinikstellen nicht besetzt – Tendenz steigend. Mit der Umsetzung des EuGH-Urteils zur Arbeitszeit in Krankenhäusern würden in Sachsen rund 700 Klinikstellen zusätzlich benötigt.

Auf Initiative der Sächsischen Landesärztekammer wurde bereits im Jahr 2002 unter Leitung des Sächsischen Sozialministeriums eine ständige Arbeitsgruppe zur Sicherung der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung sowie der des öffentlichen Gesundheitsdienstes eingerichtet – dies unter Beteiligung der Sächsischen Landesärztekammer und aller anderen relevanten Partner. Die Umsetzung struktureller Vorschläge dieser Arbeitsgruppe und des Sächsischen Sozialministeriums scheiterte bis dato an den ungelösten Finanzierungsproblemen.

Auf der Bundesebene wird das Problem des Ärztemangels nicht ernst genug genommen.

Wir können es uns nicht mehr leisten, jungen wie auch etablierten Ärzten in Deutschland keine guten Perspektiven zu bieten und sie stattdessen in das Ausland abwandern oder in Resignation und Erschöpfung vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden zu lassen.

5. Ungleichbehandlung Medizinische Versorgungszentren/Niedergelassene Ärzte

Auf Antrag von Dr. Munte und Dr. Hoppenthaller (Drucksache I-07) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, durch Änderung der maßgeblichen Vorschriften im SGB V und in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte die Ungleichbehandlung von Medizinischen Versorgungszentren einerseits und niedergelassenen Vertragsärzten andererseits hinsichtlich der Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten sowohl in offenen als auch gesperrten Planungsbereichen zu beseitigen.

Begründung:

Der namhafte Verfassungs- und Kassenarztrechtler, Professor Dr. Friedrich E. Schnapp kommt in einem im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erstellten Gutachten zu dem Ergebnis, dass die Vorschriften, welche den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) weitergehende Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten einräumen als den niedergelassenen Ärzten, gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz verstoßen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts muss eine besonders strenge Prüfung vorgenommen werden, wenn verschiedene Personengruppen (wie hier die in einem MVZ tätigen Vertragsärzte und die nicht in einem MVZ tätigen Vertragsärzte) ungleich behandelt werden. Das gilt vor allem, wenn die Betroffenen die Voraussetzungen, welche zu einer Begünstigung führen, in ihrer Person nicht oder nur schwer erfüllen können. Es kann ja auch nicht jeder Vertragsarzt ohne weiteres ein MVZ gründen bzw. in einem MVZ tätig sein. Im übrigen wäre ein solcher mittelbarer Zwang für den Vertragsarzt, sich einem MVZ zuwenden zu müssen, um unter günstigeren Bedingungen Ärzte anstellen zu können, ein Eingriff in die Berufsfreiheit. Denn diese erfasst auch die freie Wahl unter den Betätigungs- bzw. Kooperationsformen, die für die Ausübung des Arztberufs in freier Praxis zulässigerweise zur Verfügung stehen.

Eine Ungleichbehandlung beider Gruppen wäre nur insoweit gerechtfertigt, als zwischen den Betroffenen Unterschiede von entsprechender Art und Gewicht vorliegen, die es zu berücksichtigen gilt. Solche Unterschiede vermag der Gutachter zwischen den Vertragsärzten im MVZ und den übrigen Vertragsärzten in Bezug auf die Anstellung von Ärzten in keiner Weise zu erkennen. Der Gutachter weist darauf hin, dass nach der amtlichen Begründung zum GMG der Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen ermöglicht werden solle. Wenn der Gesetzgeber aber einen solchen Wettbewerb initiieren will, erfordert es gerade das Prinzip der Systemgerechtigkeit, dass auch Wettbewerbsgleichheit herrscht, also den konkurrierenden Versorgungsformen gleiche (Ausgangs-) Chancen zur Teilnahme an diesem Wettbewerb eingeräumt werden.

Diese sachlich nicht zu begründende Ungleichbehandlung verletzt zugleich das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit der niedergelassenen Ärzte.

Darüber hinaus hält es der Gutachter für zumindest fraglich, ob die Vorschriften sich auf die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes stützen lassen, da berufsbezogene Regelungen, die sich auf die Heilberufe beziehen, grundsätzlich in die Gesetzgebungszuständigkeit der Länder fallen.

Im Hinblick auf die rechtlichen Bedenken und die vor allem in ländlichen Bereichen für den einzelnen Vertragsarzt faktisch nur sehr eingeschränkt vorhandenen Chancen, ein (fachübergreifendes) MVZ zu realisieren, sollte an den Gesetzgeber appelliert werden, die Möglichkeiten zur Anstellung auch bei einem einzelnen Vertragsarzt außerhalb des MVZ entsprechend zu erweitern. Die einseitige Privilegierung des MVZ könnte ansonsten auch negative Auswirkungen auf eine ausreichende patientennahe Versorgung zeitigen.

Zu Punkt II der Tagesordnung: **Durch Quantität zu Qualität? – Folgen der Konzentration und Zentralisierung von medizinischer Versorgung für die Bevölkerung**

1. Mindestmengen-Regelungen kein Zauberinstrument der Qualitätssicherung – Gefahren für die Gewährleistung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II-01) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Gitter (Drucksache II-01a) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Durch die mit dem Fallpauschalengesetz 2002 geänderte Vorschrift des § 137 SGB V wurden die Partner der Selbstverwaltung aufgefordert, Mindestmengen für einen Katalog planbarer Leistungen festzulegen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses im besonderen Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser, die diese Mindestmengen nicht erfüllen, sollen ab 2004 die betreffenden Leistungen auch nicht mehr erbringen dürfen.

Dass zwischen Qualität und Menge der Leistungserbringung grundsätzlich ein Zusammenhang bestehen kann, steht außer Frage. Die Anwendung der neuen gesetzlichen Regelung in Gestalt restriktiver Mindestmengen-Festlegungen für medizini-

sche Maßnahmen muss jedoch so verantwortlich gehandhabt werden, dass die weiteren, teils maßgeblicheren Einflussfaktoren des jeweiligen Versorgungsergebnisses nicht unberücksichtigt bleiben. Da es sich bei der Häufigkeit der Leistungserbringung lediglich um einen Faktor in der Vielzahl der die Qualität des Behandlungsergebnisses bestimmenden Einflussfaktoren, wie

- Art, Schweregrad und Stadium der Erkrankung,
- Prozessqualität von Diagnostik, Therapie, Komplikationsmanagement und Nachsorge,
- Korrekte Indikationsstellung und Wahl des geeigneten Therapieverfahrens,
- Vorhaltung der erforderlichen Verfahrenstechnik,
- Erfahrung der Behandler und Häufigkeit der Leistungserbringung sowie
- Patientenindividuelle Faktoren wie Nebenerkrankungen und Compliance

handelt, hatte sich die Bundesärztekammer sowohl in ihren Stellungnahmen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wie auch als Vertragsbeteiligte im Verlaufe der im Herbst 2003 hierzu geführten Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner gem. § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V stets dagegen ausgesprochen, dass die Leistungsmenge zum alleinigen Zugangskriterium für die Zulassung von Krankenhäusern und deren Ärzten zur Durchführung einer bestimmten Behandlung wird.

Im Rahmen der ersten, zum 01.01.2004 in Kraft getretenen Mindestmengenvereinbarung hat die Bundesärztekammer sich dafür eingesetzt und erreicht, dass in den Katalog planbarer Leistungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V ausschließlich solche Leistungen aufgenommen wurden, für die ein positiver Zusammenhang zwischen höherer Leistungsfrequenz und Qualität des Behandlungsergebnisses als wissenschaftlich gesichert gelten kann (komplexe Eingriffe bei Pankreas- oder Oesophaguskarzinom), oder für die - gemessen an den Evidenzkriterien des National Cancer Policy Board/USA - zumindest Hinweise für eine Häufigkeit-Ergebnis-Abhängigkeit vorliegen, wenn auch die hierzu vorliegenden Studienergebnisse teilweise methodische Mängel aufweisen (Leber-, Nieren- und Stammzelltransplantationen). Die von Prof. Dr. Geraedts, Düsseldorf, im Auftrag der Bundesärztekammer vorgenommene Aufarbeitung der internationalen wissenschaftlichen Literatur zu den für die Mindestmengenvereinbarungen in der Diskussion stehenden Eingriffe zeigt insgesamt eine große Heterogenität der Studien hinsichtlich Repräsentativität und Größe der untersuchten Populationen, des Studiendesigns, der Wahl der Ergebnisparameter sowie der statistischen Analysemethoden. Verschiedene Schweregrade der Erkrankungen oder Komorbiditäten der jeweiligen Patientenpopulationen wurden kaum berücksichtigt. Der Komplexität der jeweils individuellen Arzt-Patienten-Beziehung in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen wird eine solche Betrachtungsweise nicht gerecht.

Im Falle einer positiven Häufigkeit-Ergebnis-Beziehung kann außerdem nicht davon ausgegangen werden, dass niedrigere Leistungsfrequenzen immer mit schlechteren, höhere Leistungsfrequenzen immer mit besseren Versorgungsergebnissen einhergehen; sowohl in der Gruppe der Leistungserbringer mit hohen, als auch in der Gruppe mit niedrigen Leistungsfrequenzen kann die Qualität des Behandlungsergebnisses sehr variabel sein.

Exakte Fallzahl-Grenzwerte, unterhalb derer für bestimmte Leistungen von einem schlechteren Behandlungsergebnis auszugehen wäre, lassen sich aus der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur nicht ableiten. Die Bundesärztekammer schlägt deshalb eine empirische Annäherung an Fallzahl-Grenzwerte vor, bei der für die wenigen elektiven Eingriffe mit evidenzbasierter Häufigkeit-Ergebnis-Beziehung ausschließlich diejenigen Krankenhäuser aus der Versorgung herausgenommen werden, welche sehr geringe Fallzahlen erbringen, zum Beispiel im Bereich des un-

teren Perzentils der Häufigkeitsverteilung. In jedem Fall müssen die Effekte von Mindestmengen-Regelungen im Rahmen einer begleitenden Evaluationsforschung analysiert werden, bevor durch die Einführung weiterer Mindestmengen-Regelungen zusätzliche einschneidende Restriktionen für die Leistungserbringung bewirkt werden und damit gar eine „statistische Rationierung“ von Krankenhausleistungen eintritt. Gleichzeitig muss, unterstützt durch eine sektorenübergreifende Versorgungsforschung, ein Instrumentarium zur Messung von patientenzentrierter Versorgungsqualität entwickelt werden, dass der Komplexität medizinischer Versorgung besser gerecht werden kann, als dies der Surrogat-Indikator „Leistungsfrequenz“ vermag. Auch in den angelsächsischen Ursprungsländern von Mindestmengenregelungen wird inzwischen von wissenschaftlicher Seite gefordert, dass Mindestmengen nur solange als Hilfsmittel eingesetzt werden sollten, bis geeignetere Indikatoren für die Messung von Versorgungsqualität verfügbar sind.

Neben den methodischen Gründen, die gegen die Festlegung von Mindestmengen als alleinigem Qualitätsindikator sprechen, lassen sich noch eine Menge weiterer Argumente anführen. Diese werden im Folgenden den Argumenten gegenübergestellt, die für eine Festlegung von Mindestmengen-Grenzen sprechen. Im allgemeinen wird als Hauptziel der Festlegung von Mindestmengen die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Patienten genannt. Bei Vorliegen einer validen Häufigkeits-Ergebnis-Beziehung sollen Mindestmengen vor allem dazu führen, dass

- Versorgungsergebnisse der Patienten besser werden, weil sie nur noch von erfahrenen Ärzten bzw. in erfahrenen Einrichtungen behandelt werden,
- die Fallkosten geringer werden und die Verweildauern sinken,
- spezialisierte Krankenhäuser attraktiver werden für spezialisierte Ärzte, so dass sich langfristig Kompetenz-Zentren für verschiedene Prozeduren ausbilden können sowie
- die Patienten in den Einrichtungen, die die Mindestmengen erfüllen, typischerweise auch ein in anderer Hinsicht positiveres Behandlungsumfeld (Interdisziplinarität, Vertretung aller Fachgebiete etc.) erfahren könnten.

Gegen die Einführung von Mindestmengen wird vor allem eingewandt, dass mögliche negative Nebeneffekte einer solchen Festlegung die eventuellen, oftmals nur vermuteten positiven Effekte übersteigen. Hierzu werden vor allem folgende Argumente angeführt:

- Mindestmengen schließen diejenigen Leistungserbringer von der Versorgung aus, die – ohne hohe Fallzahlen zu erreichen – trotzdem eine hohe Qualität der Versorgung erbringen, wohingegen solche Leistungserbringer, die bei hoher Leistungsmenge schlechte Qualität leisten, gar noch gefördert würden.
- Die Einführung von Mindestmengen schränkt die Möglichkeit einer flächendeckenden Versorgung der Patienten ein; lange Anfahrtswege als Folge können bei dringenden Behandlungsmaßnahmen die Patienten akut gefährden; Patienten, die sich lange Anfahrtswege nicht leisten können oder wollen, werden Versorgungsmöglichkeiten entzogen; Mindestmengen entziehen Patienten Wahlmöglichkeiten und greifen somit in die Patientenautonomie ein.
- Mindestmengen vermindern die Erfahrungen derjenigen, die diese Leistung nicht mehr erbringen können, auch in Bereichen, welche nicht von der Mindestmengenregelung betroffen sind; damit werden gerade bei Notfalleingriffen die Überlebenschancen von Patienten reduziert (z. B. elektives/rupturiertes Aortenaneurysma).
- Mindestmengen können die Kontinuität der Versorgung verschlechtern, indem eine spezialisierte Nachbehandlung nur noch in Zentren möglich sein wird, die wiederum schwerer erreichbar sind.

- Mindestmengen können die Koordination der Versorgung verschlechtern, indem bewährte Versorgungsnetzwerke sowie Informations- und Kommunikationswege zerstört werden.
- Die mit der Einführung von Mindestmengen notwendigen Veränderungen der Versorgungskapazitäten, d. h. der Aufbau von Kapazitäten in Zentren sowie der Abbau von Kapazitäten bei Leistungserbringern mit geringer Fallzahl, sind nur langfristig möglich; kurzfristig sind infolgedessen Wartelisten und Überbeanspruchung in Zentren zu erwarten; diese Effekte sind in Zeiten von Pflegepersonal- und Ärztemangel als schwerwiegend und mit erheblicher Gefährdung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Versorgung einzuschätzen.
- Mindestmengen beeinflussen die ärztliche Weiterbildung, deren Kapazitäten abnehmen; die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird bei den notwendig werdenden komplizierten Rotationsverfahren innerhalb der Facharztweiterbildung beeinträchtigt, wodurch die Attraktivität des Berufes weiter sinken könnte.
- Mindestmengen können Fehlanreize für eine breitere oder andere Indikationsstellung ausüben, wenn dadurch Mindestgrenzen erreicht und überschritten werden können.
- Mindestmengen können negativ auf die Verfolgung des Ziels kontinuierlicher Qualitätsverbesserung und die Suche nach den eigentlichen Faktoren für eine gute Qualität der Versorgung wirken; die Erforschung dieser Faktoren könnte negativ beeinträchtigt werden, weil die Erhebung des vermeintlichen Qualitätsindikators (Mindestmenge) für ausreichend erachtet wird.
- Bedacht werden muss ebenso, dass sich die durch Mindestmengen-Regelungen ergebende Zentrierung medizinischer Leistungen nicht mehr aus den Versorgungsstufen der Landeskrankenhauspläne und der Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung ergibt, sondern von außen durch die Politik ein Eingriff in die bisherige Entwicklung der Spezialisierungen erfolgt und damit die Krankenhausplanung der Länder ausgehöhlt wird.

Der Deutsche Ärztetag und mit ihm die Ärzteschaft plädieren für eine offensive Diskussion der Frage „Qualität durch Quantität?“. Ärztinnen und Ärzte wollen Spezialisierung, denn ihr Beruf ist bereits durch die Ausbildung spezialisiert und wird in der Weiterbildung hoch spezialisiert. Im Zusammenspiel der Faktoren, die bei der Analyse patientenzentrierter Versorgungsqualität zu beachten sind, stellt die strukturqualitätssichernde Spezialisierung von Ärzten einen maßgeblichen, jedoch nicht den einzigen Mosaikstein dar. Grenzwerte müssen in einem transparenten zugänglichen Prozess rational begründet werden. Mindestmengen sind keine Zauberworte, die nur Gutes bewirken, sondern sie können dies nur im Einklang mit Erkenntnissen aus Tumorregistern, Qualitätssicherungsverfahren, mehr Versorgungsforschung und Konsequenzen aus deren Ergebnissen.

2. Kritische Wertung von Mindestmengen – Gute Qualität resultiert aus vielen Faktoren

Auf Antrag von Herrn Henke, Dr. Montgomery, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache II-02) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 107. Deutsche Ärztetag wirbt dafür, in der Diskussion über Mindestmengen rationalen Argumenten zu folgen, anstatt sich von einer übersteigerten und allzu naiven Hoffnung auf ausschließlich positive Effekte großer Serien blenden zu lassen.

In diesem Sinne begrüßt der 107. Deutsche Ärztetag den behutsamen und verantwortlichen Einstieg der Selbstverwaltung in die Gestaltung der Vereinbarungen von

Mindestmengen in der Medizin nach dem Fallpauschalengesetz. Er weist die zum Teil aggressive öffentliche Kritik daran zurück.

Ausgangspunkt für den 107. Deutschen Ärztetag ist eine grundsätzlich positive Einstellung zur Spezialisierung in der Medizin. Der ärztliche Beruf ist bereits durch die Ausbildung spezialisiert und in der im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung organisierten Weiterbildung setzt sich diese Spezialisierung fort. Spezialisierung ist grundsätzlich ein richtiger Weg zur Ausübung der Heilkunde und Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität. Die Erforschung der Gründe für Unterschiede in der Versorgungsqualität ist eine wesentliche Grundlage für Qualitätssicherung. Nicht begründete Forderungen zur Konzentration und Spezialisierung führen dagegen nicht zu der geforderten Verbesserung der Versorgungsqualität, sondern sie können sogar die Patientenversorgung verschlechtern. Mindestmengen sind nur ein Element im Gesamtkonzept für Qualität. Grenzwerte müssen deshalb in einem transparenten und zugänglichen Prozess rational begründet werden. Starre Mindestmengen, die nicht wissenschaftlich evidenzbasiert abgeleitet werden können, sind ein falscher Weg. Sie lassen andere wesentliche, die Ergebnis- und Strukturqualität bestimmende Aspekte außer acht.

Dazu gehören:

- die Sicherheit der Indikationsstellung und die Wahl des geeigneten Therapieverfahrens,
- eine moderne und ausreichende apparative Ausstattung,
- fachlich qualifiziertes Personal, das in ausreichender Zahl zur Verfügung steht und nicht gezwungen ist, aufgrund fehlender Durchsetzung von Schutzvorschriften in übermüdetem Zustand tätig zu werden.

Eine überregionale Zentralisierung ist in Deutschland von dem kommunalen Sicherstellungsauftrag, der nur den eigenen Wirkungskreis umfassen kann, nicht gedeckt. Der Sicherstellungsauftrag müsste deshalb mit zunehmender Bedeutung der Mindestmengenregelung auf die Länder übertragen werden. Je mehr Operationen der Kategorie "planbar" zugeordnet werden, desto mehr ist überdies eine rechtsstaatlich steuerbare Krankenhausplanung in Frage zu stellen. Bei planbaren Eingriffen müssen die persönlichen Präferenzen der Patientinnen und Patienten viel stärker berücksichtigt werden und Vorrang haben vor Bedarfsentscheidungen des planenden Staates.

Gerichtlich überprüfbare Qualitätskriterien, die einen generellen Leistungsausschluss rechtfertigen würden, liegen bisher nicht vor. Die vielfach unterstellte lineare Monokausalität zwischen Menge und Letalität ist als pauschale Aussage weder bewiesen noch plausibel. Tatsächlich liegen nach den Diagnosen höchst unterschiedliche Tendenzen vor. Sie rechtfertigen keineswegs generell Leistungsausschlüsse.

3. Fusion von Universitätskliniken

Auf Antrag von PD Dr. Scholz und Dr. Ungemach (Drucksache II-03) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag sieht mit großer Sorge auch die Fusionen und Schließungen der Krankenhäuser, die eine Versorgung in der Fläche immer unmöglicher werden lassen. Besonders die Landesregierungen werden aufgefordert, diesen Trend gegen den Patienten zu stoppen und nicht auch noch die Häuser der Maximalversorgung, hier Universitätskliniken, zu fusionieren. Diese daraus resultieren-

den Kürzungen und Schließungen von Abteilungen in Standorten darf nicht durch die Landesregierungen gefördert werden.

Begründung:

Wie schon im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer ausgeführt, wird die Streichung nicht nur von Betten, sondern auch Schließung von Häusern zu einer immer schlechteren Patientenversorgung führen. Wenn aber auch Universitätskliniken fusioniert werden, werden zusätzlich Weiterbildungsstellen rarer. Diese Kürzungen sind dann auch wirksam auf die Ausbildungsplätze der Medizinstudenten/innen. Dies ist vor dem Hintergrund des Nachwuchsmangels ein unhaltbarer Zustand, konträr zu den Forderungen der Politik, demnächst genügend Ärzte für die Gesamtversorgung bereit zu stellen.

4. Qualitätsindikatoren, Mindestmengen

Auf Antrag von Dr. Dehnst und PD Dr. Knichwitz (Drucksache II-04) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Zusammenhang zwischen Leistungsmengen und Ergebnisqualität ist durch komplexe gegenseitige Einflussgrößen geprägt und nicht durch das alleinige Instrument der Mindestmengen regelbar. Exakte Mindestmengen als Qualitätsindikatoren sind aus Studien nicht evidenzbasiert ableitbar. Der Begriff der Mindestmenge ist am ehesten geeignet, ökonomische Anforderungen zu beschreiben. Der Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und eine begleitende Evaluierungsforschung zum Zusammenhang zwischen Leistungsfrequenz und Ergebnisqualität durch Ressourcenbereitstellung zu unterstützen.

5. Hinterfragen fragwürdiger Studien in der Öffentlichkeit

Auf Antrag von Dr. Clever (Drucksache II-05) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag setzt sich dafür ein, schneller und öffentlichkeitswirksamer als in der Vergangenheit, fragwürdige Studien von Politikberatern sogleich nach Veröffentlichung durch renommierte Institute, extra auch in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, prüfen zu lassen und hierfür entsprechende finanzielle Ressourcen bereitzustellen.

Zu Punkt III der Tagesordnung:

Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung

1. Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-01) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

I.

1. § 17 erhält folgende Fassung:

§ 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

- (1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.
- (2) Dem Arzt ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten an jedem Ort seiner Tätigkeiten zu treffen.
- (3) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen ist berufsrechtswidrig. Zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung kann die Ärztekammer auf Antrag des Arztes von der Verpflichtung nach Absatz 1 Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.
- (4) Der Praxissitz ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen.
Der Arzt hat auf seinem Praxisschild
 - die (Fach-) Arztbezeichnung,
 - den Namen,
 - die Sprechzeiten sowie
 - ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 18 a anzugeben.

Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihres Praxissitzes durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.
- (5) Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeiten am Praxissitz sowie die Aufnahme weiterer Tätigkeiten und jede Veränderung hat der Arzt der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.

2. § 18 erhält folgende Fassung:

§ 18 Berufliche Kooperation

- (1) Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zu Organisationsgemeinschaften, zu medizinischen Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen.
- (2) Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.

- (3) Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft hauptberuflich tätig ist.
- (4) Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.
- (5) Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe [PartGG] vom 25.07.1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind sie vorrangig aufgrund von § 1 Absatz 3 PartGG.
- (6) Alle Zusammenschlüsse nach Absatz 1 sowie deren Änderung und Beendigung sind der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Ärzte hinzuweisen.

3. Nach § 18 wird folgende Vorschrift eingefügt:

§ 18 a Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstige Kooperationen

- (1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft oder einer juristischen Person des Privatrechts – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte sowie die Rechtsform anzukündigen. Bei mehreren Praxissitzen ist jeder Praxissitz gesondert anzukündigen. § 19 Absatz 4 gilt entsprechend. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig.
- (2) Bei Kooperationen gemäß § 23 b muss sich der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß § 23 c darf der Arzt, wenn die Angabe seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung „Arzt“ oder eine andere führbare Bezeichnung angegeben wird.
- (3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen angekündigt werden. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund gemäß § 23 d kann durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden.

4. § 19 erhält folgende Fassung:

§ 19 Beschäftigung angestellter Praxisärzte

- (1) Der Arzt muss die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiter der Ärztekammer anzuzeigen.

- (2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag des Patienten regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, darf ein Facharzt als Praxisinhaber die für ihn fachgebietenfremde ärztliche Leistung auch durch einen angestellten Facharzt des anderen Fachgebiets erbringen.
- (3) Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.
- (4) Über die in der Praxis tätigen angestellten Ärzte müssen die Patienten in geeigneter Weise informiert werden.

5. § 22 und § 22 a werden aufgehoben.

6. Nach § 23 werden folgende Vorschriften eingefügt:

6.1 § 23 a Ärztegesellschaften

- (1) Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur Ärzte und Angehörige der in § 23 b Absatz 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass
 - a) die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärzte sein,
 - b) die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht,
 - c) Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
 - d) eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt besteht.
- (2) Der Name der Ärztegesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten. Unbeschadet des Namens der Gesellschaft können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärzte angezeigt werden.

6.2 § 23 b Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

- (1) Ärzte können sich auch mit selbstständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlern und Mitarbeitern sozialpädagogischer Berufe – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer

Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer juristischen Person des Privatrechts gemäß § 23 a gestattet. Dem Arzt ist ein solcher Zusammenschluss im Einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muss der Kooperationsvertrag gewährleisten, dass

- a) die eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist,
- b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt bleiben,
- c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich der Arzt trifft, sofern nicht der Arzt nach seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbstständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf,
- d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt,
- e) der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann,
- f) die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärzte, insbesondere die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnern beachtet wird,
- g) sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

Die Voraussetzungen der Buchstaben a – f gelten bei der Bildung einer juristischen Person des Privatrechts entsprechend. Der Name der juristischen Person muss neben dem Namen eines ärztlichen Gesellschafters die Bezeichnung „Medizinische Kooperationsgemeinschaft“ enthalten. Unbeschadet des Namens sind die Berufsbezeichnungen aller in der Gesellschaft tätigen Berufe anzukündigen.

- (2) Die für die Mitwirkung des Arztes zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im Einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus den vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit dem Arzt entsprechend seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können.

6.3 § 23 c Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften

Einem Arzt ist es gestattet, in Partnerschaften gemäß § 1 Absatz 1 und Absatz 2 PartGG mit Angehörigen anderer Berufe als den in § 23 b beschriebenen zusammenzuarbeiten, wenn er in der Partnerschaft nicht die Heilkunde am Menschen ausübt. Der Eintritt in eine solche Partnerschaftsgesellschaft ist der Ärztekammer anzuzeigen.

6.4 § 23 d Praxisverbund

- (1) Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offengelegt werden. Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder vom Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärzte nicht behindern.
- (2) Die Bedingungen der Kooperation nach Absatz 1 müssen in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden, der der Ärztekammer vorgelegt werden muss.
- (3) In eine Kooperation nach Absatz 1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nach § 23 b einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach § 23 b gewahrt sind.

7. Kapitel D II Nr. 7 – 11 werden aufgehoben.

II.

§ 4 Fortbildung

§ 4 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

- (2) Auf Verlangen muss der Arzt seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.

III.

§ 15 Forschung

In § 15 wird folgender Absatz 4 angefügt:

- (4) Der Arzt beachtet bei der Forschung am Menschen die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.

IV.

Änderung der Präambel

Satz 2 der Präambel erhält folgende Fassung:

Dafür geben sich die deutschen Ärztinnen und Ärzte die nachstehende Berufsordnung.

2. Angleichung der Berufsordnung an neue Versorgungsstrukturen

Auf Antrag von Dr. Windau (Drucksachen III-03 und III-11) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Die Ärzteschaft wird ihre Berufsordnungen auf Grund der neuen Versorgungsstrukturen den Erfordernissen einer freien und wirtschaftlich sinnvollen Niederlassung in einer Einzelpraxis angleichen. Damit sollen Benachteiligungen insbesondere gegenüber Medizinischen Versorgungszentren vermieden werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert den/die Gesetzgeber auf, die sozialrechtlichen und anderen Regelungen so zu ändern, dass die Kompatibilität zu den Beschlüssen des 107. Deutschen Ärztetages zur (Muster-)Berufsordnung schnellstens hergestellt wird, dies unter besonderer Berücksichtigung der Chancengleichheit von niedergelassenen Kollegen und Versorgungszentren.

Begründung:

Die durch das GMG inaugurierten „Medizinischen Versorgungszentren“ nach § 95 SGB V sind „fachübergreifend ärztlich geleitete Einrichtungen“. Sie sind ausdrücklich ausgestaltet als Vertragspartner auch außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Gesetzgeber verschafft den Medizinischen Versorgungszentren gegenüber den Ärzten in eigener Niederlassung bewusst Wettbewerbsvorteile - in finanzieller Hinsicht (Anschubfinanzierung etc.) und auch durch die Vielfalt der „Konstruktionsmöglichkeiten“. Es geht dabei nicht nur um die Verbesserung der medizinischen Versorgung, sondern auch um die Untergrabung der Struktur des freiberuflichen Arztes in eigener Niederlassung.

Bei allen Beschlüssen zur Novellierung unserer Musterberufsordnung ist darauf zu achten, dass die unveräußerlichen „Essentials“ ärztlicher Tätigkeit gleichermaßen bindend und justiziabel sind im Sinne einer „conditio sine qua non“ sowohl für die ärztlichen Betreiber bzw. Mitarbeiter in den Medizinischen Versorgungszentren wie auch für die Ärzte in eigener Niederlassung.

Andererseits ist es ebenso zwingend erforderlich, dass die Musterberufsordnung so novelliert wird, dass der Arzt in eigener Niederlassung die gleichen Chancen zur Berufsausübung vom Ansatz her hat wie die ärztlichen Betreiber/ärztlichen Mitarbeiter von Medizinischen Versorgungszentren (Rechtsform, Anstellung von Ärzten etc.).

Gleich wie man zu den vom Gesetzgeber geschaffenen Fakten steht – auch im Wissen um die weitere Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und der ärztlichen Tätigkeit – müssen wir uns den Realitäten stellen. Freiberuflichkeit erhalten können wir am ehesten dann noch, wenn wir den niedergelassenen Ärzten absolute Chancengleichheit zu den Versorgungszentren zumindest bezüglich unserer Berufsordnung geben.

3. Medizinische Versorgungszentren: Umfang der Tätigkeit als angestellter Arzt

Der Antrag von Dr. Munte (Drucksache III-09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, zur Klarstellung in § 20 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) folgende Sätze 2 bis 4 anzufügen:

„Als Tätigkeit im Sinne von Satz 1 gilt nicht ein Anstellungsverhältnis in einem Medizinischen Versorgungszentrum, dessen (Mit-)Gründer der Vertragsarzt ist. Die Tätigkeit des Vertragsarztes als Angestellter des Medizinischen Versorgungszentrums darf nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des Vertragsarztes bilden. Er muss im erforderlichen Maße der ambulanten Versorgung in seiner Eigenschaft als Vertragsarzt zur Verfügung stehen.“

Begründung:

Ein Vertragsarzt, der als Gründer eines Medizinischen Versorgungszentrums neben seiner Zulassung (am bisherigen Praxissitz) im Medizinischen Versorgungszentrum als angestellter Arzt tätig wird, muss dort mehr als 13 Stunden im Anstellungsverhältnis arbeiten können. Die Beschränkung auf 13 Stunden ist weder mit der Intention der Beteiligung von Vertragsärzten an Medizinischen Versorgungszentren noch mit der Chancengleichheit von Vertragsärzten gegenüber anderen Gründern von Medizinischen Versorgungszentren – insbesondere Krankenhäusern – vereinbar. Die vorgeschlagene Regelung entspricht den Bestimmungen für Belegärzte.

In den vom BSG bisher zu entscheidenden Fällen, in denen das Gericht neben der Vertragsarztstätigkeit lediglich eine Nebentätigkeit von bis zu 13 Stunden als zulässig angesehen hat, wollten die Vertragsärzte immer Nebentätigkeiten ausüben, die für die ambulante Versorgung der Versicherten in dem betreffenden Planungsbereich nicht relevant waren.

Hier dagegen nimmt der Arzt in zwei verschiedenen Formen (als Vertragsarzt und als im MVZ angestellter Arzt) an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

4. Änderung § 20 Zulassungsverordnung (Muster)Berufsordnung

Der Antrag von Prof. Dr. Doench (Drucksache III-07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das BMGS wird aufgefordert, § 20 der ZulassungsVO zeitnah zu liberalisieren und sich bei der Novellierung an den auf dem 107. Deutschen Ärztetag beschlossenen Änderungen der (Muster-)Berufsordnung zu orientieren.

Begründung:

Die Verwirklichung integrierter Versorgungsstrukturen scheitert in der Praxis häufig an § 20 der ÄrzteZV. § 17 Abs. 2 (Muster-)Berufsordnung läuft für Vertragsärzte weitgehend ins Leere, wenn sie weiterhin nur ca. 13 Stunden neben ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit ärztlich tätig sein dürfen und eine Tätigkeit im Krankenhaus von der Rechtsprechung als weitgehend unvereinbar mit der vertragsärztlichen Tätigkeit angesehen wird. Die ÄrzteZV kann als Rechtsverordnung auch ohne Änderung des SGB V unverzüglich geändert werden, was in gleicher Weise für die Bundesmantel-

verträge gilt, in denen Änderungen notwendig sind. Durch Regelungen auf untergesetzlicher Ebene würde es Vertragsärzten ermöglicht, von den Liberalisierungen im Berufsrecht zumindest teilweise zeitnah Gebrauch zu machen.

Zu Punkt IV der Tagesordnung: **(Muster-)Weiterbildungsordnung**

1. Zusatz-Weiterbildung "Betriebsmedizin"

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-01) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Neben dem Gebiet „Arbeitsmedizin“ soll die Zusatz-Weiterbildung „Betriebsmedizin“ in der nachfolgend angeführten Fassung erhalten werden:

Betriebsmedizin

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Beruf einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits, die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Vorbeugung, Erkennung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Betriebsmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung.

Weiterbildungszeit:

- 36 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1, davon
 - 12 Monate Innere Medizin und Allgemeinmedizin
 - 24 Monate Betriebsmedizin / Arbeitsmedizin
- 360 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8, die während der 24 Monate in betriebsmedizinischer/arbeitsmedizinischer Weiterbildung abgeleistet werden sollen

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten sowie der auslösenden Noxen einschließlich epidemiologischer Grundlagen
- der Gesundheitsberatung einschließlich Impfungen
- der betrieblichen Gesundheitsförderung einschließlich der individuellen und gruppenbezogenen Schulung
- der Beratung und Planung in Fragen des technischen, organisatorischen und personenbezogenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- der Unfallverhütung und Arbeitssicherheit

- der Organisation und Sicherstellung der Ersten Hilfe und notfallmedizinischen Versorgung am Arbeitsplatz
- der Mitwirkung bei medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation
- der betrieblichen Wiedereingliederung und dem Einsatz chronisch Kranker und schutzbedürftiger Personen am Arbeitsplatz
- der Bewertung von Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit einschließlich der Arbeitsphysiologie
- der Arbeitshygiene einschließlich der arbeitsmedizinischen Toxikologie
- der Arbeits- und Betriebspsychologie einschließlich psychosozialer Aspekte
- allgemeinen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (einschließlich verkehrsmedizinischen Fragestellungen)
- der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen einschließlich des Biomonitorings und der betriebsmedizinischen Bewertung der Ergebnisse
- der Entwicklung betrieblicher Präventionskonzepte

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

- arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach Rechtsvorschriften
- Arbeitsplatzbeurteilungen und Gefährdungsanalysen
- Beratungen zur ergonomischen Arbeitsgestaltung
- Ergometrie
- Lungenfunktionsprüfungen
- Beurteilung des Hör- und Sehvermögens mittels einfacher apparativer Techniken
- betriebsmedizinische Bewertung von Messergebnissen verschiedener Arbeitsumgebungsfaktoren, z. B. Lärm, Klimagrößen, Beleuchtung, Gefahrstoffe

2. Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin"

Der Antrag von Dr. Baier (Drucksache IV-26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zum jetzigen Zeitpunkt ist eine Aufgabe der berufsbegleitend möglichen Weiterbildung zur Betriebsmedizin aus Kapazitätsgründen nicht sinnvoll. Nur durch Ärzte für Arbeitsmedizin ist der Bedarf nicht zu decken.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, zu prüfen, ob nicht vielmehr eine curriculäre Fortbildung für Betriebsmedizin geschaffen werden kann, um dem überaus großen Bedarf an betriebsmedizinisch tätigen Ärzten gerecht zu werden, die insbesondere zur Betreuung unzähliger Kleinbetriebe ortsnahe benötigt werden.

3. Zusatzweiterbildung „Betriebsmedizin“

Der Antrag von Dr. Voigt (Drucksache IV-18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Betriebsmedizin

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Beruf einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits, die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Vorbeugung, Erkennung und Begut-

achtung arbeits- und umweltbedingter von durch das Arbeitsgeschehen verursachten Erkrankungen sowie Maßnahmen zur Unfallverhütung in Betrieben mit geringem oder mittlerem Gefährdungspotential für die Beschäftigten.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Betriebsmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung

Weiterbildungszeit:

- 12 Monate bei einem Weiterbildungsbeauftragten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 in Innere Medizin und Allgemeinmedizin im stationären Bereich
- 18 Monate theoretische und praktische Beschäftigung mit betriebsmedizinischen Fragestellungen in geeigneten Betrieben unter Anleitung eines hierzu befugten Arztes
- 240 Stunden Kurs-Weiterbildung gem. § 4 Abs. 8, die vor der theoretischen und praktischen Beschäftigung mit betriebsmedizinischen Fragestellungen abgeleistet werden sollen

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten sowie der auslösenden Noxen einschließlich epidemiologischer Grundlagen
- der Gesundheitsberatung einschließlich Impfungen
- der betrieblichen Gesundheitsförderung einschließlich der individuellen und gruppenbezogenen Schulung
- der Beratung und Planung in Fragen des technischen, organisatorischen und personenbezogenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- der Unfallverhütung und Arbeitssicherheit
- der Organisation und Sicherstellung der Ersten Hilfe und notfallmedizinischen Versorgung am Arbeitsplatz
- der Mitwirkung bei medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation
- der betrieblichen Wiedereingliederung und dem Einsatz chronisch Kranker und schutzbedürftiger Personen am Arbeitsplatz
- der Bewertung von Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit einschließlich der Arbeitsphysiologie
- der Arbeits- und Umwelthygiene einschließlich der arbeitsmedizinischen Toxikologie
- der Arbeits- und Betriebspsychologie einschließlich psychosozialer Aspekte
- allgemeinen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen (einschließlich verkehrsmedizinischen Fragestellungen)
- der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen einschließlich des Biomonitorings und der arbeitsmedizinischen Bewertung der Ergebnisse
- der Entwicklung betrieblicher Präventionskonzepte

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach Rechtsvorschriften
- Arbeitsplatzbeurteilungen und Gefährdungsanalysen
- Beratungen zur ergonomischen Arbeitsgestaltung
- Ergometrie
- Lungenfunktionsprüfungen
- Beurteilung des Hör- und Sehvermögens mittels einfacher apparativer Techniken
- betriebsmedizinische Bewertung von Messergebnissen verschiedener Arbeitsumgebungsfaktoren, z. B. Lärm, Klimagrößen, Beleuchtung, Gefahrstoffe

4. Zusatz-Weiterbildung "Ärztliches Qualitätsmanagement"

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-02) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Groß, Frau Künanz, Dr. Josten und Dr. Hülskamp (Drucksache IV-47) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Folgende Zusatz-Weiterbildung wird in das ärztliche Weiterbildungsrecht aufgenommen:

Ärztliches Qualitätsmanagement

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement umfasst die Grundlagen für eine kontinuierliche Verbesserung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in der medizinischen Versorgung.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Ärztliches Qualitätsmanagement nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses.

Weiterbildungszeit:

200 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Ärztliches Qualitätsmanagement

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Methodik des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen
- der Anwendung gesundheitsökonomischer Konzepte einschließlich Abschätzung von Kosten-Nutzen-Relationen
- der Darlegung und Anwendung von Qualitätsmanagement-Modellen
- den Grundlagen der Evidence-based Medicine
- der Moderation von Qualitätsprozessen
- der Evaluation von Qualitätssicherungsverfahren
- der Implementierung und Überprüfung der Einhaltung von ärztlichen Leitlinien

5. Zusatz-Weiterbildung "Suchtmedizinische Grundversorgung"

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-03) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Groß, Frau Künanz, Dr. Josten und Dr. Hülskamp (Drucksache IV-47) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Folgende Zusatz-Weiterbildung wird in das ärztliche Weiterbildungsrecht aufgenommen:

Suchtmedizinische Grundversorgung

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheitsbildern im Zusammenhang mit dem schädlichen Gebrauch suchterzeugender Stoffe und nicht stoffgebundener Suchterkrankungen.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Suchtmedizinischer Grundversorgung nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses.

Weiterbildungszeit:

50 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Suchtmedizinische Grundversorgung.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Suchtkrankheiten
- der Beratung im Zusammenhang mit suchterzeugenden Stoffen und nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen
- der Pharmakologie suchterzeugender Stoffe
- der Entzugs- und Substitutionsbehandlung
- der Krisenintervention
- der Organisation der Frührehabilitation

6. (Muster-)Weiterbildungsordnung

Der Antrag von Dr. Mitrenga, Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache IV-07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 107. Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die vom 106. Deutschen Ärztetag verabschiedete (Muster-)Weiterbildungsordnung von einzelnen Landesärztekammern bereits beschlossen wurde. Gleichzeitig bedauert der 107. Deutsche Ärztetag, dass die Weiterbildungsordnung in einzelnen Landesärztekammern mit zum Teil erheblichen Abweichungen in Landesrecht umgesetzt worden ist.

Die Beratung einer (Muster-)Weiterbildungsordnung dient dem Ziel, für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland möglichst gleichartige Anforderungen für die Weiterbildung zu schaffen. Deshalb sollten Meinungsverschiedenheiten über Struktur und Inhalte der Weiterbildung durch den Deutschen Ärztetag vorentschieden und die (Muster-)Weiterbildungsordnung in den Landesärztekammern mit möglichst geringen Abweichungen in Landesrecht umgesetzt werden. Dabei bleibt es den Landesärztekammern unbenommen, länderspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen.

Bundeseinheitlichkeit ist auch hinsichtlich der Ausgestaltung von Übergangsvorschriften erforderlich, damit gewährleistet ist, dass Ärztinnen und Ärzte nicht des-

halb benachteiligt werden, dass sie ihre Weiterbildung in verschiedenen Ärztekammern absolviert haben.

7. WBO-Übergangsregelungen

Der Antrag von Herrn Mälzer (Drucksache IV-25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Landesärztekammern werden gebeten, bei Übergangsbestimmungen der WBO nicht nur formal nach Zeiten und Katalogen zu beurteilen, sondern auch den inhaltlichen Sinn der Fächer zu beachten. Die Voraussetzung dafür ist die hauptamtliche Tätigkeit in dem jeweiligen Fach (s. WBO § 4 (5)).

Als Beispiel:

Bei der Zusammenführung von Orthopädie und Unfallchirurgie reicht es nicht, formal den OP-Katalog des Partnerfaches abgearbeitet zu haben, sondern Weiterbildung umfasst auch grundsätzliches Herangehen an Probleme („sensus orthopaedicus“ versus „sensus traumatologicus“). Eine Weiterbildung in beiden Fächern ist daher unerlässlich. Sollten sich hier in den Landesärztekammern Unstimmigkeiten ergeben, sollte die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ die Thematik nochmals länderübergreifend diskutieren.

8. (Muster-)Weiterbildungsordnung; Übergangsregelung Orthopädie/Unfallchirurgie

Der Antrag von Dr. Schröder (Drucksache IV-31) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Übergangsregelung in dem neu geschaffenen Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie ist dahingehend zu ändern, dass die starre 2-Jahresregelung für den Erwerb dieser Bezeichnung abgeschafft wird. Inhalte und eine Prüfung sollten für den Erwerb dieser Gebietsbezeichnung die entscheidenden Kriterien sein.

Das Beibehalten einer rigiden Zeitvorgabe in der Übergangsregelung würde den größten Teil der betroffenen Oberärzte und Altassistenten in beiden Fachgebieten vom Erwerb der neuen Bezeichnung ausschließen.

9. Sicherung der Weiterbildung

Der Antrag von Dr. Thomas (Drucksache IV-05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die umfassende Weiterbildung zum Facharzt muss unter den durch die Einführung des DRG-Systems veränderten Arbeitsstrukturen im Krankenhaus gesichert bleiben. Es muss gewährleistet sein, dass alle notwendigen Leistungen gemäß des jeweiligen Weiterbildungskataloges ausgeübt werden können. Ist dies nicht der Fall, sind verbindliche Kooperationen zur Durchführung der Weiterbildung zwischen einzelnen Krankenhäusern nötig.

Begründung:

Die im Zuge der DRGs zu erwartende Zentralisierung und Spezialisierung der Krankenhäuser birgt die Gefahr, dass die Weiterbildung an einem Haus nicht mehr umfassend geleistet werden kann.

10. Eingriffe im Rahmen der Weiterbildung

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

Bei Beantragung einer Weiterbildungsermächtigung für mehrere Weiterzubildende ist nachzuweisen, dass die Inhalte (insbesondere Eingriffe) tatsächlich in ausreichender Anzahl für jeden einzelnen Weiterzubildenden vorhanden sind.

Hierzu scheint besonders eine Leistungsstatistik geeignet, die diese Inhalte (insbesondere Eingriffe) getrennt mit Unterscheidung der Durchführung durch Weiterzubildende und „Nicht“-Weiterzubildende aufführt.

11. Zusatzweiterbildung Allergologie

Der Antrag von Frau Dr. Beck und Herrn Menzel (Drucksache IV-06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Passage in der MWBO Abschnitt C Zusatzweiterbildung Allergologie, Kapitel Weiterbildungsinhalte (MWBO 24.07.2003, S. 132): „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Indikationsstellung und Bewertung von serologischen, zellulären und pharmakologischen In-vitro-Testverfahren“ wird um „Durchführung“ ergänzt, so dass es heißt: „Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung von serologischen, zellulären und pharmakologischen In-vitro-Testverfahren“.

Begründung:

O. g. Ergänzung war immer Inhalt der Weiterbildung Allergologie und wird auch in den Musterrichtlinien unter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeräumt: „Bestimmung hautsensibilisierender Antikörper...“, „zelluläre In-vitro-Testverfahren“ (S. 173), so dass es sich nur um einen redaktionellen Fehler handeln kann.

Die allergologische In-vitro-Diagnostik wurde durch Allergologen entwickelt und kann nur durch sie auf hohem Qualitätsniveau gesichert werden. Die Durchführung verschiedenster serologischer und pharmakologischer In-vitro-Verfahren ist nur in unmittelbarer Patientennähe möglich und valide.

12. WBO – Zeitpunkt Inkrafttreten

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

Der Deutsche Ärztetag bittet die Landesärztekammern, darauf hinzuweisen, dass die Novellierung der WBO erst nach dem 01.10.2004 in Kraft tritt.

Begründung:

Nach derzeitigem Stand wird per 01.10.2004 als Stichtag der AiP abgeschafft. Weiterbildung beginnt erst mit der Vollapprobation, d. h. nach dem AiP. Auch, wer schon über 1 Jahr als AiP in der Weiterbildung ist, würde sonst den Vertrauensschutz der Übergangsregelung verlieren.

13. Weiterbildungsbücher

Der Antrag von Prof. Dr. Kunze, Dr. Borelli und Prof. Dr. Lob (Drucksache IV-11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Fachgesellschaften und Berufsverbände auf, Weiterbildungsbücher gemäß den Inhalten der neuen Weiterbildungsordnung zu erarbeiten und der Bundesärztekammer als Muster innerhalb des nächsten halben Jahres vorzulegen. Ziel ist es, über die Ständige Konferenz Weiterbildung der Bundesärztekammer bundeseinheitliche Regelungen zu erarbeiten, die dann von den einzelnen Landesärztekammern übernommen werden können. Weiterbildungsbücher fördern die Transparenz der Weiterbildung und helfen damit den in der Weiterbildung stehenden Kollegen, aber auch den Weiterbildern. Für die Landesärztekammern kann eine wesentliche Erleichterung der Verwaltungsarbeit erreicht werden.

14. Verbundbefugnisse

Der Antrag von Prof. Dr. Lob, Frau Dr. Borelli, Dr. Emminger und Prof. Dr. Kunze (Drucksache IV-12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern auf, zur Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung vermehrt Verbundbefugnisse auszusprechen. Die Machbarkeit der neuen Weiterbildungsordnung hängt von einem funktionierenden Rotationssystem von Abteilungen und Kliniken ab. Die jetzt notwendige Überprüfung der bisherigen Weiterbildungsbefugnisse wird deutlich zeigen, wo Rotationsverfahren eingeführt werden müssen. Es ist dann Aufgabe der Kammer, in Gesprächen mit den Weiterbildern und den Krankenhausleitungen eine Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung zu erleichtern. In der heutigen schwierigen Situation ist es Aufgabe aller Institutionen, für eine erfolgreiche Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses zu sorgen.

15. Rotationspläne im Rahmen der Weiterbildung

Der Antrag von Dr. Lindhorst (Drucksache IV-44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei Beantragung und im Rahmen einer Überprüfung der Weiterbildungsermächtigung muss der Weiterbilder einen Rotationsplan vorlegen, aus dem hervorgeht, wie und wann der Weiterzubildende die wesentlichen Inhalte der Weiterbildung erwirbt.

16. Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie

Der Antrag von Frau Dr. Holtschoppen (Drucksache IV-13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Fachgebundene Psychotherapie“ sind mindestens 240 supervidierte Behandlungsstunden erforderlich.

Begründung:

Mit den derzeit in der WBO vorgeschriebenen 120 Behandlungsstunden kann keine ausreichende psychotherapeutische Qualifikation erreicht werden. Eine Reduzierung der Weiterbildung unter den Umfang des Befähigungserwerbs für Psychotherapie bei den Psychiatern würde zu einer Entwertung der ärztlichen Psychotherapie und Gefährdung der Patienten und Verschiebung der qualifizierten Psychotherapie an die psychologischen Psychotherapeuten führen, die für ihre Weiterbildung 600 supervidierte Behandlungsstunden nachweisen müssen.

17. Zusatzbezeichnung Psychoanalyse

Der Antrag von Frau Dr. Holtschoppen (Drucksache IV-14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bereichsbezeichnung Psychoanalyse kann mit allen klinischen Facharztbezeichnungen geführt werden.

Begründung:

Die Beschränkung der Bindung der Bereichsbezeichnung „Psychoanalyse“ auf die so genannten „P“-Fachärzte führt zu einer Einengung des ärztlich-psychosomatischen Grundgedankens und reduziert die gegenseitige Befruchtung von somatischer und psychotherapeutischer Medizin in unzulässiger Weise. Im Sinne einer wissenschaftlichen Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten ist die Psychoanalyse auf die Denkanstöße aus der Organmedizin ebenso angewiesen wie umgekehrt.

18. Einführung einer Zusatzweiterbildung spezielle Kinderanästhesie

Der Antrag von Dr. Hollnberger (Drucksache IV-15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Antrag zur Aufnahme der „speziellen Kinderanästhesie“ als Zusatzweiterbildung in die neue Musterweiterbildungsordnung Abschnitt C:

Definition:

Die Zusatzweiterbildung spezielle Kinderanästhesie umfasst bei Säuglingen, Kleinkindern und Jugendlichen die Allgemein-, Regional- und Lokalanästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer und diagnostischer Eingriffe, sowie intensivmedizinische, Notfallmedizinische und schmerztherapeutische Maßnahmen. Eine genaue Ausführung legt diesem Antrag als Anlage bei.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatzweiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in spezieller Kinderanästhesie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Begründung:

Auf europäischer Ebene ist bereits eine Ausbildung „spezielle Kinderanästhesie“ von allen EU Ländern beschlossen worden. Die Umsetzung ist bereits in 12 europäischen Ländern erfolgt. Deutschland hat diese spezielle Weiterbildung bisher nicht umgesetzt. Europäische Richtlinien zur Umsetzung der Ausbildung sind bereits europaweit festgelegt und liegen diesem Antrag bei.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung im Fachgebiet Anästhesiologie

Weiterbildungszeit:

24 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Absatz 1 Satz 2, davon können bis zu 6 Monate während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden.

Weiterbildungsinhalt:

- Präoperative Vorbereitung, Prämedikation, Allgemein- und/oder Regionalanästhesie, postoperative Analgesie, perioperative Infusions- und Volumenersatztherapie
- Operative Intensivtherapie, die
 - die postoperative Analgesie, parenterale Ernährung, Volumenersatztherapie,
 - die Diagnostik und Therapie postoperativer Störungen der Vitalfunktion Atmung und Kreislauf,
 - die Diagnostik und Therapie postoperativer Störungen der Nierenfunktion, der Blutgerinnung und Thermoregulation sowie
 - die Diagnostik und Therapie postoperativer Infektionen, Sepsiskämien, Sepsiszustände umfasst
- Notfallversorgung von Früh- und Neugeborenen im Kreißsaal, Reanimation von Kindern, Transport von Früh- und Neugeborenen im Baby-Notarztwagen, Notfallversorgung polytraumatisierter Kinder, Sicherung der Vitalfunktionen bei pädiatrisch-intensivmedizinischen Krankheitsbildern
- Schmerztherapie bei chronisch kranken Kindern mit den Methoden des anästhesiologischen Fachgebietes in Zusammenarbeit mit dem die Grunderkrankung behandelnden Pädiater bzw. Chirurgen

1. Ziel des angestrebten Qualifizierungsnachweises „Spezielle Kinderanästhesie“

- 1.1 Vermittlung, Erwerb und Nachweis von speziellen Kenntnissen der Besonderheiten
 - der Anatomie der Atemwege, des Herz-Kreislaufsystems und der Nieren sowie
 - der Physiologie von Atmungs-, Herzkreislauf-, Nierenfunktion sowie Gerinnung, Stoffwechsel, Wasser-, Elektrolythaushalt und Temperaturregulation von Früh- (< 37. SSW) und Neugeborenen (Geburt bis 28. Lebens- tag), Säuglingen (2. Lebensmonat bis 1. Lebensjahr), Kleinkindern (2. Lebensjahr bis 6. Lebensjahr), Schulkindern (7. bis 18. Lebensjahr).

- 1.2 Vermittlung, Erwerb und Nachweis von Grundkenntnissen in der Anwendung von Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Narkotika, Muskelrelaxanzien, Lokalanästhetika sowie Antibiotika und Kardiaka (Katecholamine, Vasodilanzien etc.) bei Kindern jeglichen Alters unter Berücksichtigung pharmakodynamischer und -kinetischer Besonderheiten.
- 1.3 Vermittlung, Erwerb und Nachweis von speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten bei der Durchführung von Anästhesien bei Kindern jeglichen Alters, im speziellen:
 - Maskennarkosen
 - Intubationsnarkosen als Inhalationsnarkosen oder intravenöse Anästhesien; dazu gehören die Technik der Intubation, die Wahl der korrekten Tubusgröße etc.
 - intraoperative Leitungs- und Regionalanästhesien als Komponenten der Larynxmasken „balanced anaesthesia“; Peniswuzelblock; Ileoinguinalis- und Ileoypogastricusblockade, Peridural- und Kaudalanästhesie etc.
 - Regionalanästhesien: Plexusanästhesie, Periduralanästhesie etc.
 - Spinalanästhesien, bei ehemals frühgeborenen Säuglingen bis zur 60. postkonzeptionellen Woche
- 1.4 Vermittlung, Erwerb und Nachweis von speziellen Kenntnissen in der Indikationsstellung der Überwachungsmaßnahmen, in der kritischen Überprüfung der über das Monitoring erhaltenen Daten und in der Dateninterpretation.
- 1.5 Vermittlung, Erwerb und Nachweis von speziellen Kenntnissen im Legen peripher- und zentralvenöser Katheter sowie arterieller Zugänge.
- 1.6 Vermittlung, Erwerb und Nachweis von speziellen Kenntnissen über anästhesierelevante Grunderkrankungen von Kindern (wie z. B. Vitium cordis, bronchopulmonale Dysplasie, Mucoviscidose, ex preterm-Babies, Allergien, Asthma bronchiale, Infektionserkrankungen).
- 1.7 Vermittlung, Erwerb und Nachweis von speziellen Kenntnissen in pathologischer Anatomie, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der häufigsten kinderchirurgischen Krankheitsbilder im Neugeborenenalter:
 - Ösophagusatresie
 - kongentiale Zwerchfellhernie
 - Gastroschisis, Omphalozele
 - Blasenektrophie
 - Meningomyelozele
 - Nekrotisierende Enterokolitis etc.und deren speziellen intra- und postoperativen Beatmung.
- 1.8 Vermittlung, Erwerb und Nachweis von speziellen Kenntnissen in der Notfalldiagnostik und -therapie polytraumatisierter und schwerverbrannter Kinder, deren intra- und postoperative Betreuung sowie die Vorgehensweise bei Wiederholungsnarkosen.
- 1.9 Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Fertigkeiten in der Anästhesie von Kindern in den operativen Fachgebieten Orthopädie, Augenheilkunde, Neurochirurgie, Herzchirurgie, Anästhesie bei Kindern mit Herzfehlern bei nicht-kardialen Eingriffen, Onkologie, Traumatologie, HNO- und Kieferchirurgie.

- 1.10 Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse in der postoperativen Überwachung, Analgesie, Volumensubstitutionstherapie und parenteraler Ernährung von Kindern.
- 1.11 Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse in der Diagnostik und Therapie postoperativer Störungen der
- Atemfunktion (postoperative Pneumonie, IRDS, Pneumo-, Sero-, Hämatothorax, Aspiration, Atelektase) mit konservativen und maschinellen Methoden.
 - Herz-Kreislauffunktion (Hypovolämie, Schock, Rhythmusstörungen etc.) mit medikamentösen und infusionstherapeutischen Maßnahmen
 - Stoffwechselfunktion (diabetische Stoffwechsellage etc.)
 - Blutgerinnung (Verlust- und Verbrauchskoagulopathien etc.) mit substitutionstherapeutischen Maßnahmen
 - Temperaturregulation
 - Nierenfunktion
 - ZNS
- 1.12 Vermittlung, Erwerb und Nachweis von Grundkenntnissen in der Indikationsstellung für bildgebende Verfahren, orientierende Kenntnisse in der Befundinterpretation
- 1.13 Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse in der Indikationsstellung zu Laboruntersuchungen in der postoperativen Überwachungsphase sowie bei postoperativen Störungen der Vitalfunktionen von Kindern.
- 1.14 Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse in der Diagnostik und Therapie postoperativer Infektionen, Septikämien und Sepsis bei Kindern unter Berücksichtigung der durchgeführten Operation.
- 1.15 Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Fertigkeiten in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen im Kreißsaal, Reanimation von Neugeborenen mit den für das Neugeborenenalter typischen Techniken, im Transport von Früh- und Neugeborenen im Inkubator, in der Notfallversorgung polytraumatisierter und schwerverbrannter Kinder, der Sicherung der Vitalfunktion bei pädiatrisch-intensivmedizinischen Krankheitsbildern (u. a. Epiglottis, Pseudokrapp), Reanimation von Kindern.
Grundkenntnisse in der Katheterisierung von Nabelvenen und Arterien.
- 1.16 Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Fertigkeiten in der Schmerztherapie chronisch kranker Kinder mit Hilfe regionalanästhesiologischer und systemisch-analgetischer Maßnahmen.
- 1.17 Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Fertigkeiten in speziellen Beatmungstechniken des Früh-, Neugeborenen- und Kleinkindesalter.

2. Voraussetzungen

- 2.1. Dauer und Ort der Ausbildung
- Dauer: 2 Jahre, davon ½ Jahr auf einer Intensivstation, auf der regelmäßig Kinder behandelt werden oder einer neonatologischen Intensivstation.
- Ort: Klinik bzw. Kinderklinik mit mehr als 1500 operativen Fällen und mehr als 6 intensivmedizinischen Betten

2.2. Nachweise

Anästhesien: 500,

- darunter 200 bei Kindern < 1 Jahr
- davon 50 bei Früh- und Neugeborenen

Fachgebietsspezifikation:

- Kinderchirurgie, Kinderurologie
- Neurochirurgie oder HNO, Augen, Orthopädie Kieferchirurgie, Traumatologie, Herzchirurgie, etc.
- selbständige Durchführung von mindestens 50 Anästhesien bei großen thorax- und abdominalchirurgischen Eingriffen
- selbständige Durchführung von 25 Narkosen bei endotrachealen/endo-bronchialen diagnostischen Eingriffen
- selbständige Durchführung von 50 Leitungs- und 25 rückenmarksnahen Anästhesien
- selbständige Durchführung von 25 zentralvenösen Zugängen und 25 arteriellen Kanülen/Punktionen

Intensivmedizin s. 2.1.

Infusionspläne bei 10 Kindern mit vollständiger parenteraler Ernährung.

19. **Homöopathie**

Der Antrag von Frau Dr. Auerswald (Drucksache IV-17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

- a) Wie durch Vertreter der Homöopathie beauftragt, wird der Kursstundenanteil von 160 Stunden auf 360 Stunden zu erhöhen, um die Qualität besser zu sichern.
- b) Für die Zusatzweiterbildung soll keine Facharztanerkennung Voraussetzung sein.
- c) Ebenso sollen die Fallseminare von 100 auf 200 Stunden verdoppelt werden.

20. **Änderungsantrag zu TOP 17 – Homöopathie**

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

Gemäß dem Wunsch der Vertreter der Ärztinnen und Ärzte für Homöopathie sollen folgende Zahlen richtiggestellt werden im Antrag IV-17

- a) ... vom 160 auf „240“ Std. zu erhöhen, ...
- b) soll gestrichen werden
- c) ... von 100 auf „200“ Std. verdoppelt werden.

Begründung:

Der Antrag gilt zur Qualitätssteigerung und Qualitätsbewahrung der z. Zt. praktizierten Weiterbildung.

Die Weiterbildung in der Homöopathie lässt sich aufgrund der Besonderheit des Faches nicht gleichermaßen anbieten wie in der Mehrzahl der anderen Weiterbildungsgänge. Die Anleitung über die homöopathischen Inhalte lässt sich in der laufenden Praxis nur eingeschränkt und im Rahmen der Hospitation ermöglichen, weil der Patient einen Zuhörer im intimen Gespräch nicht immer duldet.

Daher wurde bislang erfolgreich die Vermittlung von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten auf zwei Säulen aufgebaut, wie folgt:

Teil 1 Praktische Weiterbildung

Die dreijährige Weiterbildung wird in 14-tägigen Fallseminaren mit Supervision zu je 4 Std. (bzw. in monatlichen Fallseminaren mit Supervision zu je 8 Std.) unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten abgehalten. Dabei sollen vom Weiterzubildenden mindestens 50 Fälle selbstständig bearbeitet und vor allem chronische Erkrankungen begleitet oder in eigener Praxis unter Supervision behandelt werden.

Der Zeitaufwand für diese Arbeitsweise ist vergleichbar der Psychotherapie. Bei 25 Fallseminaren im Jahr zu je 4 Std. als typische Beispielvariation der Durchführung in Berlin (bzw. 12 – 13 Tagesseminaren zu je 8 Std.) ergeben sich ca. 300 Std. in drei Jahren.

Teil 2 Theoretische Weiterbildung

Das theoretische Wissen der Homöopathie wird in 6 Wochenkursen zu 40 Std. oder anderer Aufteilung gelehrt, was zusammen 240 Stunden ausmacht.

Die Kosten für die Gesamtweiterbildung der Zusatzbezeichnung Homöopathie (Teil 1 und 2) betragen zwischen 4.000 bis 5.000 Euro. Die Basis der Berechnung sind 10 Euro/Unterrichtsstunde/Teilnehmer.

Eine Bindung an einen homöopathischen Verband ist nicht erforderlich. Die Fallseminare und Kurse würde in der Zukunft idealerweise in direkter Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern angeboten werden. Das Curriculum über die theoretischen Inhalte (Teil 2) soll in der Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer möglichst bald überarbeitet werden.

21. *Änderung der Facharztbezeichnung „Facharzt für Plastische Chirurgie“ in „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“*

Der Antrag von Dr. Lutz und Prof. Dr. Lob (Drucksache IV-20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Facharztbezeichnung „Facharzt für Plastische Chirurgie“ wird in „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ geändert.

Begründung:

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung sieht für das Fach Plastische Chirurgie einen umfangreichen Operationskatalog in der Ästhetischen Chirurgie vor. Dadurch wird die Verankerung der Ästhetischen Chirurgie in der Plastischen Chirurgie, auch als Prüfungsfach, erneut bestätigt.

22. Plastische Operationen

Der Antrag von Dr. Seidler (Drucksache IV-39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bezeichnung der Zusatz-Weiterbildung „Plastische Operationen“ wird in „Plastische und Ästhetische Operationen“ geändert.

Begründung:

s. Antrag IV-20

HNO und MKG-Chirurgen sollen gleich den Plastischen Chirurgen, die Möglichkeit bekommen ihre Zusatzbezeichnung in der um „Ästhetische“ erweiterten Form anzukündigen können.

23. Zusatzbezeichnung Umweltmedizin

Der Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache IV-23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Wiederaufnahme der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin.

Die qualifizierte Patientenversorgung umweltmedizinischer Patienten ist durch den Wegfall der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin in der neuen Weiterbildungsordnung gefährdet. Zur Sicherstellung der künftigen Patientenversorgung die Aufnahme der Zusatz-Weiterbildung Umweltmedizin in die Weiterbildungsordnung zum nächstmöglichen Zeitpunkt aufgenommen werden.

Umweltmedizin

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Umweltmedizin umfasst die medizinische Betreuung von Einzelpersonen in Verbindung mit Umweltfaktoren.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung fachlicher Kompetenz in Umweltmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzungen zum Erwerb der Bezeichnung:

Anerkennung als Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder

48 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung.

Weiterbildungszeit:

- 6 Monate Weiterbildung gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3
- 120 Stunden Fallseminare einschließlich Supervision
- 200 Stunden Kurs-Weiterbildungszeit gemäß § 4 Abs. 8

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrung und Fertigkeiten in

- Umwelttoxikologie/Biomonitoring
- Umweltepidemiologie/Risikoabschätzung
- Außenluftverunreinigungen/Innenraumbelastungen
- Nahrung/Wasser/Abwasser

- Boden/Abfall
- Strahlung/Lärm
- Wetter, Klima/Ökobilanzen
- Umweltmedizinische Anamnese/Diagnostik/Differentialdiagnostik
- Umweltmedizinische Therapie/Begutachtung
- Umweltmedizinische Problemfälle/Psyché
- Umweltmedizinische Prävention
- Umweltschutz in Klinik und Praxis

24. *Kardio-MRT-Zusatz-Weiterbildung*

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

In den Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen wird nach Magnetresonanztomographie – fachgebunden – nach Seite 155 der MWBO 2003 folgender Punkt ergänzt:

Kardiale Magnetresonanztomographie / Kardio – MRT

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung kardiale Magnetresonanztomographie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie.

Kardiale Magnetresonanztomographie / Kardio – MRT (fachgebunden)

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie umfasst in Ergänzung zur Weiterbildung zum Kardiologen die Durchführung und Befundung schwerpunktbezogener Bildgebungsverfahren (Herz und herznahe Gefäße) mittels Magnetresonanztomographie.

Weiterbildungsziele:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz MRT- Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße durchzuführen und zu befunden, im Anschluss an die vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Anerkennung als Kardiologe (Schwerpunkt)

Weiterbildungszeit:

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

- 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden
- 6 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden.

Weiterbildungsinhalte:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Durchführung und Befundung gebietsbezogener Untersuchungen mittels Magnetresonanztomographie
- der Indikation und Differentialindikation mit anderen diagnostischen radiologischen Verfahren

- der Anwendung von Arznei- und Kontrastmittel bei MRT-Untersuchungen die Anwendung von pharmakologischen und dynamischen Belastungsuntersuchungen mittels MRT
- den physikalischen Grundlagen der Magnetresonanzverfahren und Biophysik einschließlich den Grundlagen der Patientenüberwachung incl. der Sicherheitsmaßnahmen für Patienten und Personal bei Anwendung von Magnetresonanzverfahren
- der Gerätekunde

Begründung:

Die Magnetresonanztomographie ist als nichtinvasives bildgebendes Verfahren ein unverzichtbarer Bestandteil der Bildgebung am Herzen und den herznahen Gefäßen. Die bildgebende Diagnostik (Echokardiographie, Herzkatheteruntersuchung mit Angiographien) einschließlich der zugehörige Belastungsuntersuchungen ist Bestandteil der Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie.

Die Zusatz-Weiterbildung fachgebundene Magnetresonanztomographie in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer ist gebietsbezogen, sie erstreckt sich damit auf das Gebiet der Inneren Medizin. Diese erweiterte Bildgebung ist für Kardiologen kein sinnvolles Weiterbildungsziel.

Der Kardiologe kann und muss aber aufgrund seiner speziellen Kenntnisse der Anatomie, Pathologie, Pathophysiologie und Hämodynamik, komplexe Veränderungen am Herzen und den herznahen Gefäßen diagnostizieren.

Dem eingeschränkten Umfang der Weiterbildung im Schwerpunkt entspricht die verkürzte Weiterbildungszeit von einem Jahr. Diese ist wahlweise bei einem Radiologen oder einer zugelassenen kardiologisch geleiteten Weiterbildungsstätte zu absolvieren.

25. PET Positionen (Protonen) Emissions-Tomographie

Der Antrag von Dr. Stocksmeier (Drucksache IV-28-a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ergänzung zu Antrag IV-28

Die „Protonen Emissions-Tomographie“ (PET) sollte in der „Kardialen Magnetresonanztomographie/Kardio-MRT“ gleichwertig inhaltlich mit eingeschlossen sein.

Es handelt sich um ein seit 30 Jahren bekanntes Verfahren mit sehr wenigen Komplikationen gegenüber einer konventionellen Herzkatheter-Untersuchung.

26. Angio-MRT-Zusatz-Weiterbildung

Der Antrag von Prof. Dr. Ludwig (Drucksache IV-41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen wird nach Magnetresonanztomographie – fachgebunden – nach Seite 155 der MWBO 2003 folgender Punkt ergänzt:

Angiologische Magnetresonanztomographie / Angio – MRT (fachgebunden)

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie umfasst in Ergänzung zur Weiterbildung zum Angiologen die Durchführung und Befundung schwerpunktbezogener Bildgebungsverfahren (Körpergefäße außer Herz und herznahe Gefäße) mittels Magnetresonanztomographie.

Weiterbildungsziele:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz MRT- Untersuchungen der Körpergefäße – außer derjenigen des Herzens und der herznahen Gefäße – durchzuführen und zu befunden, im Anschluss an die vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:
Anerkennung als Angiologe (Schwerpunkt)

Weiterbildungszeit:

12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für Radiologie gemäß § 5 Abs. 1, davon können bis zu
12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 abgeleistet werden

27. WBO Abschnitt 12.2 Schwerpunkt Kardiologie

Der Antrag von Frau Dr. Heinemann (Drucksache IV-29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Abschnitt

12.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie Seite 71/72 (Internist und Kardiologe/Internistin und Kardiologin) wird wie folgt geändert:

Der Weiterbildungsinhalt wird durch den Punkt:

„der Indikationsstellung, der Beurteilung und der Mitwirkung bei MRT-Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße“

ergänzt.

Begründung:

Genau wie die nuklearmedizinische Diagnostik und andere nichtinvasive bildgebende diagnostische Verfahren (Echokardiographie, Herzkatheteruntersuchung mit Angiographien) einschließlich der zugehörigen Belastungsuntersuchungen, welche schon feste Bestandteile der kardiologischen Weiterbildung sind, ist das Kardio-MRT für die kardiologische Diagnostik unverzichtbar.

Die kardiale MRT erweitert die diagnostischen Möglichkeiten der bisher im Schwerpunkt enthaltenen bildgebenden Verfahren bzw. wird sie in Zukunft teilweise ersetzen können. Der Kardiologe muss daher im Rahmen seiner Weiterbildung Erfahrungen mit der Indikationsstellung und der Interpretation von kardialen MRT-Untersuchungen erwerben.

An Kliniken und Praxen mit kardiologischem Versorgungsschwerpunkt ist die Diagnostik mittels kardialer Magnetresonanztomographie heute schon geübte Realität.

12.2 Facharzt /Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie (Internist und Kardiologe/Internistin und Kardiologin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen Innere Medizin und Kardiologie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der gemeinsamen Inhalte für die im Gebiet enthaltenen Facharzt-/Schwerpunktkompetenzen.

Weiterbildungsziel:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung und
- 36 Monate Weiterbildung im Schwerpunkt Kardiologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den gemeinsamen Inhalten für die im Gebiet enthaltenen Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen
- der Erkennung sowie konservativen und interventionellen Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der herznahen Gefäße, des Perikards
- Beratung und Führung von Herz-Kreislaufpatienten in der Rehabilitation sowie ihre sozialmedizinische Beurteilung hinsichtlich beruflicher Belastbarkeit
- der Durchführung und Beurteilung diagnostischer Herzkatheteruntersuchungen
- der Mitwirkung und Beurteilung therapeutischer Koronarinterventionen (z. B. PTCA, Stentimplantationen, Atherektomie, Rotablation, Brachytherapie)
- der Durchleuchtung, Aufnahmetechnik und Beurteilung von Röntgenbefunden bei Angiokardiographien und Koronarangiographien
- der Beurteilung von Valvuloplastien und interventionellen Therapien von erworbenen und kongenitalen Erkrankungen des Herzens und der herznahen Venen
- der medikamentösen und apparativen antiarrhythmischen Therapie einschließlich Defibrillation
- der Schrittmachertherapie und -nachsorge
- der Indikationsstellung und Nachsorge von Kardioverter-Defibrillatoren und Ablationen zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
- der Indikationsstellung, der Beurteilung und Mitwirkung bei MRT-Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße
- der interdisziplinären Indikationsstellung und Beurteilung nuklearmedizinischer Untersuchungen sowie chirurgischer Behandlungsverfahren
- der intensivmedizinischen Basisversorgung

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- Echokardiographie einschließlich Stressechokardiographie und Echokonstrastuntersuchung sowie Doppler-/Duplex-Untersuchungen des Herzens, der herznahen Venen
- transoesophageale Echokardiographie
- Rechtsherzkatheteruntersuchungen gegebenenfalls einschließlich Belastung
- Spiro-Ergometrie

- Linksherzkatheteruntersuchungen einschließlich der dazugehörigen Linksherz-Angiokardiographien und Koronarangiographien
- Langzeituntersuchungsverfahren, z. B. ST-Segmentanalysen, Herzfrequenzvariabilität, Spätpotentiale
- Applikation von Schrittmachersonden
- Schrittmacherkontrollen
- Kontrollen von internen Cardiovertern bzw. Defibrillatoren (ICD)

28. Überprüfung Weiterbildungsermächtigung

Der Antrag von Dr. Lindhorst und Prof. Dr. Doench (Drucksache IV-30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, mit Einführung der neuen Weiterbildungsordnung die Grundlagen der Ermächtigungen (Leistungsverzeichnisse, Anzahl der von Weiterzubildenden durchgeführten Eingriffe) jetzt zeitnah zu überprüfen. Es ist sicherzustellen, dass eine Klinik (sachteilig) mit hohen Weiterbildungszeiten die notwendigen Eingriffe tatsächlich den Weiterzubildenden anbietet.

29. Allgemeine Bestimmungen für die Abschnitte B und C

Der Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Berendes, Dr. Hülskamp, Frau Künanz und Frau Dr. Kramer (Drucksache IV-32) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der MWBO wird in den allgemeinen Bestimmungen für die Abschnitte B und C unter

„1. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung:

Die Weiterbildung beinhaltet unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen auch den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in (...)“ folgender Spiegelstrich eingefügt:

Geschlechtsspezifische Aspekte in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation

30. Änderung zu IV-32

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

Änderung der letzten Zeile von Antrag IV-32

Geschlechter- und altersspezifische Aspekte

anstatt

Geschlechtsspezifische Aspekte

31. Notfallmedizin/Übergangsbestimmungen

Der Antrag von Dr. Lindhorst und Herrn Leimbeck (Drucksache IV-33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Den Landesärztekammern wird eine großzügige Handhabung der Zugangsvoraussetzung zur Notfallmedizin empfohlen.

Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die mit Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnungen in den Landesärztekammern die Fachkunde Rettungsdienst bereits haben, können auf Antrag bei der Landesärztekammer die Umschreibung des neuen Titels „Notfallmedizin“ erhalten, da sie die inhaltlichen Voraussetzungen der neuen Zusatzweiterbildung erfüllen.

Begründung:

Die Übergangsbestimmung ist dringend notwendig, um die notfallmedizinische Versorgung flächendeckend aufrecht erhalten zu können.

Die Forderung einer kompletten persönlichen Einsatzbegleitung durch den Weiterbildungsermächtigten oder eine enge Handhabung der Übergangsbestimmung wären damit kontraproduktiv.

Die enge Handhabung der angedachten Regeln zur Erfüllung der Zusatzvoraussetzung wurde de facto zu einem Ausschluss insbesondere der niedergelassenen Ärzte aus dem Notarztwagen führen.

32. Gebiet Rechtsmedizin (Muster-)Weiterbildungsordnung

Der Antrag von Prof. Dr. Doench (Drucksache IV-34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Weiterbildungsinhalt des Gebietes Rechtsmedizin soll unter Spiegelstrich 51 neu eingefügt werden:

51 – Betreuung von Opfern und Angehörigen.

Begründung:

Der Rechtsmediziner ist in vielen Fällen der erste Arzt, der sich intensiv mit dem Opfer, dem Todesfall, dem plötzlichen Kindstod und den Angehörigen beschäftigen muss. Zu seinen Aufgaben als Arzt zählt auch die ärztliche Betreuung und der Opferschutz.

Dieser Aspekt fehlt in der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Dieser Weiterbildungsinhalt trägt wesentlich dazu bei, die Aufgaben des Gebietes im Sinne der ärztlich ethischen Tätigkeit zu erweitern.

33. Weiterbildung "Innere und Allgemeinmedizin" – Hausärztliche Versorgung

Der Antrag von Frau Künanz, Frau Dr. Groß und Frau Dr. Huber (Drucksache IV-36) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, in den entsprechenden Gremien darauf hinzuwirken, dass die Vereinbarungen/Regelungen hinsichtlich der finanziellen Förderung der Weiterbildungsstellen zum FA und zur FÄ für Allgemeinmedizin auf die Weiterbildungsstellen zum FA und zur FÄ für Innere und Allgemeinmedizin – hausärztliche Versorgung fortgeschrieben bzw. ergänzt werden.

So soll gewährleistet werden, dass alle Weiterbildungsstellen für die hausärztliche Versorgung finanziell gefördert werden, soweit die Voraussetzungen erfüllt sind.

34. Zusatzbezeichnungen

Der Antrag von Frau Dr. Groß und Frau Künanz (Drucksache IV-42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Voraussetzung, dass Zusatzweiterbildungen nur nach erfolgter Facharzt-Anerkennung erfolgen darf, muss entfallen.

Wie in der bisher gültigen Weiterbildungsordnung von 1992 soll stattdessen bei Zusatzbezeichnungen eine Mindestzeit in ärztlicher Tätigkeit definiert werden. Nach der MWBO 2003 ist es möglich Zusatzbezeichnungen mit der Bezeichnung „Arzt“ zu führen. (§ 3, (3))

Eine Kopplung aller Qualifikationen (Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen) an eine Facharztweiterbildung wäre gleichzusetzen mit einer Abwertung der Approbation. Hierzu darf es keinesfalls kommen.

Am Beispiel Qualitätsmanagement, welches lt. Gesetzeslage für viele Einrichtungen im Gesundheitswesen verpflichtend ist, zeigt sich, dass eine Kopplung an einen Facharzt nicht erklärbar sein kann und in der derzeitigen Praxis auch nicht notwendig ist. Ärztliches Qualitätsmanagement baut auf allgemeinem ärztlichen Wissen auf. Die Grundlage für dieses Wissen sollte mit Abschluss des Studiums und der Approbation gegeben sein.

35. Zukünftige Handhabung TOP Weiterbildung

Der Antrag von Dr. Thierse (Drucksache IV-46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag befasst sich nicht mit Änderungen der WBO, die von den Antragstellern vorher nicht zur Vorbereitung in der Ständigen Konferenz eingebracht worden sind.

Zu Punkt V der Tagesordnung: **Ärztliche Fortbildung – Sachstandsbericht**

1. (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-01) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Holzborn (Drucksache V-01b), Herrn Büchner und Dr. Boie (Drucksache V-01fneu) sowie Dr. Pickerodt (Drucksache V-01g) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Der 107. Deutsche Ärztetag nimmt die nachfolgend angeführte (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat zustimmend zur Kenntnis und bittet die Landesärztekammern, die (Muster-)Satzungsregelung auf der Basis der hier formulierten Rahmenbedingungen einzuführen. Er beauftragt den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung, diese Bemühungen zu begleiten und zu koordinieren.

(Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat

§ 1

Ziel der Fortbildung

Fortbildung der Ärzte und der Ärztinnen dient dem Erhalt und der dauerhaften Aktualisierung der fachlichen Kompetenz.

§ 2

Inhalt der Fortbildung

Durch die Fortbildung soll unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und neuer medizinischer Verfahren das zum Erhalt und zur Fortentwicklung der Kompetenz notwendige Wissen in der Medizin und der medizinischen Technologie vermittelt werden. Fortbildung soll sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre und fachübergreifende Kenntnisse und die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten umfassen. Die Fortbildung soll sich dabei auf alle medizinischen Fachrichtungen in ausgewogener Weise erstrecken. Ärztliche Fortbildung umfasst auch die Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen. Die ärztliche Fortbildung schließt außerdem Methoden der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Medizin ein. Bundeseinheitliche Vorgaben zum angemessenen Umfang der Fortbildung sind zu beachten.

§ 3

Fortbildungsmethoden

- (1) Der Arzt/die Ärztin sind in der Wahl der Art ihrer Fortbildung frei. Art und Weise des Wissenserwerbs sind auf die individuell unterschiedlichen Formen des Lernverhaltens auszurichten.
- (2) Soweit die Fortbildung insbesondere durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen nach Abs. 3 Nr. 2 erfolgt, soll der Arzt oder die Ärztin der Fortbildungspflicht durch die Wahrnehmung von Fortbildungsmaßnahmen entsprechen, welche die Kammer anerkennt.
- (3) Geeignete Methoden der Fortbildung sind insbesondere:
 1. Mediengestütztes Eigenstudium (z. B. Fachliteratur, audiovisuelle Lehr- und Lernmittel, strukturierte interaktive Fortbildung);

2. Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (z. B. Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse, Kolloquien, Qualitätszirkel);
3. Klinische Fortbildung (z. B. Hospitationen, Fallvorstellungen);
4. Curriculär vermittelte Inhalte, z. B. in Form von curriculärer Fortbildung, Weiterbildungskurse, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind, Zusatzstudiengänge.

§ 4

Organisation des Fortbildungsnachweises

- (1) Die Ärztekammer fördert die Fortbildung der Kammermitglieder durch das Angebot eigener Fortbildungsmaßnahmen sowie die Anerkennung der geeigneten Fortbildungsmaßnahmen als Grundlage eines Nachweises der beruflichen Fortbildungspflicht.
- (2) Der Förderung der Fortbildungspflicht und ihres Nachweises dient insbesondere das Fortbildungszertifikat der Kammer (§ 5), welches auf der Grundlage der nachstehenden Vorschriften jedem Arzt/jeder Ärztin auf deren Antrag nach Maßgabe der Erfüllung der geregelten Voraussetzungen erteilt wird.

§ 5

Fortbildungszertifikate der Ärztekammer

Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn der Arzt oder die Ärztin innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von [drei] [fünf] Jahren Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe die nach den Regeln des § 6 ermittelte Mindestbewertung von [150] [250] Punkten erreichen.

Für den Erwerb des Fortbildungszertifikats können nur die in § 6 Abs. 2 geregelten Fortbildungsmaßnahmen wahrgenommen werden; ferner ist die vorherige Anerkennung der anzurechnenden Fortbildungsmaßnahmen nach Maßgabe des § 7 Voraussetzung. § 12 bleibt unberührt. Das Anerkennungsverfahren richtet sich nach §§ 7 bis 11.

§ 6

Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die Fortbildungsmaßnahmen werden mit Punkten bewertet. Grundeinheit ist eine 45-minütige Fortbildungseinheit. Die Kategorien und die Bewertungsskala im Einzelnen ergeben sich aus Absatz 2.
- (2) Folgende Arten von Fortbildungsmaßnahmen sind für das Fortbildungszertifikat geeignet und werden wie folgt bewertet:

Kategorie A:	Vortrag und Diskussion 1 Punkt pro Fortbildungseinheit, maximal 8 Punkte pro Tag
Kategorie B:	Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland, wenn kein Einzelnachweis entsprechend Kategorie A bzw. C erfolgt, 3 Punkte pro ½ Tag bzw. 6 Punkte pro Tag
Kategorie C:	Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z. B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, Literaturkonferenzen, praktische Übungen) 1. 1 Punkt pro Fortbildungseinheit, 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltung bis zu 4 Stunden 2. höchstens 2 Zusatzpunkte pro Tag
Kategorie D:	Strukturierte interaktive Fortbildung über Printmedien, Online-Medien und audiovisuelle Medien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform. 1 Punkt pro Übungseinheit
Kategorie E:	Selbststudium durch Fachliteratur und -bücher sowie Lehrmittel Innerhalb der Kategorie E werden höchstens [30] [50] Punkte für [drei] [fünf] Jahre anerkannt
Kategorie F:	Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge 1. Autoren erhalten 1 Punkt pro Beitrag 2. Referenten/Qualitätszirkelmoderatoren erhalten 1 Punkt pro Beitrag/Poster/Vortrag <i>zusätzlich</i> zu den Punkten der Teilnehmer
Kategorie G:	Hospitationen 1 Punkt pro Stunde, höchstens 8 Punkte pro Tag
Kategorie H:	Curriculär vermittelte Inhalte, z. B. in Form von curriculärer Fortbildungsmaßnahmen, Weiterbildungskurse, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind, Zusatzstudiengänge 1 Punkt pro Fortbildungseinheit
Lernerfolgskontrolle:	1 Zusatzpunkt bei den Kategorien A und C

- (3) Die Ärztekammer erlässt ergänzende Richtlinien zur Bewertung der Fortbildungsmaßnahmen, bei denen sie die bundeseinheitlichen Kriterien zugrundelegt. Die Richtlinien enthalten auch die Ausnahmen, bei denen die Höchstanzahl von Bewertungspunkten in begründeten Ausnahmefällen in den einzelnen Kategorien bei ansonsten gleichwertiger Fortbildung überschritten werden darf.

§ 7

Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Grundsätzlich können nur solche Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien A bis D, G und H des § 6 Abs. 2 der Erteilung des Fortbildungszertifikats zugrundegelegt werden, welche vor ihrer Durchführung von einer Ärztekammer anerkannt worden sind. Über Maßnahmen der Kategorie F des § 6 Abs. 2 muss der Arzt oder die Ärztin bei Stellung des Antrags auf Erteilung des Fortbildungszertifikats einen geeigneten Nachweis führen.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen anderer Veranstalter werden nach Maßgabe der §§ 8 und 9 anerkannt.

§ 8

Voraussetzungen der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass die zu vermittelnden Fortbildungsinhalte
 1. den Zielen der Berufsordnung und dieser Fortbildungsordnung entsprechen
 2. die bundeseinheitlichen Empfehlungen der Ärztekammern für die Qualitätssicherung der ärztlichen Fortbildung (in: "Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung") berücksichtigen;
 3. frei von wirtschaftlichen Interessen sind.

Die Fortbildung soll grundsätzlich arztöffentlich sein. Veranstalter und Referenten müssen der Ärztekammer ökonomische Verbindungen zur Industrie offen legen.

- (2) Für Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien A bis D, G und H des § 6 Abs. 2 muss grundsätzlich ein Arzt/eine Ärztin als wissenschaftlich Verantwortliche/r bestellt sein.

§ 9

Verfahren der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die Anerkennung erfolgt auf Antrag des Veranstalters. Im Antrag ist der Verantwortliche nach § 8 Abs. 2 zu benennen.
- (2) Zum Anerkennungsverfahren beschließt der Vorstand der Ärztekammer Richtlinien. Die Richtlinien bestimmen einheitlich für alle in Betracht kommenden Maßnahmen der Kategorien A bis D, G und H des § 6 Abs. 2 die Voraussetzungen zur Anerkennung unter Zugrundelegung der Kriterien der Bundesärztekammer im Hinblick auf folgende Einzelheiten:
 1. Antragsfristen;
 2. Inhalt der Anträge;
 3. Methoden der Lernerfolgskontrolle;

4. Teilnehmerlisten;
 5. Teilnehmerbescheinigungen;
 6. Besondere Regelungen für die Anerkennung einzelner Fortbildungsarten.
- (3) Der Veranstalter muss schriftlich erklären, dass die Empfehlungen der Bundesärztekammer nach § 8 (1) 2. beachtet werden.
- (4) Der Veranstalter kann durch die Ärztekammer beauftragt werden, für die teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen mit deren Einwilligung den Nachweis der Teilnahme an der anerkannten Fortbildungsveranstaltung unmittelbar der Ärztekammer zuzuleiten.

§ 10 Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern

Auf Antrag kann einem geeigneten Veranstalter durch die Ärztekammer für alle von ihm durchgeführten Veranstaltungen oder bestimmte Veranstaltungen die Zusage erteilt werden, dass die Fortbildungsveranstaltungen ohne Einzelprüfung anerkannt werden. Die Zusage wird an Bedingungen gebunden. Dabei ist sicherzustellen, dass der Veranstalter bei Auswahl und Bewertung der Veranstaltungen nachweislich die Bestimmungen dieser Satzung zugrunde legt.

§ 11 Gegenseitige Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

Die Ärztekammer erkennt von einer anderen Heilberufskammer anerkannte Fortbildungsmaßnahmen als Grundlage der Erteilung eines Fortbildungszertifikats an.

§ 12 Fortbildung im Ausland

- (1) Im Ausland durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen werden anerkannt, wenn sie den Voraussetzungen dieser Fortbildungsordnung ihrem Wesen nach entsprechen. Die Notwendigkeit einer vorherigen Anerkennung kann entfallen.
- (2) Der Arzt oder die Ärztin müssen einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der es gestattet, die Einhaltung der Kriterien nach § 8 zu prüfen.

2. Praxisrelevanz der Fortbildung und des Fortbildungszertifikats

Der Antrag von Dr. Lipp (Drucksache V-05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag setzt sich bei den Arbeiten für eine (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat dafür ein, dass

1. Fortbildungen, die wirtschaftliche Praxisführung sowie berufs- und gesundheitspolitische Inhalte umfassen, nach gleichen Kriterien bewertet werden wie medizinische Fachfortbildungen;
2. für mehrtägige Kongresse im In- und Ausland ohne Einzelnachweis von der Vorab-Anerkennung durch eine Ärztekammer ausgenommen werden;
3. Hospitationen mit mindestens zwei Punkten pro Stunde bewertet werden;

4. die Kosten und Finanzierung bei den Fortbildungsveranstaltern liegen und keine Gebühren für die Zertifizierung durch die Kammern erhoben werden.

Begründung:

Die praktischen Abläufe der täglichen Arbeit müssen mit der Fortbildungserfordernis in einer Weise kompatibel sein, die Bürokratie auf ein Minimum beschränkt und individuelle Wahlmöglichkeiten in der Fortbildung in ausreichendem Maß zulässt. Die praxisrelevante Ausrichtung der ärztlichen Fortbildung erfordert zudem gleiche Chancen für Ärztinnen und Ballungszentren und in ländlichen Bereichen.

3. Fortbildung und Fortbildungszertifikat – (Muster-)Satzungsregelung

Der Antrag von Dr. Kaplan und Dr. Stöckle (Drucksache V-01a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 107. Deutsche Ärztetag möge folgende Änderungen bzw. Ergänzungen zur (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat beschließen:

§ 6 Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen Absatz 2

Kategorie B: Punkt 2 streichen – keine Höchstbegrenzung

Kategorie C:

- 1) 1 Punkt pro Fortbildungseinheit
- 2) Zusatzpunkt für Interaktivität
1 Punkt pro Veranstaltung bis zu 4 Stunden, max. 2 Punkte pro Tag

Lernerfolgskontrolle: 1 Punkt pro Veranstaltung bis zu 4 Stunden, max. 2 Punkte pro Tag bei den Kategorien A und C.

4. Muster-Fortbildungsordnung § 11

Der Antrag von Dr. Albrecht (Drucksache V-01d) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In § 11 soll ein zweiter Satz angefügt werden, mit dem Wortlaut:

„Dabei ist sicherzustellen, dass die anderen Heilberufskammern vergleichbare Bewertungen vornehmen.“

5. Ärztliche Fortbildung

Der Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache V-04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

I.

1. Fortbildung ist integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung. Sie ist ein Element der Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit.

2. Zeitpunkt, Inhalt und Dauer der Fortbildung ergeben sich aus den Anforderungen der Patientenversorgung und müssen daher vom einzelnen Arzt selbst bestimmt werden.
3. Die Möglichkeit zur Fortbildung ist allen Ärztinnen und Ärzten in gleichem Maße und unabhängig von Ausbildungsstand, Funktion oder beruflicher Position zu eröffnen.
4. Fortbildung ist Teil der ärztlichen Arbeitsleistung. Sie sollte in erster Linie während der Arbeitszeit stattfinden. Ärztinnen und Ärzten sollte es ermöglicht werden, sich auch am Arbeitsplatz (beispielsweise per Internet) fortbilden zu können.
5. Die Kosten der Fortbildung sind bei angestellten Ärztinnen und Ärzten vom Arbeitgeber zu tragen.
6. Die ärztliche Fortbildung muss einheitlich und unabhängig zertifiziert werden. Deshalb ist das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern die hierfür geeignete und ausreichende Dokumentationsform der Fortbildung aller Ärztinnen und Ärzte.
7. Auch ärztliche Fortbildung bedarf der ständigen wissenschaftlichen Erforschung. Die Weiterentwicklung von Fortbildungsmethoden muss auf wissenschaftlicher Basis folgen.

II.

Hierzu sind unter anderem folgende Maßnahmen erforderlich:

1. Vermehrte Anstrengungen zur Entwicklung einer bedarfsgerechten, patienten-nahen und problemorientierten Fortbildung durch die Fortbildungsanbieter mit dem Ziel einer Steigerung der Effizienz von Fortbildung insbesondere durch
 - optimale Zeitökonomie (Informationsgehalt pro Zeiteinheit, Transparenz des Angebotes, Flexibilität der Nutzung)
 - optimierte Nutzung von didaktischen Synergieeffekten (z. B. durch interdisziplinären Ansatz, Berücksichtigung ethischer, gesundheitsökonomischer und juristischer Gesichtspunkte usw.)
 - inhaltliche Aktualität und Objektivität
 - Ausbau der digitalen und internetbasierten Fortbildung durch:
 - verbesserte Nachweismöglichkeiten für die individuelle Nutzung von digitalen und internetbasierten Fortbildungsangeboten
 - Anpassung der Bewertungskriterien für digitale und internetbasierte Fortbildung
2. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern uneingeschränkt auch als die einheitliche Dokumentationsform der individuellen Fortbildung von Fachärzten im Krankenhaus anzuerkennen.

3. Die Festlegung auf bundeseinheitliche Bewertungskriterien und Zertifizierungsverfahren für die Fortbildung durch die Ärztekammern werden vom 107. Deutschen Ärztetag nachdrücklich unterstützt.
4. Die Bundesärztekammer und die einzelnen Kammern müssen eine Struktur definieren, die eine unbürokratische organisatorische Abwicklung der Zertifizierung und eine flexible Anpassung der Bewertungskriterien an Neuentwicklungen ermöglicht.
5. Die aktuell gültigen Bewertungskriterien für den Erwerb von Fortbildungspunkten sind über die zeitliche Dauer als zur Zeit einzigem Bewertungsfaktor hinaus stärker durch Aspekte der inhaltlichen Qualität von Fortbildung zu ergänzen.
6. Für die Bewertung der Objektivität von Fortbildung sind neben verfahrenstechnischen insbesondere inhaltlich orientierte Prüfkriterien zu entwickeln.
7. Die Organe der Selbstverwaltung und die Universitäten werden aufgerufen, aktiv Projekte zur wissenschaftlichen Erforschung der Fortbildung anzustoßen, die Teil einer staatlich finanzierten Versorgungsforschung sein sollten.
8. Gesetzgeber und Krankenkassen werden aufgefordert, zusammen mit der Ärzteschaft Fortbildung aktiv als konstitutiven und operationalisierten Teil in neuen Versorgungsformen, insbesondere in den neu zu schaffenden Strukturen der integrierten Versorgung, zu verankern und wissenschaftlich zu evaluieren.

6. *Kontinuierliche berufliche Entwicklung (CPD) sichern*

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache V-02) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer soll den Begriff der Fortbildung in der (Muster-)Fortbildungssatzung in Zukunft weiter fassen und an den europäischen Vorgaben der umfassenden kontinuierlichen beruflichen Weiterentwicklung (CPD-Continuing Professional Development) ausrichten.

Begründung:

Nicht allein die Vermittlung rein medizinisch-fachlicher Inhalte, sondern eine gesamtheitliche berufliche Weiterentwicklung des Arztes muss zukünftig gewährleistet sein, um den immer komplexeren beruflichen Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen.

Dabei kann es sich um verschiedenste Inhalte und Maßnahmen (wie z. B. ökonomische, gesundheitspolitische, kommunikative und viele andere) handeln, die geeignet sind, die Weiterentwicklung der Fähigkeit des einzelnen Arztes zu fördern.

Dies muss sich auch in der Fortbildungsordnung und der Anerkennung/Anrechnung entsprechender Maßnahmen niederschlagen.

7. *Fortbildungszertifikate*

Auf Antrag von Prof. Dr. Griebenow, Herrn Henke, Dr. Hansen, Dr. Mitrenga, Prof. Dr. Bertram und Dr. Gudat (Drucksache V-07) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Alle vor dem 30.06.2009 erworbene Fortbildungspunkte und -zertifikate sollen auf den gesetzlich geforderten Fortbildungsnachweis angerechnet werden. Dies schließt insbesondere auch vor dem 01.07.2004 erworbene Fortbildungspunkte und -zertifikate mit ein.

8. Rahmenbedingungen für die ärztliche Fortbildung

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache V-03) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Bei bundeseinheitlicher gesetzlicher Verpflichtung zur Fortbildung müssen auch die Rahmenbedingungen bundesweit einheitlich geregelt werden (z. B. gesetzlicher Anspruch auf Arbeitsfreistellung).

9. Refinanzierung der Fortbildung

Auf Antrag von Dr. Lindhorst (Drucksache V-06) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Fortbildung ist integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeiten. Politik und Krankenkassen werden aufgefordert, die Refinanzierung der Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte durch Bereitstellung entsprechender finanzieller Mittel zu gewährleisten.

Ärztliche Fortbildung muss als Bestandteil der Arbeitszeit anerkannt werden.

10. Ärztliche Fortbildung

Der Antrag von Frau Prof. Dr. Braun und Dr. Hoffert (Drucksache V-09neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Rahmen der ärztlichen Fortbildung werden für wissenschaftliche Veröffentlichungen und neue Vorträge jeweils 8 Punkte anerkannt.

Begründung:

Das intensive Auseinandersetzen mit einem wissenschaftlichen Gebiet bei der Vorbereitung einer Publikation wird durch die bisherige Bepunktung mit nur einem zusätzlichen Punkt diskriminiert. Um der Versorgungsforschung die Türen zu öffnen, ist eine angemessene Bewertung wissenschaftlicher Arbeiten erforderlich. Das gilt ebenso für die Realisierung eines Referates. Es ist unzweifelhaft, dass sich der Referent länger und umfanglicher mit dem jeweiligen Thema zu beschäftigen hat.

Zu Punkt VI der Tagesordnung: **Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit

1. Entbürokratisierung der Medizin

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-01) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Alle im Gesundheitswesen verantwortlichen Institutionen wie das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Fachgesellschaften und der Gemeinsame Bundesausschuss werden von der Deutschen Ärzteschaft aufgefordert, ihre Dokumentationsansprüche und -pflichten kritisch zu hinterfragen und einer Sinnprüfung zu unterziehen. Als gemeinsames Ziel muss eine massive Reduzierung der Dokumentationsmengen angestrebt werden. Auch wir als Ärztekammern schließen uns hier nicht mehr aus.

Die zu diesem Zweck bereits gebildete Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer wird beauftragt, bis zum 108. Deutschen Ärztetag in Berlin gemeinschaftlich mit allen Verantwortlichen ein Konzept zur Optimierung und Reduzierung der Dokumentation zu erarbeiten und auf den Weg zu bringen und ggf. diesbezügliche Projekte oder Studien durchzuführen oder zu veranlassen.

Begründung:

Alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, ob im ambulanten oder stationären Bereich tätig, beklagen die immer weiter zunehmende Dokumentationsflut. Die ureigenste Tätigkeit, die Versorgung und Behandlung von Patientinnen und Patienten, leidet darunter erheblich. Nur unter erheblichem persönlichen Einsatz ist die Patientenversorgung noch aufrecht zu erhalten.

Im Krankenhausbereich hat sich der ärztliche Dokumentationsaufwand mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen noch einmal beträchtlich erhöht. Die Abwicklung der stetig häufiger und umfangreicher werdenden Rückfragen von Kostenträgern und Medizinischem Dienst blockieren die ärztliche Tätigkeit zunehmend. Die Dokumentation der Notwendigkeit der stationären Aufnahme eines Patienten bei Erbringung besonderer ambulanter Operationen einerseits und zu übrigen Krankenhausbehandlungen andererseits nach unterschiedlichen, sich teils widersprechenden Kriterienkatalogen schafft überflüssige Reibungsverluste. Dies muss dringend anders werden!

Die Studie „Dokumentationsaufwand im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge“ des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), hat die ärztliche Dokumentationsleistung von insgesamt 1 010 Ärztinnen und Ärzten untersucht. Demnach beträgt der Zeitaufwand für die ärztliche Dokumentation in der Chirurgie 2,42 und in der Inneren Medizin 3,15 Stunden je Tag. Davon entfallen jeweils 20 % (Chirurgie) bzw. 25 % (Innere Medizin) auf rein administrative Dokumentationsaufgaben. Nach der Schlussfolgerung der DKI-Studie könnten im günstigsten Fall allein durch die Delegation der administrativen Dokumentation und die Optimierung beim Schreiben der Arztbriefe rund eine Stunde Dokumentationszeit pro Arzt und Arbeitstag eingespart werden. Dies entspricht etwa einem Drittel des krankenhausesärztlichen Dokumentationsaufwandes insgesamt.

Eine ähnliche Situation zeigt sich bei den Kassenärzten. Bei ca. 60 unterschiedlichen Formularen, mit denen sich ein Kassenarzt in der Praxis täglich auseinandersetzen muss, sind und bleiben die Krönung die Formulare zu den Disease-Management-Programmen, den DMPs. Nicht nur, dass diese ausgesprochen unhandlich beim Ausfüllen sind: Der kleinste Fehler führt dazu, dass die auswertende Institution sie wieder zurücksendet und der Patient seine Einwilligung erneut dazu geben muss. Die Vorstellung, dass neben Diabetes mellitus und Mamma-Carcinom der gleiche Dokumentationsaufwand für Hypertonus oder KHK aufgebracht werden muss, sprengt alle Maßstäbe. Die Qualität der Versorgung wird durch die DMPs keinesfalls verbessert, sondern ist ausschließlich auf die finanzielle Systematik des Risikostrukturausgleiches ausgerichtet. Selbst gutwillige Ärztinnen und Ärzte signalisieren, dass dies nicht mehr machbar sei. Bei der Durchsicht der DMP-Formulare zeigt sich, dass mindestens die Hälfte des Erfassungsumfanges eingespart werden könnte.

Im Bereich der externen Qualitätssicherung, die verpflichtend nach § 137 SGB V für Krankenhausleistungen erbracht werden muss, müssen alle Beteiligten weiter den eingeschlagenen Weg verfolgen, mit Hilfe einer geschickten Reduzierung der Items, verbesserter EDV-Lösungen und unter verstärkter Ausschöpfung der administrativen Routinedaten mit reduziertem Dokumentationsaufwand zu demselben Ergebnis zu kommen.

Ein weiteres Ziel muss es sein, gemeinsam mit Datenschützern, allen beteiligten Institutionen und den Softwareherstellern Wege und Standards zu finden, damit medizinische Daten nur einmal erhoben werden müssen, um diese dann unterschiedlichen Auswertungen zuführen zu können. Es kann nicht sein, dass Daten z. B. bei Tumorerkrankungen dreimal separat erhoben werden müssen für das Krebsregistergesetz, für DMPs und für die sinnvollen Jahrzehnte lang bestehenden klinischen Tumorregister. Hier müssen Rechtsverordnungen durch den Gesetzgeber so geändert werden, dass DMP-Daten nicht nur für DMPs verwandt werden dürfen. Es führt zu keinem Schaden von Patienten, sondern reduziert drei Formulare auf eins.

Datenerhebungen zur Qualitätssicherung, die nicht für definierte Qualitätsziele und auf der Grundlage von konkreten Auswertungskonzepten durchgeführt werden, sollten unterbleiben. Daten, die später nicht sinnvoll genutzt werden, dürfen erst gar nicht erhoben werden!

Die Ressource „Arzt“ ist bei der Arbeitsverdichtung, den steigenden Fallzahlen von schwer Erkrankten, dem Ärztemangel und dem ökonomischen Druck freizusetzen für seine ursprüngliche Aufgabe: die Versorgung von Kranken.

Dies gilt gleichermaßen für die Pflege und andere Gesundheitsfachberufe. Jede eingesparte Minute überflüssiger und doppelter Dokumentation kommt der Zuwendung zu den Patientinnen und Patienten unmittelbar zu Gute!

Darüber hinaus wird jede Reduktion überflüssiger Dokumentation zu einer größeren Arbeitszufriedenheit führen. Ärztinnen und Ärzte sowie nichtärztliche Gesundheitsfachberufe, die nicht länger um des Dokumentierens willen, sondern mit dem Ziel der bestmöglichen Versorgung ihrer Patienten dokumentieren, werden nicht mehr aus ihrem Beruf entfliehen.

2. *Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung stärken*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-07) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die Verantwortlichen, die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit durch eine umfassende Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit sowie durch eine Anpassung der Vergütung auf ein angemessenes Niveau und Aufrechterhaltung bzw. Schaffung ausreichender Kinderbetreuungsmöglichkeiten wieder so attraktiv zu gestalten, dass sich genügend deutsche Nachwuchsmediziner für kurative Tätigkeiten im deutschen Gesundheitswesen entscheiden.

Die Ergebnisse der jüngsten Ärztestatistik machen deutlich, dass dem Nachwuchsmangel an Ärzten in Deutschland begegnet wird, indem verstärkt Ärzte im osteuropäischen Ausland und Österreich angeworben werden. Vakante ärztliche Stellen in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer können fast nur noch mit Ärzten aus Polen, Russland, der Ukraine, Tschechien und der Slowakei besetzt werden. Die Zahl der ausländischen Ärzte, die in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer arbeiten, ist im Jahre 2003 um 56,4 % gestiegen, die Zahl der osteuropäischen Ärzte in diesen Krankenhäusern um 90,6 %. Ohne die ausgeprägte Zuwanderung ausländischer Ärzte in die neuen Bundesländer wäre die Zahl der berufstätigen Ärzte dort gesunken. Das bedeutet, dass das Gesundheitswesen in Deutschland in zunehmendem Maße von der Zuwanderung ausländischer Ärzte abhängig wird. Ohne einen erhöhten Zustrom an ausländischen Ärzten, der seit zwei Jahren zu beobachten ist, ist die Funktionsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems gefährdet.

Es ist wichtig, dass der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit grundlegend verbessert, damit die kurative ärztliche Tätigkeit in unserem Land für inländische Nachwuchsmediziner wieder attraktiv wird. Diese wandern entweder in nicht-kurative Berufsfelder ab oder gehen ins Ausland, um dort ihre ärztliche Tätigkeit unter wesentlich attraktiveren Umfeldbedingungen ausüben zu können.

3. *Bürokratie in der Arztpraxis*

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VI-36) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Deutsche Ärzteschaft richtet sich gegen jede weitere Bürokratisierung ihrer Tätigkeit und fordert von den Entscheidungsträgern eine deutliche Beschränkung der Bürokratie in Praxis und Klinik.

Wir fordern eine Minimierung des Aufwandes an medizinischer Dokumentation bei DMP und DRG, wir fordern eine Reduktion der Nachfrageleistungen der Krankenkassen, wir fordern eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes zur Begründung optimaler Patientenversorgung.

Begründung:

Die Deutsche Ärzteschaft unterstützt Bemühungen zur Reform des Gesundheitswesens, soweit die Wissenschaftlichkeit der Maßnahmen dem aktuellen Stand entsprechen.

Entwicklungen der letzten Jahre aber laufen dieser Forderung entgegen. Einführung von DMP und DRG ebenso, wie auch eine massive Zunahme der Nachfragen der GKV verhindern zunehmend eine ausreichende Patientenversorgung.

Der Arzt/die Ärztin in Klinik und Praxis ist zunehmend damit beschäftigt, nicht evaluierbare Dokumentationsbögen auszufüllen. Die Zeit für sparsamere qualitätsgesicherte Patientenbetreuung durch Zuwendung wird dabei aber immer geringer.

Erschwerend tritt der Ärztemangel insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern hinzu.

Es ist nicht nur eine Tendenz, sondern Gewissheit, dass sich der Arzt durch politische und bürokratische Vorgaben immer weiter von seinem Patienten entfernen muss, kostet allein die Erstellung eines DMP-Dokumentationsbogens 10 – 15 Minuten Zeit. Die Flut von Bescheinigungen zur Erlangung der Befreiung von Zuzahlungen, Nachfragen bei Arbeitsunfähigkeit – nicht zuletzt oft, wenn der Patient bereits seit langem wieder arbeitsfähig ist, oder auch nach sehr kurzer Dauer der Arbeitsunfähigkeit und unzählige andere Dokumentationsbögen fern ab der medizinischen Tätigkeit behindern die ärztliche Tätigkeit in der Praxis massiv.

In den Kliniken sind DRG und ebensolche Anfragen der GKV tägliches Ärgernis der Kolleginnen und Kollegen.

Die bereits heute bestehende Bürokratie und deren zu erwartende Ausweitung unterminieren das Arzt-Patientenverhältnis und sind Ausdruck des Misstrauens gegenüber der Deutschen Ärzteschaft.

4. Ethik in der Medizin

Auf Antrag von Prof. Dr. Haupt (Drucksache VI-38) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Ärzteschaft wird trotz der ökonomisch ausgerichteten Maßnahmen der Bundesregierung und einer fortschreitenden Bürokratisierung ihr ärztliches Handeln nach den Maßstäben der ärztlichen Ethik ausrichten und ein von Vertrauen geprägtes Patienten-Arzt-Verhältnis erhalten. Dem Wohl des Patienten zu dienen, Krankheitsverhütung und Heilung sowie krankheitsbegleitende Betreuung und der feste Wille, dem Patienten nicht zu schaden, bleiben höchste Wertprinzipien. Die Ärzteschaft wendet sich deshalb gegen Überfremdung ärztlicher Tätigkeit, zunehmende bürokratische Reglementierung, Ökonomisierung und Verrechtlichung der Medizin.

Begründung:

Der organisch, seelisch oder sozial beeinträchtigte Bürger sucht einen in sich ruhenden hochkompetenten Arzt und keinen Leistungserbringer, der am Rande seiner Leistungsfähigkeit agiert. Er darf auf eine uneingeschränkte Zuwendung ebenso vertrauen wie auf einen der intensiven Fortbildung verpflichteten selbstkritischen Arzt, der die ganzheitliche und interdisziplinäre Betreuung anstrebt.

Die Gesundheitsreform der Bundesregierung stellt in erster Linie auf die Konsolidierung der Einnahmen- und Ausgabenseite im Gesundheitssystem ab. Diese ökonomische Ausrichtung einer strukturverändernden Maßnahme in einem hochsensiblen Gebiet, wie es das Gesundheitssystem darstellt, birgt Gefahren hinsichtlich der Versorgungs- und Betreuungsqualität für Patienten und ethische Konsequenzen für die Ärztinnen und Ärzte, weil diese als nicht frei wirtschaftlich agierende freie Berufsgruppe den ökonomischen Zwängen ausgeliefert sind. Ökonomie und Kostentransparenz in der Medizin an sich sind nichts schlechtes. Es ist vielmehr Ausdruck von

Verantwortung, wenn mit dem Geld der Versicherten und mit subventionierenden Steuergeldern wirtschaftlich umgegangen wird.

Aus ethischer Sicht ist es aber nicht zu vertreten, dass Rationierung hinter dem Rücken der Betroffenen statt findet. Eine offene Diskussion mit den Patienten, aber auch in der Gesellschaft wäre dem Prinzip des aufgeklärten Patienten angemessen.

Die Ärzte werden durch die Politik immer mehr in die Rolle eines Gewerbetreibenden gedrängt, mit der Konsequenz der Aufgabe zentraler Grundphilosophien des Berufsstandes und der altruistischen Beweggründe für die Berufsergreifung. Die Persönlichkeit des Arztes unterliegt damit langfristig einem Wandel.

Schon Hippokrates ahnte den Konflikt zwischen ärztlicher Tätigkeit und der Notwendigkeit einer Vergütung dieser „Leistung“. Es handelte sich von je her um einen Spagat im Felde des Ethischen und des Geldes, denn wenn eine ärztliche Behandlung ausgeübt wird, so muss diese Tätigkeit auch vergütet werden. Die Frage, wird die ärztliche Tätigkeit ausgeübt, um Geld zu verdienen, oder wird sie vergütet, weil auch ein Arzt leben können muss, gewinnt an Bedeutung. Die über Jahrhunderte währende ärztliche Ethik setzte das Primat auf eine ärztliche Tätigkeit, die ausschließlich dem ärztlichen Gewissen, ihrer Freiberuflichkeit und Entscheidungsfreiheit verantwortlich war.

Die Entwicklung des Gesundheitswesens in der ehemaligen Bundesrepublik seit der Mitte des vergangenen Jahrhunderts und heute hat die Akzente verschoben. Der Arztberuf wurde zu einem Beruf des Geldverdienens mit allen in diesem Begriff schlummernden Gefahren.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz mit der Einführung von DRG und DMP bringt nun eine zusätzliche, anti-ethische Komponente per Gesetz ins Spiel, die der Ökonomie in die Hände spielt. Die moralisch-ethische Entscheidungslast ärztlichen Handelns unterliegt nun einem zusätzlich bürokratischen und disziplinarisch untermauerten Druck, dem zu begegnen wohl aussichtslos ist, zumindest außerordentlich erschwert durch persönlich zu erwartende Konsequenzen für ein rein ethischen Regeln unterworfenen ärztliches Handeln.

In der Medizin sind dem marktwirtschaftlich notwendigen Wettbewerb allerdings Grenzen gesetzt (die eben medizinethisch und wirtschaftsethisch zu reflektieren sind), weil Wettbewerb u. U. Verteuerung bedeutet (Werbung, Verwaltung), Selektion von „unrentablen Patienten“ bewirken kann, sich gegen erst langfristig wirksame Maßnahmen (Prävention) richtet und die für das deutsche Gesundheitswesen typische leichte Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen verdünnt.

In der medizinischen Ethik werden Regeln des Handelns aufgestellt, die etwas zu drei Verantwortungsbereichen ärztlichen Handelns aussagen:

- der Verantwortung des Arztes für den Patienten,
- der Verantwortung des Arztes für sich selbst und seine individuelle Wirklichkeit (z. B. Wissenserweiterung),
- der Verantwortung des Arztes für die Medizin als Institution der menschlichen Gesellschaft.

Der ethische Kern des heutigen Problems liegt darin, dass nur der Gesamtopf gedeckelt bzw. verkleinert wird, dass aber medizinische Möglichkeiten und Patienten-Ansprüche „unten“ gleich bleiben bzw. wachsen.

Die medizinischen Leistungserbringer müssen auch in Ethik investieren, um auf dem Markt bestehen zu können. Einer Dehumanisierung der Medizin durch deren Ökonomisierung kann nur mit einer Qualitätsdiskussion begegnet werden.

5. Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache VI-45) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ärztinnen und Ärzte werden zunehmend mit nicht unmittelbar patientenbezogenen Aufgaben belastet. Schreivarbeiten aller Art, Statistiken, Bescheinigungen, Dokumentationen und Auswertungen nehmen einen Großteil der gesamten Arbeitszeit ein. Das Deutsche Krankenhausinstitut hat in einer Untersuchung festgestellt, dass etwa drei Stunden der täglichen Arbeitszeit (Chirurgie 2,42 Stunden, Innere Medizin 3,15 Stunden) mit Dokumentationsaufgaben ausgefüllt sind. Die Bürokratisierung im Gesundheitswesen – mit dem angeblichen Ziel einer besseren Qualitätskontrolle – ergibt sich aus gesetzlichen Bestimmungen und nimmt insbesondere bei der ärztlichen Tätigkeit immer größere AusmaÙe an.

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, Rahmenbedingungen zu schaffen, mit denen Ärztinnen und Ärzte von unnötigem Dokumentations- und Verwaltungsaufwand entlastet werden. Das AusmaÙ der Bürokratisierung ärztlicher Arbeit muss auf das Notwendige beschränkt werden. Ziel muss es sein, wieder ausreichend Zeit für die eigentliche Arbeit am Patienten zu haben.

Die Attraktivität des Arztberufes, der Wirkungsgrad ärztlicher Tätigkeit und die Qualität der Patientenversorgung werden durch die Vermeidung zusätzlicher und den Abbau zu weitgehender staatlicher Reglementierungen sowie durch angemessene Arbeits- und Vergütungsbedingungen im Krankenhaus verbessert.

In einer konzertierten Aktion von Politik, ärztlicher Selbstverwaltung und Krankenkassen muss deshalb die fatale Entwicklung der zunehmenden Bürokratisierung gestoppt werden.

Darüber hinaus fordert der 107. Deutsche Ärztetag die Krankenhausträger auf, durch die Integration von Medizinischen Dokumentationsassistenten (MDA) in den klinischen Alltag ärztliches Personal von administrativen Dokumentationsaufgaben zu entlasten.

6. Mehr Zeit für die Patientenversorgung

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter (Drucksache VI-46) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ein Drittel der täglichen Arbeitszeit muss heute von Ärztinnen und Ärzten für bürokratische Aufgaben verwandt werden. Diese Zeit steht für die Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung. Dies ist in Zeiten von knappen Finanzmitteln, Ärztemangel und steigenden Qualifikationsanforderungen eine inakzeptable Verschwendung von Ressourcen.

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert daher:

- Entlastung von Ärztinnen und Ärzten von bürokratischen Aufgaben durch Änderung der einschlägigen Gesetze und Verordnungen zur Dokumentation von

Krankenhausleistungen und Fallpauschalen (DRGs), die alleine der Kostenabrechnung dienen.

- Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte durch medizinische Dokumentationsassistenten/-assistentinnen und Stationssekretäre/-sekretärinnen.

7. *Zusätzliche ärztliche Stellen für Administration und Dokumentation*

Der Antrag von Prof. Dr. Lob, Frau Dr. Borelli, Dr. Emminger und Prof. Dr. Kunze (Drucksache VI-53) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, zusätzliche ärztliche Stellen für Administration und Dokumentation gesetzlich einzuführen.

Die Zeit der Ärzte, die für die Behandlung der Patienten zur Verfügung steht, ist zur Hälfte verkürzt durch administrative und Dokumentationstätigkeit. Diese Tätigkeiten sind vom Gesetzgeber als Auftrag an die Ärzte gegeben worden. Dazu sind zusätzliche Stellen für die Patientenversorgung notwendig geworden.

Integration von Menschen mit Behinderungen / Besondere medizinische Versorgung

1. *Gleichstellung und Integration behinderter Menschen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-02) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Bolay, Frau Dr. Berendes, Prof. Dr. Kunze (Drucksache VI-02a) sowie Frau Dr. Berendes und Dr. Bolay (Drucksache VI-02b) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland sichert allen Menschen unabhängig von Ursache, Art und Schwere einer Behinderung in gleicher Weise die Beachtung ihrer Menschenwürde, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit, die Beachtung des Sozialstaatsgrundsatzes und die gleiche Behandlung durch die öffentliche Gewalt zu. Dieses allgemeine Gleichbehandlungsgebot des Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes, das die Gleichheit aller Menschen vor dem Gesetz gewährleistet, wurde durch eine 1994 in Kraft getretene spezielle Regelung zu Gunsten Behinderter ergänzt, indem Artikel 3 Abs. 3 folgender Satz angefügt wurde: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Auch wenn behinderte Menschen bereits zuvor gegen Benachteiligungen verfassungsrechtlich geschützt waren, hat diese Ergänzung des Grundgesetzes die Stellung der Behinderten gestärkt – allein schon deshalb, weil sie zugleich Ausdruck einer verfassungsrechtlichen Wertentscheidung ist und den Auftrag an den Staat enthält, auf die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft hinzuwirken.

Chancengleichheit behinderter Menschen immer noch nicht erreicht

Unvermindert ist dies eine wichtige sowohl politische als auch gesellschaftliche Aufgabe, da trotz vieler unbestreitbarer Fortschritte in den letzten Jahren eine tatsächliche Chancengleichheit von behinderten und nicht behinderten Menschen noch nicht erreicht ist. Immer noch fühlen sich behinderte Menschen mitunter von einer Behin-

derntenfeindlichkeit sowie von einer „Verwertungs-“ und „Brauchbarkeits“-Diskussion bedroht. Schon die Begriffsdefinition bzw. -abgrenzung von behinderten Menschen als denjenigen, die von Auswirkungen einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung betroffen sind, die auf einem von dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand abweichenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht, weist auf das Spannungsfeld zwischen behinderten Menschen und der Gesamtgesellschaft sowie die in diesem Spannungsfeld notwendigerweise entstehenden Probleme – übrigens auch zwischen behinderten Menschen untereinander – hin. Menschen mit Behinderung beurteilen die tatsächliche Lösung dieser Probleme nicht immer als zufriedenstellend und bezeichnen sie oft sogar dann als Benachteiligung gegenüber nicht behinderten Menschen, wenn niemand eine derartige Absicht hatte, Chancengleichheit und Integration tatsächlich jedoch trotz aller Bemühungen noch nicht verwirklicht werden konnten.

Für die Teilhabe behinderter Menschen am Leben der Gesellschaft ist insgesamt von wesentlicher Bedeutung die gegenseitige Akzeptanz, die als wechselseitiger Prozess verstanden und vollzogen werden muss. Das im Grundgesetz verankerte Menschenbild fordert in seiner Konsequenz Integration, Partnerschaft und Mitwirkung. Die Solidarität mit behinderten Menschen und die Achtung ihrer Menschenwürde sind jedoch in der täglichen Lebenspraxis noch keine Selbstverständlichkeit. Wenn die Menschenwürde und das Lebensrecht behinderter Menschen in Frage gestellt werden, ist dies immer auch Ausdruck einer allgemeinen Gefährdung des gesellschaftlichen Wertebewusstseins.

Aufgabe von Staat und Gesellschaft ist es, dazu beizutragen, dass die Lebensumstände behinderter Menschen von ihnen selbst nicht als benachteiligend empfunden, gleichwertige Chancen so weit wie möglich hergestellt und noch bestehende tatsächliche Benachteiligungen abgebaut werden. Grundprinzip und Ziel aller Bemühungen muss sein, dass Menschen mit Behinderungen nicht Adressat oder gar Objekt von Hilfen sind, sondern eigenverantwortliche Akteure und meist selbst die besten Experten in Bezug auf ihre Behinderung und insbesondere darauf, wie sie ihre Fähigkeiten so weitgehend wie möglich nutzen und ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft so vollwertig wie möglich gestalten können.

Rehabilitationsleistungen als Hilfen zur Integration behinderter Menschen

Zusammenfassend werden die Hilfen zur Eingliederung behinderter Menschen oder von Behinderung bedrohter Menschen ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft üblicherweise als Rehabilitation bezeichnet. In einem weiten Verständnis umfassen diese Hilfen alle Leistungen und Gestaltungen von Lebensumständen, die auf die Erreichung der in § 10 Sozialgesetzbuch I (SGB I) genannten Ziele ausgerichtet sind, nämlich die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern sowie dem behinderten Menschen einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gesellschaft, in Schule und Ausbildung sowie insbesondere im Arbeitsleben zu sichern. Im Einklang mit dem in fünf Dimensionen aufgebauten Behindertenbegriff der Weltgesundheitsorganisation zur Behinderung (Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten der Person und Partizipation in der Gesellschaft sowie Umweltfaktoren) sind Hilfen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen ausgerichtet auf unterschiedliche Ansatzpunkte

- im Bereich der drohenden oder vorliegenden *Schädigungen* durch Prävention wie z. B. gesundheitsgerechtes Verhalten, Unfallverhütung und andere Formen der Vermeidung oder Senkung von Risiken, durch Vorsorgemaßnahmen oder durch Maßnahmen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation,

- im Bereich der *Funktionsbeeinträchtigungen* durch Hilfen zur Kompensation der Beeinträchtigungen z. B. orthopädische Hilfsmittel, Funktionstraining oder technische Hilfen in Schule und Ausbildungsstätte sowie zur Arbeitsplatzausstattung,
- im Bereich der *Behinderungen* z. B. dadurch, dass Barrieren vermieden oder abgebaut werden oder dass ein Schul- und Bildungsweg oder ein Beruf gewählt wird, welcher trotz Funktionseinschränkungen die Berufsausübung ermöglicht oder erleichtert.

Die Leistungen zur Rehabilitation und Eingliederung bzw. Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sind in der Bundesrepublik Deutschland nicht einem eigenständigen Sozialleistungsbereich übertragen, sondern eingebettet in die Aufgaben einer Vielzahl von Sozialleistungsträgern mit teils gleichen, teils aber auch unterschiedlichen Rehabilitationszielen. Erbracht werden die in § 29 SGB I zusammenfassend angeführten Sozialleistungen, und zwar

- *medizinische Leistungen* durch die Kranken-, die Renten- und die Unfallversicherung sowie die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- *berufsfördernde Leistungen* durch die Bundesagentur für Arbeit, die Renten- und die Unfallversicherung sowie die Träger der sozialen Entschädigungen bei Gesundheitsschäden,
- *Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung* durch die Unfallversicherung, die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden sowie die Jugend- und die Sozialhilfe.

Insbesondere bei der Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen, aber auch bei der Initiierung beruflicher und sozialer Rehabilitationsleistungen ist es eine wesentliche Aufgabe der in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzten, diesen ganzheitlichen Rehabilitations- und Integrationsansatz zur Richtschnur ihres ärztlichen Handelns zu machen.

Vorrang ambulanter Hilfen sowohl für den medizinischen wie den sozialen und beruflichen Bereich

Möglichkeiten und Probleme der Rehabilitation und Integration behinderter Menschen betreffen jedoch nie nur einzelne Bereiche allein, wie etwa den medizinischen oder beruflichen Bereich. Vielmehr müssen die einzelnen Maßnahmen den konkreten Lebensumständen des behinderten Menschen in ihrer Gesamtheit Rechnung tragen, in deren Rahmen sich Rehabilitation und Integration vollziehen sollen und mit denen sich die behinderten Menschen aufgrund ihrer Behinderung in anderer Weise als nicht behinderte Menschen auseinandersetzen. So ist es z. B. einerseits notwendig, behinderte Menschen für eine Berufstätigkeit fachlich zu qualifizieren, andererseits muss durch behinderungsgerechte Wohnmöglichkeiten und Verkehrsmittel sichergestellt werden, dass die erlernten Qualifikationen auch tatsächlich beruflich genutzt werden können. Erfolge bei diesen Integrationsbemühungen stellen sich vor allem dort ein, wo nicht Teilprobleme isoliert betrachtet und gelöst, sondern „Rehabilitationsketten“ ineinandergreifender Konzepte durchdacht und konkret organisiert werden. Wichtig ist hierbei ebenso, die zur Eingliederung in die Gesellschaft notwendige Förderung möglichst mit einer Erhaltung und Fortentwicklung der bisherigen sozialen Bezüge in Einklang zu bringen. Immer dort, wo eine wirkungsvolle Förderung durch ambulante Hilfen möglich ist, soll diesen der Vorzug gegeben werden, zumal sie dem Betroffenen mehr Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Gestaltung seiner Lebensumstände belassen. Auch haben Fördermaßnahmen, welche eine Gemeinsamkeit mit nicht behinderten Menschen ermöglichen, Vorrang. In jedem Einzelfall muss die konkret benötigte Förderung gewährleistet sein, und zwar mit speziellen Diensten und Einrichtungen, wenn nur durch sie wirksam geholfen und in vielen Fällen eine wirkliche Integration erst dadurch ermöglicht werden kann.

Integration nicht allein Verpflichtung des Staates, sondern Aufgabe aller

Die Aufgabe, Menschen mit Behinderungen zu integrieren und am Leben der Gesellschaft teilhaben zu lassen, ist jedoch nicht allein Verpflichtung des Staates, sondern Aufgabe aller. War es für Familien, Freunde und Nachbarn immer schon selbstverständlich, auf nahestehende behinderte Menschen Rücksicht zu nehmen, sie ins Leben einzubeziehen und ihnen nach besten Kräften Pflege und die benötigten Hilfen zukommen zu lassen, wird immer mehr auch in den unterschiedlichen Bereichen des privaten, gesellschaftlichen und öffentlichen Lebens – z. B. Bildung, Verkehr, Arbeit und Freizeit – diese Aufgabe erkannt und zunehmend erfüllt. Soweit dies geschieht – nicht zuletzt auch durch Aktivitäten von Selbsthilfegruppen sowie kirchlichen und freigemeinnützigen Organisationen – wird das Ziel der Eingliederung um so eher erreicht. Je selbstverständlicher die menschlich gebotene Einbeziehung behinderter Menschen in die üblichen Lebensabläufe wird, um so besser können sich externe Hilfen zumeist von Seiten der öffentlichen Hand auf diejenigen Bereiche konzentrieren, in denen eine so erreichbare Teilhabe behinderter Menschen noch nicht möglich ist. Sozialleistungen können die Integration behinderter Menschen in die Gesellschaft nicht ersetzen, sondern nur erleichtern und fördern. Wo sie durch persönliches und gesellschaftliches Engagement entbehrlich gemacht werden, wird nicht nur die Eingliederung unmittelbar vollzogen, sondern mindert sich zugleich der Umfang der staatlicherseits zu gewährenden Hilfen. Für diese Subsidiarität sind Selbsthilfegruppen- und Organisationen behinderter Menschen im sozialen Gefüge der Bundesrepublik Deutschland ein unverzichtbarer Faktor.

Selbsthilfeorganisationen als engagierte Interessenwahrer behinderter Menschen

Zahlreiche Fortschritte, die in den vergangenen Jahren im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe, z. B. bei Freizeit, Urlaub oder beim Wohnen erreicht werden konnten, beruhen wesentlich auf dem engagierten und sachkundigen Einsatz von Selbsthilfe- oder Behindertenorganisationen. In einem stetigen Prozess der Weiterentwicklung formulieren und erproben sie Konzepte für individuelle und flexible Hilfenformen, die behinderten Menschen eine selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung ermöglichen. Die Aktivitäten der Selbsthilfe sind somit eine wichtige Ergänzung im Rahmen der breiten Rehabilitationskette. Durch die Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Verwaltungen, vor Gericht und in der Politik verschaffen die Selbsthilfeorganisationen so dem Anspruch behinderter Menschen auf ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben Geltung und leisten auch für die gesellschaftliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung einen überaus wichtigen Beitrag. In ihnen verkörpert sich eindrucksvoll das gewachsene Selbstbewusstsein behinderter Menschen. Selbsthilfeorganisationen werden weitgehend in Planungen und Entscheidungen im außerparlamentarischen und parlamentarischen Raum auf kommunaler, Landes- und Bundesebene eingebunden, so dass immer mehr nicht über behinderte Menschen, sondern mit behinderten Menschen entschieden wird. Das Motto des von der Europäischen Kommission in 2003 durchgeführten Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen „Nichts über uns ohne uns“ wird somit zunehmend mehr gelebtes Motiv für die Gleichstellung und Integration behinderter Menschen.

Barrierefreie Gestaltung der Lebensbereiche als Antwort auch auf Herausforderungen des demographischen Wandels

Das ein Jahr zuvor in 2002 als weitere gesetzliche Umsetzung des Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes verabschiedete Gleichstellungsgesetz für behinderte Menschen ist Ausdruck dieses Paradigmenwechsels bei der Integration behinderter

Menschen und stellt einen weiteren Meilenstein auf dem Weg dar, aus diesem Grundsatz gelebte gesellschaftliche Wirklichkeit werden zu lassen. Vom Kernstück dieses Gleichstellungsgesetzes, nämlich der barrierefreien Gestaltung der Lebensbereiche, profitieren zudem alle in unserer Gesellschaft – nicht nur Menschen mit Behinderung, sondern auch andere Personen, die in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt sind, wie z. B. Mütter und Väter mit Kinderwagen sowie vor allem alte Menschen. Damit bieten das Gleichstellungsgesetz und alle darauf ausgerichteten Bemühungen nicht nur ein Fundament für die Veränderung der Alltagswirklichkeit von behinderten Menschen, sondern sind zugleich auch eine Antwort auf die zunehmenden Fragen und Herausforderungen des demographischen Wandels.

Appell an die Ärzteschaft

Auch die Ärzteschaft als Teil der Gesamtgesellschaft ist sich ihrer besonderen Aufgabe bewusst, zu einer wirkungsvollen Integration behinderter Menschen ihren Beitrag zu leisten. Der Deutsche Ärztetag appelliert an alle in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte, ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei behinderten Menschen in besonderem Maße auf deren spezifischen Belange auszurichten.

2. Medizinische Versorgung Wohnungsloser

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-09) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag ist beunruhigt über den seit dem 01.01.2004 zu beobachtenden drastischen Rückgang der Patientenzahlen in der aufsuchenden medizinischen Versorgung Wohnungsloser. Der Gesetzgeber wird daher aufgefordert, Regelungen zu schaffen, die die mit dem GMG entstandenen Behandlungsbarrieren für diesen Personenkreis wieder rückgängig machen.

Hintergrund:

In Deutschland leben ca. 200 000 alleinstehende Wohnungslose. Die meisten von ihnen weisen ein geringes Krankheitsbewusstsein auf und sind durch die medizinische Regelversorgung nur schwer zu erreichen. Aus diesem Grunde sind in den letzten Jahren in den meisten größeren Städten Deutschlands Projekte entstanden, die sich zum Ziel gesetzt haben, durch aufsuchende Hilfen die ärztliche Versorgung Wohnungsloser sicherzustellen.

Mit der Neuregelung des § 264 SGB V werden seit dem 01.01.2004 Sozialhilfeempfänger, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten, formal den Versicherten in der GKV gleichgestellt. Die Folge ist jedoch, dass nun auch wohnungslose Sozialhilfeempfänger zur Leistung von Praxisgebühren und Zuzahlungen herangezogen werden. Ihre außerbudgetäre Behandlung durch den Arzt ist ebenfalls nicht mehr möglich.

Die ärztlichen Projekte zur Versorgung Wohnungsloser melden seit dem 01.01.2004 auf Grund dieser Regelungen einen Rückgang der Patientenzahlen z. T. um mehr als 60 %. Ohne eine Veränderung der Gesetzeslage muss zukünftig wieder mit vermehrten Notfalleinsätzen und insgesamt höheren Behandlungskosten für diesen Personenkreis gerechnet werden.

Die bei den meisten Wohnungslosen theoretisch anwendbare Chronikerregelung nach § 62 SGB V kann das grundsätzliche Problem nicht auffangen. Sie scheitert zudem praktisch an der Schwierigkeit, die entsprechenden Zahlungsbelege zu sammeln und zu archivieren.

3. Medizinische Versorgung von Patienten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus

Der Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache VI-67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Medizinische Versorgung von PatientInnen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus.

Der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen unterstützt die folgenden Forderungen des Arbeitskreises „Migration und Gesundheit“ des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München, um auch für Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus den dringend notwendigen Zugang zum Gesundheitswesen zu ermöglichen:

- Alle, die sich an der Versorgung dieser Patientengruppe beteiligen (Vermittler, ÄrztInnen, TherapeutInnen und Krankenhauspersonal) müssen sicher sein, dass sie deswegen nicht strafrechtlich oder dienstrechtlich verfolgt werden.
- Unkosten, die den an der Versorgung Beteiligten entstehen, müssen entsprechend abgegolten werden. Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, eine Möglichkeit der Finanzierung von dringend notwendigen Gesundheitsleistungen für diese Patientengruppe zu schaffen.
- Anonyme Geburten in Kliniken müssen möglich werden.
- Die Behandlung akuter Notfälle in öffentlichen Krankenhäusern muss so geregelt werden, dass nach der Versorgung nicht unmittelbar die Verlegung in Abschiebehaft droht.

Begründung:

Eine von der Landeshauptstadt München in Auftrag gegebene Studie „Dass Sie uns nicht vergessen... Menschen in der Illegalität in München“, von Philip Anderson weist in einem Kapitel auf die Problematik dieser Patientengruppe hin. Wir müssen davon ausgehen, dass in München nach Schätzungen ca. 30 000 – 40 000 Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus leben. Bundesweit geht man davon aus, dass es sich um ca. 1 Million handelt.

Der Zugang zur medizinischen Versorgung gestaltet sich wie folgt:

Ambulante Versorgung

- Selbstzahler
- Flüchtlingsinitiativen vermitteln ÄrztInnen
- ÄrztInnen mit spezifischen ethnischen Schwerpunkten
- Chipkartenbetrug

Stationäre Versorgung

- Selbstzahler
- Chipkartenbetrug

4. Psychosoziale Versorgung substituierter Opiatabhängiger

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-10) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Um die psychosoziale Betreuung substituierter Opiatabhängiger sicherzustellen, sind vom Gesetzgeber verlässliche und einheitliche Regelungen zu ihrer Durchführung und Finanzierung zu erlassen.

Begründung:

In Deutschland werden derzeit ca. 50 000 Opiatabhängige substituiert. In verschiedenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass eine begleitende psychosoziale Betreuung in der Regel zu einer deutlichen Verbesserung des Behandlungserfolges führt. Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger sowie auch die BUB-Richtlinien für den Bereich der kassenärztlichen Versorgung sehen eine begleitende psychosoziale Betreuung substituierter Opiatabhängiger vor.

Durch finanzielle Einschnitte bei den Gesundheitsämtern und den Drogenberatungsstellen wird es für die substituierten Opiatabhängigen zunehmend schwieriger, eine psychosoziale Betreuung zu erhalten. Bundesweite Regelungen, wer für die Kosten der psychosozialen Begleitung aufzukommen hat, existieren bislang nicht.

5. *Integration von hochgradig Hörgeschädigten*

Auf Antrag von Dr. Seidler (Drucksache VI-89) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der Ärztetag fordert die zuständigen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf, die Versorgung von chronisch Kranken und Behinderten nach Art. 3, Abs. 3 des Grundgesetzes auszurichten. Danach darf keiner wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.

Begründung:

Bei der Hörgeräteversorgung können hochgradig Hörgeschädigte durch einen einheitlichen Festbetrag für Hörhilfen nicht mehr ausreichend versorgt werden und müssen ein Versorgungsdefizit hinnehmen oder hohe Eigenleistungen (Zuzahlungen bis zu 3.500 €) erbringen. Dies widerspricht Art. 3, Abs. 3 Grundgesetz.

Umsetzung der Approbationsordnung

1. *Umwandlung von AiP-Stellen in BAT-II-Stellen*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-04) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt ausdrücklich die nunmehr beschlossene Abschaffung der AiP-Phase zum 01.10.2004.

Die Finanzierung der Mehrkosten wurde im GKV-Modernisierungsgesetz (Artikel 14 Nr. 1 Buchstabe b, Artikel 15 Nr. 2 Buchstabe b und Nr. 5) durch Regelungen in der Bundespflegegesetzverordnung und des Krankenhausentgeltgesetzes gesichert.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die Krankenhausträger und Krankenkassen, die von der Politik gesetzlich verankerten Finanzmittel ohne bürokratische Hindernisse in die Haushalte der Kliniken einzustellen und die Budgets bereits für das letzte Quartal 2004 entsprechend anzupassen.

Gleichermaßen appelliert der Deutsche Ärztetag an die Chefärzte, sich für die angemessene Bezahlung des ärztlichen Nachwuchses nach Abschluss eines vollakademischen Studiums einzusetzen. In den Budget-Verhandlungen muss auf Einhaltung der politischen Zusagen bestanden werden.

Die Ärztekammern unterstützen alle Maßnahmen zur Durchsetzung der zugebilligten Ansprüche. Sollte es bei der Finanzierung und Umwandlung von AiP-Stellen in BAT-II-Stellen zu Schwierigkeiten kommen, bitten die Ärztekammern um Rückmeldung, um zur Umsetzung der politischen Zusagen die notwendigen Aktivitäten ggf. zu bündeln.

Die erhebliche Unterbezahlung ärztlicher Berufsanfänger hat maßgeblich zum Mangel an medizinischen Nachwuchskräften beigetragen. Immer mehr Absolventen des Medizinstudiums suchten sich in den letzten Jahren eine Beschäftigung außerhalb der kurativen Medizin. Jetzt hat der Gesetzgeber mit der Abschaffung der AiP-Phase das richtige Signal gesetzt, um die Attraktivität des Arztberufes wieder zu steigern.

2. Neue Approbationsordnung

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter, Dr. Ungemach und Dr. Lindhorst (Drucksache VI-30) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Die neue Approbationsordnung hat zu einer erheblichen Mehrbelastung der Beschäftigten an den Universitätskliniken geführt.

Die Landesregierungen werden dringlich dazu aufgefordert, deshalb notwendige neue Stellen zu genehmigen. Gleichzeitig werden die Landesregierungen gebeten, zu kontrollieren, dass diese Stellen nicht ausschließlich zugunsten der Patientenversorgung eingesetzt werden.

Lehre und Patientenversorgung müssen unter Beachtung des Arbeitszeitgesetzes erfolgen.

3. AiP-Stichtagregelung

Auf Antrag von Dr. Wyrwich und Herrn S. Kraft (Drucksache VI-34neu) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesregierung wird aufgefordert dafür Sorge zu tragen, dass die zur Finanzierung der AiP-Abschaffung bereitgestellten Mittel (siehe GKV-Modernisierungsgesetz – GMG Artikel 14. Nr. 1 Buchstabe b, Artikel 15 Nr. 2 Buchstabe b und Nr. 5 BT-Drs. 15/1525) auch tatsächlich durch die Kostenträger zur Verfügung gestellt werden und nicht durch Kürzungen der zu verhandelnden Budgets bereits im Vorfeld eingespart werden. Bundesregierung und Krankenkassen werden aufgefordert, die entsprechende Vergütung und Weiterbeschäftigung der bisherigen Ärztinnen und Ärzte im Praktikum nach dem Stichtag durch unbürokratische und schnelle Zurverfügungstellung der Mittel zu gewährleisten und verbindlich zu regeln.

Begründung:

Durch die Bestätigung des Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung in zweiter Lesung wurde eine Stichtagsregelung zur Abschaffung der Arzt-im-Praktikum-Phase durchgesetzt, bei der ab 01.10.2004 die in den Kliniken tätigen ÄiP/AiP nicht nur finanziell mit den Assistenzärzten gleichgestellt werden, sondern ebenfalls am 01.10.2004 die Vollapprobation erhalten. Hiermit entfällt aber auch gleichzeitig die Vertragsgrundlage, die zwischen Kliniken und ÄiP/AiP besteht. In Anbetracht der kritischen Finanzlage vieler Häuser steht zu befürchten, dass deshalb mit der „Erfüllung des Vertrages“ auch gleichzeitig die Beschäftigung beendet wird, was zum Stichtag zahlreiche ÄiP/AiP zu „arbeitslosen Ärzten“ macht und gleichzeitig zu erheblichen Engpässen in der medizinischen Versorgung führt. Die entgeltliche Verabschiedung des Gesetzes im Bundesrat steht noch aus (voraussichtlicher Termin 11.07.2004).

4. Anerkennung von Studienleistungen

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache VI-43) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Medizinischen Fakultäten auf, sich gemeinsam mit den jeweils zuständigen Landesprüfungsämtern um eindeutige Regelungen zur Anerkennung von Studienleistungen zu bemühen, die unter der alten Approbationsordnung abgeleistet wurden und nun zum Nachweis bestimmter Leistungen im Rahmen der neuen Approbationsordnung notwendig sind. Hierüber müssen die Studenten umfassend informiert werden. Nur so kann für die von den Umstrukturierungen betroffenen Studenten Planungssicherheit für den weiteren Studienverlauf erreicht werden.

Allgemeinmedizin / Praktischer Arzt

1. Bessere Verankerung der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten

Der Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer zurücküberwiesen:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert den Deutschen Medizinischen Fakultätentag auf, das Fach Allgemeinmedizin so schnell wie möglich und seiner Bedeutung angemessen in alle medizinischen Fakultäten zu integrieren. Mit der neuen Approbationsordnung hat die Allgemeinmedizin – u. a. durch Einbindung in die Vorklinik sowie die Berücksichtigung als Wahlfach und im Praktischen Jahr – einen höheren Stellenwert in der Ausbildung erhalten. Diese neue Aufgabenstellung des Faches in der Ausbildung zum Arzt erfordert nicht nur eine inhaltliche Ausfüllung der vorgeschriebenen Lehrangebote gemeinsam mit der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaft, sondern vor allem auch – den neuen Anforderungen an das Fach entsprechende – adäquate Rahmenbedingungen und die notwendige Infrastruktur an den Fakultäten zur Erfüllung der erweiterten Aufgaben.

Eine Umfrage bei den medizinischen Fakultäten ergab, dass diese in ihrer überwiegenden Mehrzahl nicht darauf vorbereitet sind, die Anforderungen der Approbationsordnung im Fach Allgemeinmedizin zu erfüllen. Nur an wenigen Fakultäten gibt es die klassischen vollausgestatteten C4-Abteilungen (Düsseldorf, Frankfurt, Göttingen).

gen, Hannover); daneben sind zwei Stiftungsprofessuren in Heidelberg und Kiel sowie ein Arbeitsschwerpunkt in Hamburg erwähnenswert. Vorhandene Lehrbeauftragte fristen häufig ein Schattendasein, ohne über die unbedingt notwendige organisatorische oder finanzielle Unterstützung zu verfügen.

Der 107. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass die unzulängliche Situation in der Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin nicht nur im Widerspruch zum Ziel der neuen Approbationsordnung steht, die Ausbildung in der Medizin praxisnäher zu gestalten, sondern auch dem politischen Bekenntnis zum Stellenwert der hausärztlichen Versorgung widerspricht. Dadurch wird weiterhin die Chance vertan, genügend junge Ärzte und Ärztinnen in dieser beruflichen Präzessionsphase für die hausärztliche Tätigkeit zu gewinnen.

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert den sukzessiven Ausbau von Lehrstühlen in der Allgemeinmedizin als dauerhafte Organisationsform mit angemessener finanzieller Grundausstattung. Dies würde zu einer größeren Zahl von Lehrenden im Fach Allgemeinmedizin und zugleich zum dringend notwendigen Ausbau der Forschung im Bereich der medizinischen Primärversorgung, insbesondere der Versorgungsforschung, führen. Der notwendige Praxisbezug ist durch die Verbindung zu qualifizierten Lehrpraxen zu gewährleisten. Eine solche Vernetzung wird den Besonderheiten des Faches Allgemeinmedizin in seiner spezifisch praxisbezogenen Ausrichtung am ehesten gerecht und vermittelt angehenden Ärzten einen unmittelbaren Einblick in die hausärztliche Versorgung.

Zur Realisierung der Vorgaben der Approbationsordnung zur Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten fordert der 107. Deutsche Ärztetag eine Bündelung der Aktivitäten des Deutschen Medizinischen Fakultätentages, der wissenschaftlichen und politischen Repräsentanten der Allgemeinmedizin und der Gesundheitsministerkonferenz.

2. Änderungsantrag zu VI-03

Der Antrag von Dr. Fabian (Drucksache VI-03a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer zurücküberwiesen:

Im Antrag VI-03 werden die Worte „Fach Allgemeinmedizin“ durch die Worte „Fach Innere und Allgemeinmedizin“ ersetzt.

Begründung:

In den Beschlüssen des Ärztetages wurde die Allgemeinmedizin in das Gebiet Innere Medizin aufgenommen und als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin qualifiziert. Die Überwindung der Polarisierung sollte sich auch in der Namensgebung in den Fakultäten niederschlagen.

3. Fachliche Repräsentanz der Allgemeinmedizin an medizinischen Fakultäten

Der Antrag von Dr. Kaplan (Drucksache VI-55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 107. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass die fachliche Repräsentanz der Allgemeinmedizin an medizinischen Fakultäten trotz entsprechender Berücksichtigung der neuen Approbationsordnung (AO) weiteren Entwicklungsbedarf aufweist.

Deshalb fordert der Deutsche Ärztetag die Kultusministerien der Länder auf, die Universitäten bei der Umsetzung der neuen Studienordnung finanziell zu unterstützen, damit die Lehrbeauftragten ihrem Lehrauftrag entsprechend der neuen AO nachkommen können.

Begründung:

Allein die Tatsache, dass nur sieben deutsche Universitäten einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin vorhalten, zeigt den geringen Stellenwert der Allgemeinmedizin in der Ausbildung. Insgesamt verfügen die Lehrbeauftragten – an 23 Fakultäten besteht lediglich ein Lehrauftrag „Allgemeinmedizin“ – über absolut unzureichende finanzielle Ressourcen, um ihrem wissenschaftlichen Auftrag und dem Lehrauftrag gerecht werden zu können. Es ist ihnen nicht möglich, die hierfür notwendigen wissenschaftlichen MitarbeiterInnen adäquat zu honorieren und die nötigen administrativen Strukturen zu schaffen.

Hier besteht dringender Handlungsbedarf, da vor dem Hintergrund des aktuellen Ärztemangels es nicht vertretbar ist, dass 25 % der Studierenden aufgrund der schlechten Studienverhältnisse ihr Studium vorzeitig abbrechen.

4. *Integrierung von Programmen zur Ausbildung in der Allgemeinmedizin*

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VI-66) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Universitäten auf, einen Schwerpunkt in der studentischen Ausbildung auf die Vorbereitung für eine spätere Tätigkeit als Haus- und Familienarzt zu legen. Hierbei sollen z. B. insbesondere spezielle Programme wie das Leipziger Patenprogramm Allgemeinmedizin oder des Dresdner D IPOL-Programm in die Lehre integriert werden.

Begründung:

Die im Rahmen der neuen Approbationsordnung geforderte praxis- und patientenbezogene Ausbildung soll dem Studierenden u. a. frühzeitig Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen vermitteln. Spezifische Kompetenzen im Bereich der ambulanten Gesundheitsförderung und Geriatrie sollen erworben werden. Das Leipziger Patenprogramm Allgemeinmedizin bietet Studenten ab dem ersten Semester im Rahmen eines Karriereweges Allgemeinmedizin die Möglichkeit, eine klinische Exzellenz im Gebiet einer evidenzbasierten, hausärztlichen Langzeitbetreuung zu erlangen. Dies gewährleistet eine optimale Vorbereitung für eine spätere Tätigkeit im hausärztlichen Bereich im Hinblick auch auf eine koordinierende Funktion im Rahmen von Hausarztmodellen.

Krankenhaus

1. Leistungsnachweis von Mehrarbeit

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Prof. Dr. Lob, Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache VI-21) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Klinikchefs werden aufgefordert, geleistete Mehrarbeit der nachgeordneten Klinikärzte korrekt zu akzeptieren und an die Verwaltungen der Krankenhäuser weiterzuleiten, ohne deren Stundenanzahl in Frage zu stellen oder den Eintrag geringerer Stundenanzahl zu fordern.

Es ist berufsunwürdig bzw. unkollegial, wenn leitende Ärzte (Chefärzte) oder auch deren Personaloberärzte Dokumentationen über Mehrarbeit – also geleistete Überstunden von nachgeordneten Ärztinnen und Ärzten – unterdrücken bzw. dazu auffordern, dass die geleisteten Überstunden/geleistete Mehrarbeit nicht korrekt dokumentiert werden. Ebenso ist es unkollegial, die Mehrarbeitsdokumentationen nicht an die Verwaltungen der Krankenhausträger weiterzuleiten.

Es ist ebenso berufsunwürdig bzw. unkollegial, wenn ärztliche Vorgesetzte dulden, dass Personalverwaltungen Überstundenzettel entgegen den zwingenden Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes nicht ordnungsgemäß aufbewahren.

Die Leistungsnachweise sind formale Voraussetzungen und Beweisurkunden, um arbeitsschutzrechtliche Forderungen und nicht zuletzt auch tarifgerechte Vergütungsansprüche stellen zu können.

2. Dokumentation von Überstunden

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Prof. Dr. Lob, Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache VI-23) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Personalverwaltungen der Krankenhausträger werden aufgefordert, die Dokumente der geleisteten Mehrarbeit (Überstundenzettel) der nachgeordneten Klinikärzte gemäß den zwingenden Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes aufzubewahren und zu akzeptieren, ohne tatsachenwidrig den Eintrag einer geringeren Stundenanzahl zu fordern.

3. Arbeitszeit und Überstundennachweis

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Prof. Dr. Lob, Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter, und Dr. Ungemach (Drucksache VI-24) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Interessenvertretung der Krankenhausträger wird aufgefordert, bei ihren Mitgliedern mit Nachdruck dafür Sorge zu tragen, dass zwingende Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes zur Dokumentation und Aufbewahrung von Arbeitszeit- und Überstundennachweisen Beachtung finden. Gleiches gilt auch hinsichtlich der Verwendung von Zeiterfassungsgeräten, die eine korrekte und nachvollziehbare Dokumentation der Anwesenheit ermöglichen müssen. Verstöße gegen die Dokumentationspflicht des Krankenhausträgers sind nach dem Arbeitszeitgesetz mit Strafe bedroht, daneben können auch allgemeine Straf-

tatbestände – wie Urkundenfälschung, Urkundenunterdrückung und Betrug – als erfüllt gelten.

4. Keine fachübergreifenden Bereitschaftsdienste

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache VI-22) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Als Reaktion auf die unzulängliche finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser – teilweise mit der Begründung, das EuGH-Urteil zwingt sie dazu – beabsichtigen einige Krankenhausträger die Einführung fachübergreifender Bereitschaftsdienste. Dies ist eine erhebliche Verschlechterung der Patientenversorgung. Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausträger zum Verzicht auf diese Maßnahme auf. Das neue Arbeitszeitrecht will mehr Schutz für Beschäftigte und Patienten. Fachübergreifende Dienste dagegen gefährden den Patienten und erhöhen das Haftungsrisiko für Ärzte und Krankenhäuser. Darüber hinaus wird der durch die Rechtsprechung für die Krankenhausversorgung geforderte Facharztstandard nicht mehr erreichbar. Da mit fachübergreifenden Diensten zwangsläufig auch eine erhöhte Inanspruchnahme der Rufbereitschaft leistenden Ärzte verbunden ist, wird Rufbereitschaft als Dienstform schnell unzulässig. Auch deshalb sind fachübergreifende Dienste abzulehnen.

5. Kein fachübergreifender Bereitschaftsdienst

Auf Antrag von Dr. Crusius, Frau Dr. Auerswald und Dr. H. Koch (Drucksache VI-79) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt fachübergreifenden Bereitschaftsdienst ab.

6. Fallpauschalen und Weiterbildung

Auf Antrag von Dr. Ungemach, Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga und Dr. Wolter (Drucksache VI-47) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert, im Vergütungssystem der Krankenhäuser den Aufwand für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung angemessen zu berücksichtigen.

Die Abrechnung der Krankenhausleistungen in einem diagnoseorientierten Fallpauschalensystem macht es aus ökonomischen Gründen unattraktiv, den ärztlichen Nachwuchs weiterzubilden. Es gibt bereits erste Hinweise, dass sich ganze Universitätskliniken aus der Weiterbildung zurückziehen wollen. Kontinuierliche Anstrengungen auf dem Gebiet der ärztlichen Weiterbildung sind aber die Grundlage dafür, dass auch in Zukunft eine zeitgemäÙe medizinische Versorgung der Bevölkerung möglich ist. Deshalb fordert der 107. Deutsche Ärztetag, dass Kliniken, die sich dieser Aufgabe stellen, den Weiterbildungsaufwand in angemessener Form erstattet erhalten. Dies könnte durch einen prozentualen Zuschlag auf die jeweiligen Fallpauschalen geschehen. Bei der Bemessung dieses Zuschlags kann die Anzahl der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden.

7. *Ärztliche Weiterbildung an Krankenhäusern*

Der Antrag von Prof. Dr. Hettenbach (Drucksache VI-58) wird nach zweiter Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Krankenhäuser in die Verpflichtung zur Ausbildung im Sinne der ärztlichen Weiterbildung mit einzubeziehen. Krankenhäuser, die keine Weiterbildung von Assistenzärzten durchführen, müssen eine Ausbildungsabgabe analog zu den Handwerk- und Industriebetrieben abführen.

8. *Nebentätigkeiten*

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob, Frau Dr. Borelli und Prof. Dr. Kunze (Drucksache VI-50) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausträger auf, im gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen Nebentätigkeiten zuzulassen. Die Genehmigung von Nebentätigkeiten ermöglicht erstens eine adäquate Besetzung des Notarzdienstes und des Intensivmobils und zweitens ermöglicht sie Praxisvertretungen, die notwendig sind, um eine Integration von ambulant und stationär zu erreichen.

9. *Teilzeitstellen-Kinderbetreuungsmöglichkeiten*

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Prof. Dr. Lob, Dr. Pilz und Dr. Emminger (Drucksache VI-51) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesregierung möge die Krankenhausträger auffordern, mehr Teilzeitstellen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Fachärztinnen und Ärzte an Deutschen Krankenhäusern und Universitätsklinik zu schaffen und explizit Teilzeit-Arbeitsmodelle zu ermöglichen. Außerdem soll das Angebot an Betriebskindergärten und Plätzen in bereits bestehenden Betriebskindergärten erhöht werden.

Begründung:

Es soll eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie für angestellte Ärztinnen und Ärzte ermöglicht werden. Derzeit sind vielerorts Plätze in Betriebskindergärten Kindern von Pflegepersonal und nichtärztlichen Berufsgruppen vorbehalten. Insbesondere im Hinblick auf den zunehmenden Ärztemangel halten wir entsprechende Änderungen für unabdingbar.

10. *Erhalt der Leistungsfähigkeit in Krankenversorgung, Forschung und Lehre an den Universitätskliniken*

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob, Prof. Dr. Kunze und Dr. Emminger (Drucksache VI-52) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, eine besondere Fürsorge für die Deutschen Universitätskliniken zu übernehmen.

Die deutschen Universitätskliniken können auf Grund der gesetzlichen Vorgaben die Qualität in Krankenversorgung, Forschung und Lehre nicht aufrechterhalten. Notwendige Arbeitszeiten in Forschung und Lehre können schon heute nicht vergütet werden. Die DRGs gewähren allen Krankenhäusern gleiche Vergütung, ohne den speziellen Vorhaltungen der Universitätsklinik Rechnung zu tragen. Die neue Approbationsordnung erzwingt Unterricht in Kleingruppen, ohne dass dafür die erforderlichen Mittel zur Verfügung stehen. Die Demotivation der ärztlichen Mitarbeiter durch Gehaltsverlust, rigide Nebentätigkeitsregelungen und schlechte Zukunftsperspektiven hat ein dramatische Ausmaß erreicht. Nur durch eine schnelle effektive und unbürokratische Hilfe kann der international hohe Standard der deutschen Universitätsmedizin erhalten werden.

11. *Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit*

Auf Antrag von Dr. Montgomery und Dr. Jäger (Drucksache VI-76) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Europäische Kommission auf, bei der beabsichtigten Änderung der Richtlinie zur Arbeitszeit (93/104) die vom Europäischen Gerichtshof festgeschriebene Definition „Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“ eindeutig zu bestätigen.

In Ihrer Mitteilung zur Revision der Arbeitszeitrichtlinie weist die Kommission u. a. darauf hin, dass die Richtlinie zukünftig besser die derzeitigen Trends widerspiegeln sollte, die in der Gesetzgebung auf nationaler Ebene sichtbar sind. Das EuGH-Urteil vom 09.09.2003 hat in Deutschland dazu geführt, dass in dem „neuen“ Arbeitszeitgesetz ab dem 01.01.2004 die gesamte Zeit eines Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit anerkannt wird. Durch diese gesetzliche Festlegung wird der dringend notwendige Arbeitsschutz im Sinne der Ärztinnen und Ärzte aber auch im Interesse der Patienten verbessert.

Es ist nicht zu akzeptieren, dass durch eine beabsichtigte Neudefinition der Bereitschaftsdienste (aktive und inaktive Zeit) eine endlich erreichte Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Arbeitszeit konterkariert wird.

12. *Entschlackung der Bürokratie*

Auf Antrag von Dr. Josten, Dr. Hülkamp, Frau Dr. Huber und Frau Dr. Nigemeier (Drucksache VI-91) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern uneingeschränkt auch als die einheitliche und hinreichende Form der Dokumentation der individuellen Fortbildung von Fachärzten im Krankenhaus anzuerkennen.

DRG-Einführung

1. *DRG-Konvergenzphase darf nicht zum Glücksspiel werden*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-12) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung mit großer Mehrheit:

Nach den gegenwärtigen gesetzlichen Vorgaben wird die zweijährige budgetneutrale DRG-Einführungsphase mit dem Jahr 2004 enden. Innerhalb der ab dem Jahr 2005 beginnenden Konvergenzphase sollen die bisher krankenhausindividuellen Basisfallwerte und DRG-Erlöse in drei Stufen bis zum 01.01.2007 durch vom jeweiligen Krankenhaus, seiner Versorgungsstufe und seinem Versorgungsauftrag unabhängige landesweite DRG-Einheitsvergütungen ersetzt werden. Damit ergeben sich bereits im Jahr 2005 massive Umverteilungen, die für das einzelne Krankenhaus einen Budgetzuwachs oder -abschlag im zweistelligen Prozentbereich bedeuten können und damit für viele Krankenhäuser unmittelbar zur existenziellen Frage werden.

Dass aus dieser Umverteilung keine ungerechtfertigten Verlierer hervorgehen, setzt voraus, dass diese nach einem leistungsgerechten Maßstab erfolgt. Das G-DRG-System wird diesem Anspruch trotz mit der Version 2004 erreichten und mit der Version 2005 zu erwartenden Verbesserungen nicht gerecht werden.

Die Ursachen hierfür liegen zum einen darin, dass sich die dem G-DRG-System zu Grunde liegenden Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen, Kodierrichtlinien, Abrechnungsbestimmungen, Kalkulationsgrundlagen und Anpassungsgrundsätze noch in einem erheblichen qualitativen und quantitativen Umbruch befinden. Zum anderen sind noch wesentliche Probleme ungelöst, die mit der planmäßigen Umsetzung der Konvergenzphase zu einer Massenflucht in die gesetzlichen Ausnahmetatbestände oder zu ernststen Verwerfungen führen werden. Diese bestehen insbesondere in

- der systematischen Benachteiligung von Maximalversorgern, komplexen und hochspezialisierten Versorgungsangeboten durch die Methodik der Erlösangleichung während der Konvergenzphase,
- der nach wie vor unzureichenden Abbildung von Mehrfachleistungen bei Komplexfällen (z. B. in Transplantationsmedizin und Intensivtherapie, Gefäß- und Unfallchirurgie, Plastischer Chirurgie und Onkologie),
- der nach wie vor fehlenden Möglichkeit zur Abbildung mehrerer behandlungsrelevanter Hauptdiagnosen,
- der nach wie vor inkonsistenten Nebendiagnosenqualifikation als vergütungswirksame Schweregrad-Kriterien (z. B. bei Infektionen),
- der noch nicht fachübergreifend gleichwertig sachgerechten Leistungs- und Schweregradabbildung über DRG-relevante Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen (z. B. in der Mikrobiologie, Pathologie und bei Stroke Units),
- der teilweise noch ungenügenden Abbildung von Komplexeingriffen (z. B. plastisch-rekonstruktive Tumorchirurgie),
- der noch ungenügenden Berücksichtigung spezieller Versorgungsangebote u. a. infolge des sogenannten „Einhaus-Kalkulationsansatzes“ (z. B. bei HIV-Schwerpunkten, Phoniatrie und Pädaudiologie, Neonatologie, Kinderkardiologie, Parkinsonfachkrankenhäuser),
- der noch unzureichenden Möglichkeiten zur einheitlichen Kalkulation, Validierung und Festlegung von Zusatzentgelten (z. B. Blutgerinnungsfaktoren, Chemotherapie),

- der noch unzureichenden Abgrenzungen teilstationärer und ambulant erbringbarer Leistungen,
- der nicht den klinischen Abläufen entsprechenden Verlegungs- und Wiederaufnahmeregelungen (z. B. multimodale Behandlungskonzepte),
- den in wesentlichen Fragestellungen (z. B. bei Transplantationen) für Krankenhäuser wie Kostenträger unangemessenen Erlösausgleichsregelungen,
- der noch nicht hinreichenden Abgrenzung und Sicherstellung der ausreichenden Finanzierung der präklinischen Rettung und Notfallversorgung sowie
- der noch immer fehlenden sachgerechten Gegen- bzw. Ausgleichsfinanzierung von Leistungsverlagerungen zwischen der stationären Versorgung und anderen Versorgungsbereichen.

Aus diesen Gründen besitzt das ohne vorherige Evaluation im Jahr 2004 erst im zweiten Anwendungsjahr eingesetzte DRG-Vergütungssystem nach § 17 b KHG trotz anzuerkennender Fortschritte für die sachgerechte Umsetzung der Konvergenzphase im Jahr 2005 weder die erforderliche Reife noch die notwendige Stabilität und Ausgewogenheit.

Die angespannte Finanzlage unseres Gesundheitssystems erlaubt es nicht, die Krankenhausfinanzierung durch ein unausgereiftes Verteilungsinstrument zu einem Glücksspiel zu machen. Die Verantwortung gegenüber der Motivation und den Arbeitsplätzen des ärztlichen und nichtärztlichen Krankenhauspersonals, insbesondere aber die Verpflichtung gegenüber unseren Patienten verbietet es, dass notwendige Versorgungsstrukturen und Einrichtungen auf Grund einer mangelhaften Abbildung im DRG-Vergütungssystem zum unverdienten Verlierer der Konvergenzphase werden.

Die Konvergenzphase muss durch eine systematische Korrektur, z. B. durch Beschränkung auf sachgerecht abbildbare Standardleistungen, Anpassung des Zeitrahmens oder eine Anpassung der Ausnahme- oder Ausgleichstatbestände so modifiziert werden, dass eine systembedingte Fehlverteilung der Krankenhausfinanzierung sicher ausgeschlossen werden kann. Eine „Toll-Collect“-Erfahrung mit der DRG-Einführung kann und darf sich unser Gesundheitssystem nicht leisten!

2. DRG – Auswirkungen auf die Hochschulmedizin

Auf Antrag von Frau Künanz, Frau Dr. Groß, Dr. Hülskamp und Frau Dr. Huber (Drucksache VI-64) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Medizinische Spitzenleistungen müssen adäquat vergütet und die Einrichtungen der Hochschulmedizin in ihrem Fortbestand und in ihrer Leistungsfähigkeit gesichert werden.

Daher wird der Gesetzgeber aufgefordert, für Problembereiche der Maximalversorgung in Hochschul- und sonstiger Hochleistungsmedizin, deren Leistungsspektrum im System der Fallpauschalen noch immer nicht ausreichend und adäquat abgebildet ist, das Fallpauschalensystem zu ändern.

Für ausgewählte DRG-Bereiche müssen differenzierte Basisfallwerte, die sich auf Unterschiede im Versorgungsauftrag beziehen, eingeführt werden. Diese sind vom Land festzustellen oder mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Dies betrifft u. a.

1. Intensiv- und Notfallmedizin (mit höherer Leistungsdichte und höheren Versorgungsrisiken an Universitätsklinika bzw. in der Maximalversorgung)
2. Langlieger/Kostenausreißer (Patienten und Patientinnen mit nicht standardisierbaren, besonders aufwändigen Behandlungsverläufen oder mit einer Kostenprogression im Behandlungsverlauf)
3. teure Leistungen in der forschungsnahen Spitzenversorgung, z. B. aufwändige medikamentöse Therapie onkologischer Patientinnen und Patienten
4. hoch spezialisierte innovative Leistungen, die aktuelle internationale Erkenntnisse berücksichtigen (u. a. in der Autoimmunologie, Neuropädiatrie, Kinderkardiologie)
5. besonders aufwändige Operationen, unter anderem auch Transplantationen
6. ärztliche Weiterbildung (überproportionale Beteiligung der Universitätsklinika)

Begründung:

Eine aktuelle erste Erhebung der Arbeitsgruppe Hochschulmedizin der Kultusministerkonferenz hat ergeben, dass bereits ab 2007 bundesweit die Universitätsklinika erhebliche Erlöseinbußen von etwa 15 % – 20 % beim Gesamtbudget für voll- und teilstationäre Leistungen gegenüber dem Budget 2004 (von über 1 Mrd. €) hinnehmen werden müssen, da Problembereiche der Maximalversorgung (Intensivmedizin, maligne Erkrankungen, seltene Krankheitsbilder, innovative Diagnostik und Therapie, fächerübergreifende Krankenbehandlung) im System der Fallpauschalen noch nicht ausreichend und adäquat abgebildet.

Ein solcher Umsatzeinbruch hätte bedrohliche Konsequenzen für die Hochschul- und sonstige Hochleistungsmedizin (rein rechnerisch Abbau von 15 000 Personalstellen). Darüber erscheinen die Universitätsklinika als Zentren einer innovativen Hochleistungsmedizin, als Motor des medizinischen Fortschritts und als unverzichtbare Stätten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in ihrer Existenzfähigkeit bedroht sind.

3. Regionale Gefährdung der Notfallversorgung im Zuge der DRG-Einführung muss verhindert werden

Auf Antrag von Dr. Crusius (Drucksache VI-92) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Finanzierung der Notfallversorgung ist regional sehr unterschiedlich geregelt. In Regionen, in denen die Finanzierung der präklinischen Notfallversorgung sowie die klinische Notfallversorgung im Katastrophen- sowie im Zivilschutzfall nicht ausreichend unabhängig von der Finanzierung der klinischen Regelversorgung sichergestellt ist, drohen begleitend zur Einführung des neuen Fallpauschalensystems (DRGs) zur Vergütung der Krankenhäuser dramatische Auswirkungen auf die notfallmedizinische Versorgung. Die Effektivität der individualmedizinischen Versorgung wird dort ebenso in Frage gestellt wie die Effektivität des Versorgungssystems Krankenhaus beim Massenanfall von Verletzten und / oder Erkrankten.

Seit 12 Monaten liegen die Analysen der Gutachter des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vor, in dem die folgenden Probleme schon vorausgesagt wurden. Obwohl das neue DRG-Fallpauschalen-System in den Jahren 2003 und 2004 zunächst budgetneutral eingeführt wird, sind hinsichtlich der Notfallversorgung in ersten Regionen schon jetzt folgende Nachteile feststellbar:

- Die neuen Vergütungsformen fördern eine zunehmende Spezialisierung der stationären Versorgung unter Hintanstellung der Notfallversorgung.
- Im Rahmen der Privatisierung von kommunalen Krankenhäusern werden vielfach Notfallversorgungskapazitäten abgebaut.

- Durch Spezialisierungs- und Konzentrationstendenzen auf Kernkompetenzen wird die wohnortnahe Notfallversorgung gefährdet.
- Vor dem Hintergrund der Anreize des neuen Fallpauschalensystems schießen manche Krankenhausträger bei der Erschließung vermeintlicher Wirtschaftlichkeitsreserven über das Ziel hinaus und verweigern Klinikärzten die Nebentätigkeitserlaubnis für den Rettungsdienst.

Weitere Folgen können sich dort schon kurzfristig einstellen:

- Krankenhäuser werden primär aus betriebswirtschaftlichen Gründen ohne Rücksichtnahme auf die lokale Notfallversorgung geschlossen.
- Krankenhäuser können weniger oder gar keine Notärzte mehr zur Verfügung stellen.
- Die Zahl der Notarztstandorte wird verringert und die Eintreffzeit des Notarztes am Notfallort verlängert.
- Durch verlängerte Transportzeiten zu überregionalen Versorgungszentren werden Notfallpatienten gefährdet und Notärzte länger im Einsatz gebunden.
- Die Sicherstellung ausreichender Versorgungskapazitäten bei Großschadensereignissen, Katastrophen sowie im Zivilschutzfall in Krankenhäusern ist mangels Reserve-Betten, Reserve-Beatmungsplätzen, Reserve-Arzneimitteln sowie Reserve-Medizin-Produkten sowie mangels ärztlichem sowie nicht-ärztlichem Personal massiv gefährdet.

Des Weiteren ist eine Substitution der für den Katastrophen- wie Zivilschutzfall wegfallenden Notfallversorgungskapazitäten aus anderen Mitteln bisher weder hinsichtlich der Finanzierung noch bezüglich eines Zeitziels erkennbar.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher Bund, Länder, Krankenhausgesellschaften, Krankenkassen und Krankenhausträger im Rahmen ihrer Verantwortung für die zeitgerechte und fachkompetente Versorgung von Notfallpatienten dazu auf, durch eine entsprechende Erweiterung und Ausschöpfung des rechtlichen Rahmens dafür Sorge zu tragen, dass diese Folgen vermieden werden. Dabei müssen folgende Voraussetzungen erhalten bzw. geschaffen werden:

- Der Notarzt-Einsatz dienstbereiter Klinikärzte muss durch ausreichende Freistellungsregelungen ermöglicht werden.
- Die Verfügbarkeit und ständige Einsatzbereitschaft von vom Notfallort aus zeitgerecht erreichbaren Notaufnahmen muss personell und sachlich garantiert sein.
- Die ausreichende Finanzierung des Notarzt- und Rettungsdienstes muss auch unter den Bedingungen der neu geregelten Krankenhausvergütung gesichert werden.
- Eine auch für Großschadensereignisse, Katastrophen und den Zivilschutz-Fall ausreichende Anzahl von Notfall-Betten, Notfall-Arzneimitteln und -Medizinprodukten nebst entsprechendem Rettungs- und Krankenhauspersonal muss vorgehalten werden. Zur Sicherstellung deren Finanzierung bedarf es einer Überprüfung und ggf. Neuabstimmung der Zuständigkeiten und der Beteiligung von Bund, Ländern, Kommunen und Krankenkassen. Notwendige Kapazitäten, die nicht im Rahmen einer Vorhaltungsfinanzierung von Zivil- und Katastrophenschutz bereit gestellt werden können, müssen weiterhin im Krankenhausplan berücksichtigt und durch eine sachgerechte Ausgestaltung der ab 2005 zwar grundsätzlich vorgesehenen, aber bis heute nicht konkretisierten Zuschlags- bzw. Sicherstellungsfinanzierung auf der Landesebene unterhalten werden.

Die schnellstmögliche Notfallversorgung durch den Notarzt und umgehende Weiterbehandlung im Krankenhaus sind entscheidende Erfolgsfaktoren der Notfallrettung. Wenn diese nicht garantiert werden, verringert dies die Überlebens-

Wenn diese nicht garantiert werden, verringert dies die Überlebens- und Wiederherstellungschancen der betroffenen Patienten nachhaltig oder macht diese sogar zunichte. Das im internationalen Vergleich vorbildliche flächendeckende deutsche Rettungswesen darf durch die im Zusammenhang mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung bestehenden Anreize und Unsicherheiten nicht selbst zum Notfall werden!

Qualitätssicherung

1. Die Optimierung des Gesundheitswesens muss den Patientinnen und Patienten dienen – keine Zweckentfremdung von Qualitätssicherung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-05) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung mit großer Mehrheit:

Der Einsatz für die bestmögliche Versorgung unter Berücksichtigung der jeweils besonderen individuellen Erfordernisse des Patienten zählt zum Selbstverständnis des ärztlichen Berufsbilds. Die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung zur Optimierung der medizinischen Versorgung zählt zu den Kernaufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung. Auf der Grundlage dieser nicht nur historisch gewachsenen, sondern gesetzlich in den Heilberufs- und Kammergesetzen verankerten Zuständigkeit sind die Ärztekammern in zahlreichen Feldern der Qualitätssicherung tätig. Die Sozialgesetzgebung hat die Qualitätssicherungsentwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung vereinnahmt. Qualitätssicherung wird der Öffentlichkeit als Ergebnis politisch angestoßener Reformprozesse suggeriert.

Bei der Adaption von Qualitätssicherung in der Sozialgesetzgebung werden außerdem Parallelstrukturen geschaffen, die mit ihren unkoordinierten und selektiven Richtlinien- und Dokumentationsverpflichtungen insgesamt zu einer überbordenden Verwaltungslast auf Kosten der eigentlichen Patientenversorgung führen. Dies färbt negativ auf die Mitwirkung von Ärzten und Patienten ab; im Versorgungsalltag werden die von außen übergestülpten Maßnahmen als inhaltsleere Kontrollmechanismen ohne Ergebnis-Rückkopplung erlebt.

Tatsache ist: Angesichts begrenzter Ressourcen ist „Optimierung“ das Gebot der Stunde. „Optimierung“ kann jedoch zweierlei bedeuten: Es kann nach wirtschaftlichen Kriterien optimiert werden, um Beitragssätze stabil zu halten oder den Profit von Krankenkassen oder Leistungserbringern zu optimieren. Dies birgt das Risiko ethisch durchaus fragwürdiger Fehlentwicklungen in sich. Oder es kann sich um die Optimierung des eigentlichen Zweckes des Gesundheitswesens handeln, den Patientinnen und Patienten eine humane und hochwertige Behandlung und Betreuung zu gewährleisten. Es dürfte klar sein, dass die Ärzteschaft Letzteres anstrebt.

Die Ärzteschaft wird sich in ihrem autonomen Bestreben zur Sicherstellung der bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht beirren lassen. Angesichts der drohenden Übersteuerung des Gesundheitswesens ist aus Sicht der Ärzteschaft eine Besinnung auf die zentralen Werte und Aufgaben erforderlich:

- Wer eine Krise erfolgreich bewältigen möchte, muss sich primär auf Werte konzentrieren, dann auf Preise und Kosten. Der Wert im Gesundheitswesen ist die hochwertige und humane Behandlung und Betreuung kranker Menschen, primär unabhängig vom jeweiligen leistungsrechtlichen Kontext.

- Die Messung von Versorgungsqualität muss sich am Ergebnis für die Patientinnen und Patienten ausrichten. Die vielfältig im SGB V implementierten externen QS-Maßnahmen und -Dokumentationspflichten sind ohne sektorübergreifende Longitudinalbeobachtung nur eingeschränkt aussagefähig und müssen ergänzt werden.
- Durch eine klinik- und praxisnahe Versorgungsforschung können die Patientengruppen und Versorgungsstrukturen identifiziert werden, für die die Entwicklung von QS-Maßnahmen einen tatsächlichen Beitrag zur Optimierung der Versorgungsabläufe verspricht.
- Ärztliches, aus dem konkreten Versorgungsalltag generiertes Know How und Empathie für den Patienten sind für die Entwicklung von QS-Programmen und umfassendem Qualitätsmanagement unverzichtbar. Die Zusammenführung von klinischer und methodischer Expertise kann zu einer tatsächlich am Versorgungsergebnis für den Patienten orientierten Qualitätssicherung und evidenzbasierter Gesundheitsversorgung führen.
- Erfahrungen aus Qualitätssicherung und -management in Naturwissenschaft, Technik und Industrie lehren, dass „weiche Faktoren“, wie Führung, soziale Kompetenz und gemeinsame Zieldefinition, die wichtigsten der eine gute Qualität bestimmenden Faktoren sind. Im Vergleich hierzu befindet sich die Qualitätskonzeption in der aktuellen Gesetzgebung auf dem Niveau der fünfziger und sechziger Jahre. Von oben herab diktierte QS-Maßnahmen, die die notwendige Mitwirkung von Ärzten und Patienten ignorieren, werden weder zu einer Optimierung der Versorgungsqualität, noch zu einer ökonomischen Effizienzsteigerung führen, sondern nur zu mehr Bürokratie und Zweckentfremdung von Solidarbeiträgen für die Krankenversorgung.

2. Qualitätssicherung

Der Antrag von Dr. Munte und Dr. Hoppenthaller (Drucksache VI-59) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Leistungen, die im Bereich der GKV nur dann erbracht werden können, wenn entsprechende fachliche und sachliche Qualitätskriterien erfüllt sind, auch im privatärztlichen Bereich nur dann erbracht werden können, wenn die Voraussetzungen nach entsprechenden von den Bundesärztekammern zu schaffenden Richtlinien zur Qualitätssicherung erfüllt sind.

3. Fehlermeldesystem

Der Antrag von Frau Dr. Eberlein-Gonska, Dr. Albrecht, Dr. Munte, Dr. Eyrich, Prof. Dr. Flenker und Dr. Jonitz (Drucksache VI-62) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die zeitnahe Einführung eines anonymen, non-punitiven Fehlermeldesystems im deutschen Gesundheitswesen.

Begründung:

Auch bei der gewissenhaftesten Patientenversorgung sind Fehler nicht zu 100 % auszuschließen. Aus diesem Grund sollte seitens der Ärzteschaft ein System zur

sinnvollen und strukturierten Fehlermeldung, Fehleranalyse und Aufbereitung von entstandenen bzw. beinahe entstandenen Fehlern implementiert und weiterentwickelt werden.

Außerhalb des Gesundheitswesens finden sich hierfür gute Vorbilder in der Luftfahrt. Und auch innerhalb des Gesundheitswesens finden sich Beispiele [Schweiz: CIRSMEDICAL, Deutschland: Fehlermeldesystem in der Allgemeinmedizin (Berliner Gesundheitspreis 2003)].

DMP – Disease-Management-Programme

1. *Disease-Management-Programme – Qualitätsindikatoren und Evaluation zwingend erforderlich*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-06) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Mit Einführung der Disease-Management-Programme nach § 137 f SGB V wurden in Deutschland regionale Behandlungsprogramme, die auf ärztliche Initiative hin entwickelt worden waren, wie z. B. die Diabetes-Typ-2-Vereinbarung in Sachsen, trotz hervorragender Qualitätsergebnisse gekündigt, angeblich, weil diese Programme nicht mit der Risikostrukturausgleichsverordnung kompatibel seien.

Krankenkassengesteuerte Disease-Management-Programme dienen primär dem wirtschaftlichen Vorteil der sich beteiligenden Kostenträger im Risikostrukturausgleich. Ob die in einem DMP eingeschriebenen Patienten von den dort vereinbarten Versorgungsstandards profitieren, ist völlig offen. Fest steht, dass GKV-Beiträge, die der Krankenversorgung zgedacht waren, zur Subventionierung des überblähten Verwaltungsapparats zweckentfremdet werden, der zur Einführung von DMPs erforderlich ist.

Die Kopplung von Disease-Management-Programmen mit dem Risikostrukturausgleich, der eigentlich dazu dienen soll, Unterschiede in der Versichertenstruktur auszugleichen, hat inzwischen absurderweise dazu geführt, dass Krankenkassen wirtschaftlich strukturschwächerer Bundesländer, wie z. B. in Mecklenburg-Vorpommern, wegen geringerer Einschreibungsfrequenz zu Zuzahlern finanzkräftigerer Kassen geworden sind.

Die aktionistische Einführung der Disease-Management-Programme im Top-Down-Modus hat die Akzeptanz derer, die die Arbeit am Patienten täglich zu bewältigen haben, stark strapaziert. Der Politik muss verdeutlicht werden, dass die Ärzteschaft der Erprobung neuer und innovativer Versorgungsformen aufgeschlossen gegenübersteht, gesetzlich angeordnete Technokratien aber der falsche Weg dahin sind.

In einer Meinungsumfrage der Fachkommission „Diabetes“ der Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen Ende 2003 bei Hausärzten und Diabetologen haben nur 4 % der Hausärzte und 2 % der Schwerpunktpraxen das DMP „Diabetes mellitus Typ 2“ als hilfreich für die Patientenversorgung angesehen. 37 % der Hausärzte und 54 % der Schwerpunktpraxen konstatieren sogar eher eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung.

Dabei können aus Sicht der Ärzteschaft strukturierte Behandlungsprogramme, wie das sächsische Diabetes-Typ-2-Modellprojekt bereits eindrucksvoll gezeigt hat, durchaus einen wertvollen Beitrag zur Gewährleistung einer optimalen Versor-

gungsqualität chronisch kranker Patienten leisten. Hierbei sind jedoch mehrere Aspekte zu beachten:

- Anstelle einer willkürlichen Priorisierung von Krankheitsbildern sollten durch eine praxis- und kliniknahe Versorgungsforschung zunächst einmal die Patientengruppen auf wissenschaftlicher Grundlage identifiziert werden, die von einem DMP profitieren könnten.
- In geeigneten Pilotprojekten, idealerweise im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie, sollte zunächst untersucht werden, ob für die in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschlossenen Patienten tatsächlich eine bessere Versorgungsqualität zu erzielen ist als für Patienten außerhalb eines solchen Programms.
- Disease-Management-Programme bedürfen eines stringenten Qualitätsmanagements. Hierzu zählen insbesondere die exakte Definition von Ergebniszielen, sektorübergreifende Ergebnisindikatoren sowie insbesondere auch die Reduzierung auf einen zweckmäßigen, zielgerichteten Datensatz bei der Dokumentation.
- Die Evaluation darf nicht als Monitoring zur Umsetzung der jeweiligen Rechtsverordnung missbraucht werden, sondern muss dazu dienen, den medizinischen Nutzen für die Patienten – und zwar auch den langfristigen Nutzen – nachzuweisen. Nach SGB V muss eine externe Evaluation der Disease-Management-Programme durch einen vom Bundesversicherungsamt bestellten Sachverständigen erfolgen. Im Interesse der Qualität und breiten Akzeptanz der Evaluationsergebnisse werden die Krankenkassenverbände aufgefordert, den Sachverständigen für die Evaluation im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer auszuwählen.

Die Ärzteschaft fordert:

Strukturierte Behandlungsprogramme dürfen nicht zum Vehikel krankenkassengesteuerter Finanzierungsstrategien verkommen!

Prävention

1. Geplantes Präventionsgesetz

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-08) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag begrüÙt die von der Politik bekundete Absicht, der Prävention im Gesundheitswesen und in allen gesellschaftlichen Bereichen eine größere Bedeutung beizumessen und zu diesem Zweck ein eigenes Präventionsgesetz zu schaffen. Durch die Förderung der Gesundheit und gezielte Präventionsmaßnahmen lassen sich Krankheiten vermeiden, mögliche Risikofaktoren für Erkrankungen positiv beeinflussen, Erstmanifestationen von Krankheiten rechtzeitig erkennen und behandeln sowie Krankheitsverläufe stabilisieren und verbessern.

Zur Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen fordert der 107. Deutsche Ärztetag daher:

1. Gesundheitsförderung und Prävention muss auf allen gesellschaftlichen Ebenen gestärkt und weiterentwickelt werden:

Die Gesundheit des Einzelnen kann sowohl durch eine allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen, eine Stärkung des öffentlichen und betrieblichen Gesundheitsschutzes wie auch durch individuumsbezogene Maßnahmen der Prävention verbessert werden. Gesundheitsförderung und Prävention sind daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

2. Das Präventionsgesetz muss die Aufgabenfelder, Grenzen, Akteure und Finanzierungsgrundlagen der Prävention klar definieren:

Um die Prävention in unserem Gesundheitswesen zu stärken, bedarf es einer Konkretisierung ihrer Aufgabenfelder, ihrer Akteure und ihrer Finanzierungsgrundlagen. Da die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sind, lässt sich alles, was dem Erhalt von Leben und der Verbesserung von Lebensqualität dient, unter dem Begriff der „Prävention“ subsumieren. Umso notwendiger ist es, eine klare Grenzziehung zwischen dem vorzunehmen, was Aufgabe der Solidargemeinschaft der Versicherten, was Aufgabe des Staates und seiner Organe im Rahmen seiner allgemeinen Fürsorgepflichten gegenüber dem Bürger ist und was darüber hinaus durch Dritte organisiert und finanziert werden soll. Das geplante Präventionsgesetz muss daher zu einer Klärung der jeweiligen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten beitragen.

3. Das Präventionsgesetz muss dazu beitragen, bestehende Präventionsprogramme zu stärken und weiter zu entwickeln:

Das Präventionsgesetz darf nicht dazu dienen, bereits bestehende und bewährte Maßnahmen vor allem im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention zu schwächen oder Prävention und Kuration gegeneinander auszuspielen. Vielmehr sollte das Gesetz auch dazu beitragen, dass bestehende Maßnahmen der Prävention flächendeckend und dauerhaft gestärkt und ergänzende, neue Aufgabenbereiche benannt werden.

4. Prävention darf durch das Gesetz nicht zum Ausfallbürgen bei der Streichung von Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens und der allgemeinen Gesundheitsvorsorge des Bundes, der Länder und der Kommunen werden:

Der öffentliche Gesundheitsdienst, aber auch der Bund, die Länder und die Kommunen insgesamt halten für die Bürger viele Leistungen vor, die direkt oder indirekt der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und Förderung der Gesundheit dienen. Das Präventionsgesetz und die Leistungen der geplanten Stiftung Prävention dürfen nicht dazu missbraucht werden, nun die genannten öffentlichen Leistungen über andere Quellen zu finanzieren.

5. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die sowohl über die Sozialversicherungen, als auch über Steuermittel und private Zuwendungen finanziert werden muss:

Prävention betrifft die unterschiedlichsten Gesellschaftsbereiche. Präventive Maßnahmen können sowohl zur Entlastung der Sozialversicherungen beitragen, haben aber auch Auswirkungen auf andere Bereiche des persönlichen und gesellschaftlichen Lebens. Deshalb darf die geplante „Nationale Stiftung Prävention“ nicht ausschließlich durch Mittel der Sozialversicherungen, sondern muss zu einem großen Teil auch über Steuergelder, wie z. B. über die Tabak- und Alkoholsteuer, sowie über private Zustiftungen finanziert werden. Dabei sind dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung als nationaler Plattform

der in der Prävention tätigen Organisation Mitentscheidungsrechte über die inhaltliche Ausrichtung und die Verwendung der Stiftungsgelder einzuräumen.

6. Die durch das Präventionsgesetz und die „Nationale Stiftung Prävention“ initiierten und geförderten Maßnahmen müssen auf einen flächendeckenden Nutzen für die gesamte Bevölkerung bzw. spezifischer Zielgruppen abzielen:

Prävention darf nicht durch punktuelle und befristete Modellversuche zu einer symbolhaften Geste werden, die v. a. legitimatorische Funktionen erfüllt, letztlich aber nur wenigen nützt. Vielmehr müssen alle über das Gesetz und die Stiftung initiierten und geförderten Maßnahmen darauf abzielen, sie zukünftig allen angesprochenen Zielgruppen flächendeckend und qualitätsgesichert zur Verfügung zu stellen. Eine „Nationale Stiftung Prävention“, wie sie über das Präventionsgesetz aufgebaut werden soll, muss vor allem der Weiterentwicklung einer bevölkerungs-, betriebs- und individuumsbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Über die Stiftung müssen v. a. neue Bereiche der Prävention aufgezeigt und Gelder zu ihrer Erforschung, Finanzierung und Qualitätssicherung bereitgestellt werden.

7. Das Präventionsgesetz muss dazu beitragen, dem Individuum eine stärker präventionsorientierte Lebensweise zu ermöglichen:

Zentraler Akteur der Prävention ist das Individuum, das für seine gesundheitliche Entwicklung und die Vermeidung von Krankheitsrisiken Sorge trägt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Einzelne nicht immer frei ist, seine Lebensbedingungen gesundheitsgerecht zu gestalten. Begrenzt wird er durch fehlendes Wissen, durch fehlende Ressourcen oder durch Lebensbedingungen, die einem gesundheitsförderlichen Verhalten entgegenstehen. Während die Fürsorgepflicht des Staates sich v. a. auf die Gestaltung gesunder Lebensbedingungen und dem Schutz vor gesundheitlichen Gefahren erstreckt, fällt insbesondere dem Arzt die Aufgabe zu, den einzelnen über Gesundheit und Krankheit zu informieren, ihn hinsichtlich seines Verhaltens zu beraten und auf mögliche Risiken und Krankheitsanzeichen aufmerksam zu machen.

8. Stärkung der Arztpraxis in der Gesundheitsberatung und Prävention:

90 % der erwachsenen Bundesbürger suchen mindestens einmal pro Jahr ihren Arzt auf. Durchschnittlich hat jeder Bundesbürger 12 Arztkontakte pro Jahr. Schon allein dadurch ist die Arztpraxis ein geeigneter Ort, Versicherte in Fragen der Gesundheit und der Prävention von Erkrankungen zu beraten. Hinzu kommt, dass der Arzt für den Bürger weiterhin der vertrauenswürdigste Ansprechpartner in gesundheitlichen Fragen ist. Indem er den Arzt aktiv aufsucht, ist hier auch seine Motivation besonders hoch, sich zu gesundheitlichen Fragen beraten zu lassen. Der Arzt hat die Möglichkeit, gesundheitliche Risiken zu identifizieren, gezielt geeignete Maßnahmen einzuleiten, ihren Nutzen zu beobachten und ihre Wirkung zu bewerten. Die Arztpraxis besitzt somit das Potenzial, für den Einzelnen zu einer zentralen Informations- und Schaltstelle in Sachen Prävention zu werden, in der Gesundheitsberatung und Prävention stattfindet und über die an andere relevante Stellen weitergeleitet wird.

Um dieses Potenzial auszuschöpfen, muss der Arzt in seinen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Wahrnehmung der beschriebenen präventiven Aufgaben gestärkt werden. Insbesondere sind seine interaktions- und verhaltensbezogenen Kompetenzen in Fortbildungen zu stärken. Zudem ist er mit einem Zeit- und Vergütungsbudget auszustatten, durch das ihm eine wirksame Wahrnehmung der beschriebenen Aufgaben ermöglicht wird.

9. Die Arztpraxis als Ort, sozial ungleiche Chancen in Gesundheitsförderung und Prävention auszugleichen:

Studien haben ergeben, dass mit geringerer sozialer Schichtzugehörigkeit gesundheitliche Risiken in fast allen Lebensbereichen zunehmen, präventive Angebote hingegen seltener genutzt werden. Da der Arzt gleichermaßen von Angehörigen aller sozialer Schichten aufgesucht wird, stellt die ärztliche Praxis ein geeignetes Setting dar, um sozialer Ungleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention entgegenzuwirken. Bislang sind die Anreize in der Praxis so gesetzt, dass insbesondere die Gesundheitsmotivierten und die finanziell besser Gestellten gesundheitliche Beratungs- und Vorsorgeleistungen nachfragen und wahrnehmen. Ein Präventionsgesetz muss jedoch auch dafür Sorge tragen, dass die Arztpraxis zu einem Raum wird, in dem gesundheitliche Benachteiligung in besonderem Maße angegangen und ausgeglichen werden.

10. Die Ärzteschaft muss in der Prävention zentrale Aufgaben der Qualitätssicherung übernehmen:

Maßnahmen der primären Prävention sind nur dann gerechtfertigt, wenn ihre Qualität und ihr Nutzen für die Gesundheit ihrer Zielgruppe wissenschaftlich begründet und überprüfbar sind. Dazu ist es erforderlich, dass eine problemgerechte Zuweisung von Versicherten in die für sie geeigneten Maßnahmen erfolgt, die Qualität der Intervention gesichert ist und ihre Ergebnisse auf der gesundheitlichen Ebene nachvollziehbar sind.

Der Arzt hat die Kompetenz, gesundheitliche Risiken abzuklären, über geeignete Maßnahmen aufzuklären und deren Erfolg zu überprüfen. Dies ist bei der Formulierung des Präventionsgesetzes zu berücksichtigen.

2. Berücksichtigung der Ärzteschaft bei der Prävention

Auf Antrag von Dr. Kaplan, Prof. Dr. Kunze und Dr. Reising (Drucksache VI-41) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, beim Aufbau der Prävention als vierter Säule im Gesundheitswesen neben den Sozialversicherungsträgern und dem Staat die Ärzteschaft entsprechend ihrem Versorgungsauftrag bei der vom BMGS und den Spitzenverbänden der GKV initiierten Stiftung und im „Ausschuss Prävention“ des BMGS zu berücksichtigen.

Begründung:

Im Herbst letzten Jahres wurde von den Spitzenverbänden der GKV eine Präventionsstiftung beschlossen, die bewusst auf Prävention für sozial Benachteiligte in ihren Settings begrenzt wurde.

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung des Gesetzes und bei der Erstellung des nationalen Aktionsplans „Prävention“ muss konsequenterweise der Sachverstand der Ärzteschaft eingebracht werden, da diese letztendlich für die Umsetzung verantwortlich ist. Aus diesem Grund ist außerdem eine Mitgliedschaft im geplanten Ausschuss Prävention zwingend erforderlich. Es ist befremdlich, dass die Ärzte in die bisherige Diskussion nicht ausreichend einbezogen worden sind.

3. *Entwicklungsförderung von Kindern*

Auf Antrag von Dr. Albrecht und Dr. Wyrwich (Drucksache VI-39) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer wirkt auf die politisch verantwortlichen Gremien ein, eine frühe Entwicklungsförderung von Kindern als sozialpolitische Aufgabe zu begreifen und entwicklungspädagogische Programme bereits im Vorschulalter zu initiieren, um damit einer zunehmenden Medikalisierung sozialpolitischer Probleme zu begegnen.

Begründung:

Die Zunahme von sprachlichen, motorischen und kognitiven Entwicklungsstörungen von Kindern im Vorschulalter wird besonders in den Großstädten und dort vornehmlich in Bereichen sozialer Brennpunkte erkennbar. Festgestellte Entwicklungsstörungen führen in der Regel zur ärztlichen Konsultation, Langzeitbetreuung und zu medizinisch orientierten Fördermaßnahmen, wie z. B. logopädischer und ergotherapeutischer Behandlung. Aufgrund unzureichender Datenlage in Deutschland sei auf Schweizer Untersuchungen hingewiesen, die gezeigt haben, dass die Gesamtkosten für medizinische Fördermaßnahmen für entwicklungsretardierte Kinder bei etwa 60.000,00 Sfr pro Kind liegen (ca. 40.000,00 €). Dennoch haben Kinder mit Defiziten vor allem im sprachlichen Bereich eine schlechte Prognose für die Schul- und Berufsbildung. Etwa 40 % erreichen keinen, der Rest lediglich niederrangige Schulabschlüsse. Sie stehen dem Arbeitsmarkt kaum zur Verfügung und belasten damit die deutschen Sozialsysteme.

Die Fixierung auf medizinische Hilfestellung ist der falsche Ansatz zur Bekämpfung dieses gesellschaftspolitischen Problems. Frühkindliche Entwicklungsförderung ist eine vornehmlich pädagogische Aufgabe, die neben den Kosten für die Betreuung in Kindergärten und Kindertagesstätten zusätzliche Kosten von ca. 10,00 € pro Kind für intelligente Sprachförderprogramme erfordern, welche aber einen nachhaltigen Effekt zeigen.

Der gesellschaftspolitisch gesündere Weg ist deshalb, den Zugang zu Kindergärten und Kindertagesstätten insbesondere für Kinder aus bildungsfernen und armen Familien niederschwellig (wenn möglich kostenlos) zu ermöglichen und Kinder in der Zeit der sprachlichen Prägungsphase (vor Vollendung des 3. Lebensjahres) pädagogisch gezielt zu betreuen. Die entsprechenden Kenntnisse der Erzieherinnen und Erzieher sind deshalb ebenso zu fordern, wie das politische Begreifen von Kindergärten und Kindertagesstätten als „Bildungsstätten frühkindlicher Entwicklungsförderung“.

4. *Prävention von Verletzungen*

Der Antrag von Prof. Dr. Lob und Dr. H. Koch (Drucksache VI-74) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, nach der sehr erfolgreichen 1. Auflage des Berichtes: „Prävention von Verletzungen“ eine 2. Auflage zu erstellen.

Die „Prävention von Verletzungen“ im Kindesalter, im Haushalt, Sport und bei alten Menschen ist eine wesentliche ärztliche Aufgabe.

In das geplante „Präventionsgesetz“ muss auch die „Prävention von Verletzungen“ aufgenommen werden. Die 2. Auflage des Berichtes „Prävention von Verletzungen“ kann kostenneutral durch Sponsoren erfolgen.

Mutterschutz

1. *Bildung einer Bund-Länder-Kommission zur Modernisierung der Mutterschutzgesetzgebung dringend erforderlich*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-13) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Clever (Drucksache VI-13a) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber hat erwerbstätige werdende und stillende Mütter unter seinen besonderen Schutz gestellt. Das Mutterschutzgesetz und die ergänzende Mutterschutzrichtlinienverordnung, die allerdings nur für angestellte Arbeitnehmerinnen gelten, sollen den Schutz vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren für Mutter und Kind gewährleisten. Das von Mitte des letzten Jahrhunderts (1952) stammende Mutterschutzgesetz, dessen Anfänge weit in das 19. Jahrhundert hineinreichen, bedarf jedoch einer Novellierung. Dringender ist die Anpassung der Mutterschutzrichtlinienverordnung und der daraus abgeleiteten Leitfäden zum Mutterschutz der jeweiligen Landesarbeitsschutzbehörden an die neuesten wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisse. Zielsetzung ist, dass der an sich sinnvolle Mutterschutz nicht faktisch zu einem Berufsverbot führt.

Die Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes und die strengen Auslegungen der Landesämter für Arbeitsschutz, wie insbesondere die der baden-württembergischen Arbeitsschutzbehörde, grenzen die Arbeitsmöglichkeiten schwangerer angestellter Ärztinnen - aber auch anderer Frauen im Gesundheitswesen, wie Arzthelferinnen, Krankenschwestern und Hebammen - durch Beschäftigungsverbote in nahezu allen Bereichen von Klinik und Praxis dramatisch ein. Dies bedeutet für eine schwangere Ärztin, dass eine geregelte Tätigkeit und Weiterbildung nahezu ausgeschlossen ist. Sichtbar wird es auch daran, dass 35 % der Ärztinnen – gegenüber 19,3 % der Ärzte - keine Gebietsbezeichnung erlangt haben. Die Konsequenz hieraus ist wiederum, dass für diese Ärztinnen eine Niederlassung praktisch ausgeschlossen ist. Hinzu kommt die Befürchtung der ärztlichen Leitung in Kliniken, dass durch übertriebene Tätigkeitsverbote für Schwangere die anfallenden Aufgaben nur unter maximaler Belastung der verbleibenden Ärztinnen und Ärzte gesichert werden können. Die gesetzlichen Vorgaben sind in vielen Punkten kontraproduktiv – insbesondere auch vor dem Hintergrund, Überregulierungen am Arbeitsplatz abzubauen, um den Wirtschaftsstandort Deutschland zu stärken.

Gesetze anderer westeuropäischer Länder und der USA zeigen, dass Mutterschutzregelungen bei weitem nicht so restriktiv ausfallen müssen. Um wirklichkeitsfremde Empfehlungen für die Tätigkeit in Klinik und Praxis zu vermeiden, muss beispielsweise das berufliche Infektionsrisiko schwangerer und stillender Mütter, insbesondere bei Tätigkeiten mit Patientenkontakt in gewissen Abständen neu analysiert, bewertet und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Dies gilt u. a. im Hinblick auf die in den vergangenen Jahren erzielten Fortschritte in der Prävention, dem technisch verbesserten Infektionsschutz am Arbeitsplatz sowie der optimierten Hygiene- und Isolierungsmaßnahmen (Gisela Enders: Infektionsgefährdung: Mutterschutz im Krankenhaus. Übersichtsarbeit. Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed. 38, 6, 2000). Auch in der Anästhesie haben sich die Gesundheitsgefahren durch Inhalationsnarkosen auf Grund des Einsatzes von effizienten Absaugsystemen und von in-

travenösen Anästhesien deutlich verringert. Hier ist zu fordern, dass Tätigkeitsverbote durch die Betriebsärztin/den Betriebsarzt nach Arbeitsplatzbesichtigung nur entsprechend des individuellen Risikoprofils ausgesprochen werden.

Der Gesetzgeber hat in der Bundestags-Drucksache 14/8525 vom 13.03.2002 eine grundsätzliche Überarbeitung der mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbote in der nächsten, d. h. nunmehr laufenden Legislaturperiode in Aussicht gestellt.

Der Deutsche Ärztetag setzt sich ausdrücklich für den Erhalt eines sinnvollen Mutterschutzes ein, lehnt aber einen Mutterschutz, der einem Berufsverbot für Ärztinnen und für Frauen anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen gleichkommt, strikt ab. Unbestritten ist eine Novellierung der Mutterschutzbestimmungen notwendig. Daher appelliert der 107. Deutsche Ärztetag

- an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), das Mutterschutzgesetz zu novellieren und insbesondere die im Jahre 2002 vom Bundestag angekündigte Überarbeitung der mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsverbote für bestimmte Berufsgruppen, insbesondere für Frauen, welche im Gesundheitswesen tätig sind, auch tatsächlich anzugehen,
- an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und an das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) sowie die nachgeordneten Landesbehörden, zügig eine Bund-Länder-Initiative unter dem Vorsitz des BMFSFJ zu gründen, mit dem Ziel, die Mutterschutzrichtlinienverordnung zu novellieren sowie einen Leitfaden/Durchführungshinweis zum Mutterschutz im Krankenhaus und in der Arztpraxis zu erarbeiten, welcher an die neuesten wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisse angepasst ist. Dies soll unter dem Gesichtspunkt: „Mutterschutz soviel wie nötig und Tätigkeitsverbot so wenig wie möglich“ geschehen. Empfohlen wird, Expertinnen und Experten des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer sowie mindestens eine Vertreterin der Ärztinnen-Gremien der Bundesärztekammer an der Erarbeitung zu beteiligen.

Ausbildung / Arzthelferinnen

1. *Den Beruf der Arzthelferin zukunftsfest machen*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-14) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Praxisalltag hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Er ist von Kosten- und Wettbewerbsdruck, gewachsenen Qualitätserfordernissen und zunehmender Vernetzung der Versorgungsbereiche gekennzeichnet. Sowohl der Arzt als auch sein Team müssen sich auf moderne Informations- und Kommunikationstechniken, auf Änderungen im Leistungsangebot der Praxis und auf anspruchsvollere Patienten einstellen. Diese neuen Anforderungen im Berufsfeld führen zu einem geänderten Qualifikationsbedarf, den das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einer großen, mehrstufigen Studie bei niedergelassenen Ärzten und Experten der Kammern eruiert hat.

Die mehrjährige Vorarbeit bei der Bundesärztekammer für die Novellierung der Ausbildungsverordnung für Arzthelferinnen wurde nunmehr abgeschlossen; mit dem Antragsgespräch beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

am 19.04.2004 wurde der offizielle „Startschuss“ für die Erarbeitung und Abstimmung der Verordnung auf Bundesebene gegeben.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die anderen Beteiligten am Verfahren (Vertreterinnen des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen, die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, die Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung und für Bildung und Forschung, die Kultusministerkonferenz und das Bundesinstitut für Berufsbildung), das Verfahren zügig zu gestalten und das Berufsbild so zu modernisieren, dass Ärzthelferinnen für die Anforderungen eines im Wandel befindlichen Gesundheitswesens „zukunftsfest“ gemacht werden. Dabei soll dafür Sorge getragen werden, dass es ab dem Inkrafttreten der neuen Verordnung in den Berufsschulen durch entsprechende didaktisch-organisatorische Gestaltung des Unterrichtes nicht zu Reibungsverlusten bei der Umsetzung kommt.

2. *Ärztenschaft gegen Ausbildungsplatzabgabe*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-15) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Das mit den Stimmen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag verabschiedete Berufsausbildungssicherungsgesetz wird die Ausbildungssituation in Deutschland nicht verbessern. Weder Zwangsabgaben noch Prämien werden zusätzliche Lehrstellen schaffen, sondern bessere wirtschaftliche Rahmenbedingungen sind notwendig und geeignete Bewerber und Bewerberinnen. Der Deutsche Ärztetag appelliert deshalb an den Bundesrat, dem Gesetz nicht zuzustimmen. Der von den Spitzenverbänden der deutschen Wirtschaft vorgeschlagene freiwillige „Ausbildungspakt“ ist der einzig richtige Weg, um die Vorteile des betriebsnahen deutschen Ausbildungssystems zu erhalten.

Die deutschen niedergelassenen Ärzte haben bisher einen bedeutenden Beitrag zur Ausbildungsplatzsicherung geleistet. In den ca. 103 000 deutschen Arztpraxen werden rund 47 000 Ärzthelferinnen ausgebildet (Stand: Dezember 2002). Die Ausbildungsbereitschaft konnte in den letzten Jahren trotz der Unwägbarkeiten auf Grund zahlreicher Gesundheitsreformansätze auf anhaltend hohem Niveau gehalten werden. Erstmals sind die neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge zum 30.09.2003 um ca. 8 % zurückgegangen; gleichzeitig stieg die Arbeitslosenquote von Ärzthelferinnen im Jahr 2003 massiv um 17 %. Dies sind Indikatoren dafür, dass sich in erster Linie die wirtschaftliche Situation der Arztpraxen im Zuge der anhaltenden Strukturdiskussionen, insbesondere im Hinblick auf das GKV-Modernisierungsgesetz 2004, negativ auf die Personalsituation in Arztpraxen und die Ausbildungsbereitschaft ausgewirkt haben.

Eine bundeseinheitliche Ausbildungsquote als Grundlage einer Abgabe zielt vor dem Hintergrund unterschiedlicher Beschäftigungsstrukturen in Branchen unterschiedlicher Betriebsgrößen und spezifisch regionaler Ausbildungssituationen an der Realität vorbei. Eine zentralistische Einheitslösung wird daher keinen zusätzlichen Ausbildungsplatz schaffen.

Der gewaltige bürokratische Aufwand – nicht nur beim Bundesverwaltungsamt, das für Berechnung und Erhebung der Abgabe zuständig sein soll, sondern auch bei den Arbeitgebern, die die notwendigen Angaben machen bzw. Anträge stellen müssen – und die Kosten hierfür, die aus dem einzurichtenden Fonds abfließen, machen die geplante Abgabe zu einem Unterfangen, das wirtschaftlich unververtretbar ist. Deshalb wendet sich der Deutsche Ärztetag mit Nachdruck gegen dieses Gesetz.

Auch wenn wegen der Begrenzung der Abgabepflicht auf Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten die meisten Arztpraxen nicht betroffen sein werden, so fallen doch zahlreiche Einrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch Kammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Berufsverbände unter ein solches Gesetz. Dies wäre angesichts der Kosten- und Bürokratiediskussion im Gesundheitswesen vollkommen kontraproduktiv.

3. Einführung einer Präventionsfachhelferin

Der Antrag von Dr. Kaplan, Prof. Dr. Kunze und Dr. Reising (Drucksache VI-54) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 107. Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, im Rahmen der Ausbildung zur Arztfachhelferin ein Fortbildungscurriculum zur Präventionsfachhelferin zu entwickeln.

Begründung:

Auf die Ärzte kommt vermehrt Beratungstätigkeit im Bereich Prävention zu. Zur Unterstützung der Beratungstätigkeit in ärztlichen Einrichtungen soll eine Präventionsfachhelferin geschaffen und hierfür ein spezielles Fortbildungscurriculum entwickelt werden.

4. Ausbildungsordnung für Arzthelferinnen

Auf Antrag von Dr. Bartmann und Herrn Büchner (Drucksache VI-70) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Vorstand und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ werden gebeten, bei der derzeit in Vorbereitung befindlichen Novellierung der Ausbildungsordnung für Arzthelferinnen dafür Sorge zu tragen, dass die im Ausbildungsrahmenplan festzulegenden Ausbildungsinhalte so formuliert sind, dass eine Vermittlung in Arztpraxen realistisch erscheint.

Begründung:

Insbesondere Ausbildungsinhalte mehr theoretischer Art sind in Arztpraxen ohne großen Aufwand nicht vermittelbar. Arztpraxen als Ausbildungsbetriebe sind jedoch verpflichtet, alle im Ausbildungsrahmenplan genannten Inhalte zu vermitteln. Deswegen ist es erforderlich, dass die für die Arztpraxen verbindliche Ausbildungsordnung nur Inhalte enthält, die dort auch vermittelt werden können. Für die Berufsschulen gibt es im Rahmen der dualen Ausbildung einen gesonderten Rahmenlehrplan, der von der Länderseite in eigener Zuständigkeit im Rahmen der Kultusministerkonferenz erarbeitet werden muss.

Transfusionsgesetz / Transplantationsgesetz

1. Transfusionsgesetz – Anwendung von Plasmaderivaten

Der Antrag von Dr. Kaplan (Drucksache VI-60) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Bewusstsein der großen ärztlichen Verantwortung für den sorgfältigen und sicheren Umgang mit Blut und Blutprodukten fordert der 107. Deutsche Ärztetag die Bundesärztekammer auf, in den im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut herausgegebenen Richtlinien zur Hämotherapie

- die bisher geltenden Regelungen zur Anwendung von Plasmaderivaten (auch Immunglobuline und Impfstoffe zur passiven Immunisierung) zu überarbeiten
- eine patientenbezogen sichere und die gegebene Qualifizierung von Fach- und Hausärzten berücksichtigende Überarbeitung festzuschreiben.

Begründung:

Durch das am 07.07.1998 in Kraft getretene Transfusionsgesetz (TFG) wurde die Bundesärztekammer formal in die auf diesem Gebiet erforderliche Qualitätssicherung eingebunden. Die Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) in der Neufassung 2001 stellen den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten fest, sie sollen den Ärzten die notwendige Handlungsgrundlage geben und die erforderlichen Voraussetzungen beschreiben.

Sie schreiben u. a. unter 1.4.1.3.1.e sowie unter 1.4.1.3.2.e vor: Werden in einer Einrichtung nur Plasmaderivate angewendet, sind für die Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher/Transfusionsbeauftragter 8 Stunden theoretische Fortbildung einer Landesärztekammer Voraussetzung.

Diese Regelung der Hämotherapie-Richtlinie wird als überzogen erachtet, sie verlangt, dass ein Haus- oder Kinderarzt zur Durchführung einer passiven Impfung mit Tetagam, Varizellen-Immunglobulin, Zeckenimmunglobulin oder Beriglobin einen 8-stündigen Qualifikationskurs absolvieren muss. Hierbei wird die fach- und hausärztliche Qualifikation durch bereits absolvierte Weiter- und Fortbildung völlig außer Acht gelassen.

2. Transplantationsgesetz

Der Antrag von Frau Dr. Huber und Dr. Hülskamp (Drucksache VI-69) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Durch eine Änderung des Transplantationsgesetzes sollten postmortale Organspenden grundsätzlich zugelassen werden, sofern nicht ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organspenders vorliegt (sog. Widerspruchsregelung).

Begründung:

Der Bundesgesetzgeber hat sich im Transplantationsgesetz 1997 für die „erweiterte Zustimmungslösung“ entschieden (Transplantation nur zulässig, wenn Patient selbst zu Lebzeiten oder seine Angehörigen nach dem Ableben zu einer Organentnahme zugestimmt haben).

Der Bedarf an Organen und Organteilen kann mit der derzeitigen Regelung nicht ausreichend gedeckt werden. Diese bisherige Rechtslage hat in der Bevölkerung zu Unsicherheiten und Unklarheiten geführt. Die Unsicherheit führt tendenziell zu einer Ablehnung der Organentnahme.

Bei der Lösung des dargestellten Problems gilt es, die einander gegenüberstehenden Güter der Rettung menschlichen Lebens bzw. der Wiederherstellung der Gesundheit einerseits sowie der Pietät und der Achtung religiöser und philosophischer Überzeugungen andererseits abzuwägen und einen Ausgleich zu finden.

In der Mehrzahl der europäischen Länder (z. B. Österreich, Schweiz, Frankreich, Italien, Belgien) gilt die von uns angestrebte Widerspruchsregelung. Die Erfahrung zeigt, dass in diesen Ländern sehr viel mehr Menschen zu einer Organspende bereit sind, als in denjenigen, die eine explizite Zustimmung zur Organspende verlangen.

Vergütung

1. Reform der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-17) unter Berücksichtigung des Antrages von Herrn Stagge und Dr. Zollner (Drucksache VI-17a) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen fordert die Bundesregierung erneut auf, ihre politische Verantwortung für eine GOÄ-Reform auch wahrzunehmen. Patienten, private Krankenversicherung (PKV) und Politik verlangen vom Arzt eine Behandlung auf dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik. Die Bundesregierung fühlt sich jedoch offensichtlich nicht in der Pflicht, auch die moderne Medizin in die Amtliche Gebührenordnung aufzunehmen. Damit trifft sie die Schuld an wachsenden Konflikten über Abrechnungsfragen, an sich häufenden Rechtsstreiten, am belastenden Verwaltungsaufwand. Die Ärzteschaft weist die Schuldzuweisungen für diese Fehlentwicklungen entschieden zurück. Trotz politischer Zusagen und erkanntem Reformbedarf bewegt sich politisch nichts; vielmehr scheint es Absicht zu sein, die GOÄ-Reform weiter hinauszuzögern, um ihre Akzeptanz zu untergraben und sie im Zuge des Fallpauschalengesetzes für die wahlärztliche Behandlung im Krankenhaus abzuschaffen. Die Bundesärztekammer hat dem federführenden Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vielfach Unterstützung bei der Weiterentwicklung der Gebührenordnung zugesagt. Trotz der vorgelegten konzeptionellen Vorschläge steht die GOÄ nicht auf der politischen Agenda; stattdessen fordern Finanzminister der Länder und die PKV Vergütungsneueabsenkungen.

Der 107. Deutsche Ärztetag wendet sich entschieden gegen die Ungleichbehandlung der Freien Berufe bei der Weiterentwicklung ihrer Gebührenregelungen. Während die Rechtsanwaltsgebührenordnung gerade um mehr als 20 % angehoben wurde, wird die Gebührenordnung für Ärzte weder aktualisiert noch an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst. Die Interessenverquickung des Staates über die Beihilfe, sowohl Zahlungsschuldner als auch politisch verantwortlich für die Weiterentwicklung der GOÄ zu sein, darf nicht dazu führen, dass der Ärzteschaft leistungsgerechte Vergütungen ihrer ärztlichen Tätigkeit auf dem neuesten Stand der Medizin versagt bleiben.

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, endlich die GOÄ-Reform aufzugreifen sowie als Ausgleich für die Preis- und Kostenentwicklung seit 1996 eine der Rechtsanwaltsgebührenordnung vergleichbare Anhebung des Punktwertes vorzunehmen.

In Zukunft hat jährlich ein Inflationsausgleich durch Anpassung des Punktwertes zu erfolgen.

2. Vergütung medizinischer Gutachten nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-18) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag lehnt die Einstufung ärztlicher Sachverständigenleistungen in die Vergütungsgruppen des am 12.03.2004 vom Bundesrat verabschiedeten Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG) mit Nachdruck ab. Ärztliche Gutachtenleistungen – z. B. zur Begutachtung einer Erwerbsminderung, Haftfähigkeit, zur Schuldfähigkeit von Erwachsenen oder von Kindern und Jugendlichen – werden geringer vergütet als Gutachten zu materiellen Schäden, z. B. bei Kfz-Unfällen oder Möbeln. Dies stellt nicht nur eine Missachtung der Leistung qualifizierter ärztlicher Gutachter, sondern auch von deren Entscheidungen betroffener Menschen dar. In Anbetracht der Fortschreibung der bisherigen Benachteiligung ärztlicher Sachverständiger im Vergleich zu anderen Sachverständigen fordert der 107. Deutsche Ärztetag alsbald eine Überprüfung der Zuordnung ärztlicher Gutachtenleistungen zu den Honorargruppen des Gesetzes – M1 50,00 Euro, M2 60,00 Euro und M3 85,00 Euro pro Stunde – sowie eine Gleichstellung mit Gutachtern im Hochbau, Ingenieurwesen, Fahrzeugbau, grafischem Gewerbe, bei Kfz-Schäden und zur Kfz-Bewertung und Unfallschäden.

Die Neuregelung der Vergütung medizinischer Gutachten, die am 01.07.2004 in Kraft tritt, verfehlt das von der Politik propagierte Ziel des Gesetzes, an Stelle der Entschädigung von Sachverständigenleistungen zeitgemäÙe und leistungsgerechte Vergütungsbedingungen zu setzen. Die erste Anpassung der Vergütungssätze für ärztliche Sachverständige an die wirtschaftliche Entwicklung seit 10 Jahren wird diesem Anspruch und vor allem der hochqualifizierten Tätigkeit ärztlicher Gutachter nicht gerecht. Maßstab für die Vergütung sollte die vom Bundesrat in der Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung beschlossene Höhe des Durchschnittshonorars für eine Arbeitsstunde von 81,00 Euro sein. Notfalls wird die Ärzteschaft eine verfassungsrechtliche Prüfung der Zuordnung medizinischer Gutachtenleistungen in diesem Gesetz vornehmen lassen.

3. Abschaffung des GOÄ-Ostabschlages

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-19) fasst der 107. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen fordert die Bundesregierung zum wiederholten Male auf, den Gebührenabschlag Ost für privatärztliche Leistungen der Ärzte in den neuen Bundesländern und Ostberlin endlich abzuschaffen. Die Abwertung der Tätigkeit von Ärzten in Ostdeutschland muss 14 Jahre nach Wiedervereinigung beendet werden. Die Gebührenabschläge sind nicht nur diskriminierend, sie verschärfen auch die ohnehin schwierige finanzielle Lage der Ärzte in den neuen Bundesländer.

Inzwischen ist der Gebührenabschlag Ost für Rechtsanwälte auf Grund des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 07.11.2002 als verfassungswidrig angesehen und durch das Kostenrechtsmodernisierungsgesetz und der darin novellierten Rechtsanwaltsgebührenordnung (BRAGO) aufgehoben worden. Die dadurch entstandene eklatante Verletzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ist nicht länger hinnehmbar. Die Vergütungen freier Berufe können nicht mit zweierlei Maß gemessen werden. Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung mit Nach-

druck auf, die Ärzte in Ostdeutschland und Ostberlin nicht länger zu benachteiligen und die GOÄ-Vergütungen unverzüglich an das Westniveau anzugleichen.

4. *Anpassung der GOÄ des EBM-Ost an das Niveau Westdeutschlands*

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache VI-37) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die sofortige Angleichung der Vergütung nach GOÄ und EBM für die Ärztinnen und Ärzte in den ostdeutschen Bundesländern an das Niveau der alten Bundesländer.

Begründung:

14 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung und erfolgreichem Aufbau einheitlicher Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen ist es bei gleichen Tarifen der privaten Krankenversicherer in Ost und West unverständlich, dass bei Ärzten eine Ausnahme gegenüber anderen freien Berufen in der Bundesrepublik bezüglich der Angleichung der Gebührenordnungen gemacht wird.

Die Ablehnung dieser legitimen Forderung unterstreicht die Missachtung der Ärzteschaft und ihrer Leistungen durch die Bundesregierung.

5. *Leistungsgerechte Vergütung*

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VI-33) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit in Praxis und Krankenhaus muss leistungsgerecht erfolgen. Sie sollte der sehr langen Ausbildung, der kontinuierlichen Fortbildung, den langen Arbeitszeiten und der großen Verantwortung des Arztberufes Rechnung tragen.

Besonders in der Phase des Berufseinstiegs in die ärztliche Laufbahn ist eine leistungsgerechte Vergütung selten gegeben. In den Krankenhäusern ist eine zuverlässige Dokumentation der geleisteten Arbeitszeit erforderlich. Deshalb müssen als erster Schritt sämtliche Überstunden erfasst und entsprechend vergütet werden.

Begründung:

Das Ableisten von Überstunden wird in Krankenhäusern zum großen Teil nicht erfasst. So werden auch tariflich festgelegte Sondervergütungen für Überstunden nicht ausgezahlt.

6. *Keine Weiterbildung in unbezahlter Stellung*

Auf Antrag von Frau Dr. Auerswald, Dr. Crusius und Dr. H. Koch (Drucksache VI-78) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt eine Anerkennung von Weiterbildung in unbezahlter Stellung ab.

Gesetzliche Krankenversicherung

1. *Rückgang der Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen seit dem 01.01.2004*

Auf Antrag von Dr. König, Frau Dr. Bert, Frau Dr. Bühren, Dr. von Knobloch zu Hatzbach (Drucksache VI-56) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Durch Entfall der Zuzahlungen von 10 € bei der reinen Früherkennungsuntersuchung, wie vom GMG angedacht und gefordert, kommt es zu endlosen Diskussionen bei pathologischen Befunden, die weiter abgeklärt werden müssen, da dann 10 € Praxisgebühr notwendig werden.

Entweder werden die 10 € gleich gezahlt und die weitere Untersuchung, z. B. Ultraschalldiagnostik, in gleicher Sitzung durchgeführt oder die Patientin wird wieder einbestellt und erscheint eventuell nicht, weil sie keine 10 € bezahlen kann oder will.

Lösung:

Freistellung des Vorsorgefalles von der Praxisgebühr (alle Leistungen in dieser Sitzung) und nicht der Vorsorgeziffer allein.

Erfolg:

Motivation zur Früherkennungsuntersuchung durch Wegfall der Praxisgebühr.

2. *Geringere finanzielle Belastung in der Schwangerschaft*

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Bert, Dr. König und Dr. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache VI-25) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Krankenkassen auf, alle gesetzlichen Zuzahlungen und die ärztlichen Leistungen während einer Schwangerschaft neu zu bewerten.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und einer extrem niedrigen Geburtenrate von 1,3 Kindern pro Frau in unserem Land, sollten alle Schwangere von sämtlichen schwangerschaftsassozierten Zuzahlungen freigestellt werden. Diese Frauen nehmen mit der Geburt von Kindern, die zukünftig Steuern zahlen und Renten erarbeiten, ohnehin KarriereeinbuÙen, niedrigere Gehälter und Rente in Kauf. Seit dem 01.10.2004 müssen schwangere Frauen durch die kurzfristige Kostendämpfungspolitik für die Prävention mit Präparaten wie Magnesium, Eisen und Jodid und für Heil- und Hilfsmittel, wie z. B. Kompressionsstrümpfe, relativ hohe Zuzahlungen leisten. Das Entbindungsgeld wurde bereits ersatzlos gestrichen und nicht in sozialpolitisch sinnvoller Weise steuerfinanziert erhalten.

Weiterhin muss die gesamte Schwangerenbetreuung frei von der Praxisgebühr bleiben, nicht nur die vorgeschriebenen Ziffern der Mutterschaftsvorsorge. Beispielsweise ist bei notwendigen Untersuchungen, wie der Fluordiagnostik zur Frühgeburtenverhinderung z. Zt. eine Zahlung der Praxisgebühr erforderlich.

Die Entscheidung für oder gegen eine erste oder weitere Schwangerschaft wird aufgrund multifaktorieller Gesichtspunkte getroffen. Ein wesentlicher ist das intensive

Schwangerschaftserleben und dazu gehören heute ein hohes Sicherheits- und Risikoabklärungsbedürfnis und eine zuwendungsorientierte Betreuung.

3. Zugang zu medizinischen Leistungen für Sozialschwache

Auf Antrag von Dr. Gudat (Drucksache VI-68) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag appelliert an den Gesetzgeber, Zuzahlungen und Eigenbeteiligung so zu regeln, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung für Sozialschwache erhalten bleibt.

Begründung:

Für Patienten mit Einkünften auf Sozialhilfeniveau bedeuten selbst geringste Zuzahlungen eine unverhältnismäßige Härte durch den erfolgenden Liquiditätsabfluss, selbst wenn im nachhinein eine teilweise Rückerstattung erfolgt. Es darf nicht dazu kommen, dass Arme auf den Arztbesuch verzichten.

Arzneimittel

1. Medikamentöse Entwöhnung Tabakabhängiger

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-11) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag widerspricht der in § 34 (1) des GKV-Modernisierungsgesetzes getroffenen Behauptung, bei Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung handele es sich um Mittel, bei „deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht“, weshalb das Gesetz solche Arzneimittel von der Versorgung ausschließt.

Dieser Behauptung des Gesetzgebers ist aus ärztlicher Sicht entgegenzuhalten:

1. Verrauchter Tabak ist eine legale Droge, die die Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung deutlich erhöht. Pro Jahr sterben in Deutschland 110 000 bis 140 000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums, allein 90 % aller Lungenkarzinomfälle sind auf Tabakkonsum zurückzuführen. Das Risiko, an einem Myokardinfarkt zu versterben, ist schon bei Rauchern, die weniger als 15 Zigaretten pro Tag rauchen, verdoppelt. Auch für andere Erkrankungen weisen Raucher deutlich erhöhte Risiken auf.
2. Etwa 20 % der neugeborenen Kinder sind während der Schwangerschaft Tabakkonsum ausgesetzt, was zu gravierenden gesundheitlichen Schädigungen führen kann. Allein die ärztliche Versorgung von Frühgeburten, die sich auf Tabakkonsum während der Schwangerschaft zurückführen lassen, verursacht jährliche Kosten in Höhe von ca. 35 Mio. € .
3. Die insgesamt durch das Rauchen verursachten direkten und indirekten Kosten belaufen sich jährlich auf ca. 17 Mrd. € .
4. 60 % der Raucher wollen nach eigener Auskunft mit dem Rauchen aufhören, 34 % haben es im zurückliegenden Jahr mindestens einmal vergeblich versucht.

5. Etwa ein Drittel der Raucher weist Zeichen einer Abhängigkeitserkrankung nach ICD 10 – F17.1 und – F17.2 auf, die ärztlich behandelbar ist.

Die wissenschaftliche Studienlage zeigt eindeutig, dass die Raucherberatung durch den Arzt in Kombination mit dem Einsatz von Nikotinersatzpräparaten eine hochwirksame Methode ist, um Raucher erfolgreich von ihrer Sucht zu befreien. Aus diesen Gründen ist es dringend geboten, die im Gesetz zur Raucherentwöhnung durch Arzneimittel gemachten Ausführungen zu korrigieren.

Die deutsche Ärzteschaft fordert daher:

1. Insbesondere solchen Rauchern, die die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung nach ICD 10 erfüllen, Rauchern, die trotz bislang gescheiterter Aufhörversuche weiterhin den dringenden Wunsch haben, mit dem Rauchen aufzuhören, Rauchern mit Krankheitssymptomen und Erkrankungen, die auf das Rauchen zurückzuführen sind, sowie werdenden Müttern und Vätern ist eine qualifizierte ärztliche Beratung und eine Entwöhnung mit geeigneten Substanzen im Rahmen der GKV zu ermöglichen.
2. Ärzten, die eine qualifizierte Beratung zur Entwöhnung anbieten, sind für diesen Aufwand im Rahmen der GKV-Leistungen angemessen zu honorieren.
3. Rauchern, die erfolgreich an einer Entwöhnungsbehandlung teilnehmen, sollte von ihrer Krankenkasse ein Bonus eingeräumt werden.
4. Darüber hinaus sind Regierung und Krankenkassen aufgefordert, in weit größerem Umfang als bisher die Möglichkeiten der Raucherentwöhnung bekannt zu machen und ihre Realisierung zu erleichtern.

2. OTC/Positivliste

Der Antrag von Dr. Schwarzkopf-Steinhauser und Dr. Scheffzek (Drucksache VI-28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 107. Deutsche Ärztetag lehnt die Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente (sog. OTC-Präparate) aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen ab und fordert die Bundesregierung auf, eine Positivliste einzuführen, in der auch die wirksamen OTC-Präparate enthalten sind. Um das dadurch entstandene Problem zu lösen, muss eine Positivliste für Arzneimittel eingeführt werden, wie schon in Beschlüssen auf mehreren Deutschen Ärztetagen gefordert wurde.

Begründung:

1. Nicht verschreibungspflichtige Medikamente sind in der Regel sicher, lange bewährt, hochwirksam und darüber hinaus kostengünstig.
2. Die jetzt eingeführte Regelung hat dazu geführt, dass häufig Medikamente verschrieben werden, mit denen noch nicht so viel Erfahrungen vorliegen, die Nebenwirkungen noch nicht so gut abschätzbar sind und die darüber hinaus teurer sind als die alt bewährten Medikamente.

3. Praktikabilität der Arzneimittelversorgung sicherstellen

Der Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VI-31) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert Bundesregierung und Gemeinsamen Bundesausschuss auf, die Arzneimittelrichtlinie hinsichtlich des Verordnungsausschlusses von OTC-Präparaten vierteljährlich auf der Basis empirischer Größen zu überprüfen und anzupassen.

Begründung:

Praktikabilität im Praxisalltag und medizinisch-sachlicher Korrekturbedarf müssen als Prüfkriterien empirischer Befunde bei der Anwendung der Arzneimittelrichtlinie vierteljährlich Anwendung finden und in der Konsequenz zu einer laufenden Anpassung der Richtlinie führen.

4. OTC-Präparate in der Verordnung der GKV

Der Antrag von Dr. Streibel (Drucksache VI-57) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, den Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten aus der Erstattung der GKV umgehend zu beenden.

Das GMG hat mit seinem Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Medikamente aus der Erstattung der GKV einen willkürlichen Eingriff in die Therapiefreiheit getätigt.

Galt nach gültigen Beschlüssen der VV der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie des Ärztetages seither der Grundsatz:

Wer indikationsgerecht in wirksamer Dosierung wirksame Medikamente verordnet, darf dafür nicht bestraft werden – so werden Vertragsärzte seit 01.04.2004 mit Prüfung, sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Regress bedroht, wenn sie bewährte wirksame Medikamente ihren Patienten verordnen. Dabei war es der Politik offenbar nicht bekannt, dass wesentliche Kriterien für die Verschreibungspflicht, die Nebenwirkungsrate und nicht die Wirksamkeit sind, dass neue Markteinführungen immer verschreibungspflichtig sind, und dass bewährte Medikamente oft wesentlich preiswerter sind als (Pseudo-)Innovationen.

Für Patienten wird die Bezahlung dieser Medikamente eine zusätzliche Belastung, da neben der Bezahlung des Präparates diese Kosten nicht für die Bemessung der Zuzahlungsgrenze herangezogen werden.

Aus der solidarischen Krankenversicherung wird eine vermehrte Belastung der Kranken.

Das politische Ziel einer Einsparung in Milliardenhöhe wird schon heute erkennbar durch Ausweichen auf verschreibungspflichtige Innovationen oder andere Substanzen verfehlt.

5. **12. Novellierung AMG – Rolle der Ethik-Kommissionen bei multizentrischen Studien**

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

- 1) Arzneimittelstudien setzen, wie in der EU-Direktive 2001/20/EG ausgeführt, ein Höchstmaß an Patientensicherheit und Qualität voraus. Der Bundestag hat diese Vorgaben durch den Beschluss der 12. AMG Novelle weitgehend berücksichtigt. So ist für die Beratung von Multizenterstudien vorgesehen, dass die federführende Ethik-Kommission autonom entscheidet, die für die Prüfärzte zuständigen Ethik-Kommissionen jedoch in einem definierten Umfang zu beteiligen sind. Dies fördert die Qualität klinischer Forschung, dient der Patientensicherheit und schafft eine vertretbare Synthese zwischen arzneimittel- und berufsrechtlicher Beratung. Ein weiteres Zurückdrängen der für die Prüfärzte zuständigen Ethik-Kommissionen widerspricht der EU-Direktive und ignoriert Vorgaben des ärztlichen Berufsrechts.

Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb, die vom Bundestag beschlossene Regelung zur Beteiligung der lokal zuständigen Ethik-Kommission unverändert umzusetzen.

- 2) Im Hinblick auf die durch das 12. AMG bewirkte Änderung der Aufgaben von Ethik-Kommissionen bei der Bewertung von klinischen Prüfungen mit Arzneimitteln am Menschen muss eine Klärung der Haftungsproblematik der nach Landesrecht gebildeten Ethik-Kommissionen im Gesetzgebungsverfahren erfolgen. Dies kann durch eine bundesrechtliche Regelung und/oder auf der Ebene der Kammer- und Heilberufsgesetze erfolgen.

6. **Arzneimittelgesetz**

Der Antrag von Frau Dr. Berendes, Frau Dr. Bühren und Frau Künanz (Drucksache VI-72) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 107. Deutsche Ärztetag appelliert an den Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat, die vom Bundestag beschlossenen Änderungen des zu Artikel 1 Nr. 28 § 42 Absatz 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 3 Nr. 3 des 12. Arzneimittelgesetzes AMG zu übernehmen, insbesondere

- a) In Absatz 1/Nr. 2 und in Absatz 2/Nr. 2 den Passus "einschließlich einer unterschiedlichen Wirkungsweise bei Frauen und Männern,"
und
- b) in Absatz 3/Nr. 3 „auch Angaben zur angemessenen Beteiligung von Frauen und Männern als Prüfungsteilnehmerinnen und Prüfungsteilnehmer,“ wieder einzufügen.

Begründung:

Der 107. Deutsche Ärztetag weist darauf hin, dass Arzneimittel oft eine geschlechtsdifferente Pharmakokinetik und Pharmakodynamik aufweisen, und begrüßt die vom Bundestag diesbezüglich verabschiedeten Veränderungen des Arzneimittelgesetzes in Bezug auf das Genehmigungsverfahren.

7. Arzneimittelgesetz – Deklarationspflicht von Inhaltsstoffen

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli und Dr. Pilz (Drucksache VI-49) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Gesundheitsministerium wird aufgefordert im Arzneimittelgesetz eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die deutsche und ausländische Pharmafirmen, die Präparate in Deutschland anbieten, verpflichtet, die Einzelbestandteile der Präparate zur Abklärung allergischer Reaktionen an anfordernde Ärzte herauszugeben.

Begründung:

Pharmafirmen sind derzeit nicht gesetzlich verpflichtet, die einzelnen Bestandteile ihrer Arzneistoffe an Ärzte weiterzugeben, die diese Einzelbestandteile zur Klärung allergischer oder gar lebensbedrohlicher anaphylaktischer Reaktionen auf die jeweiligen Präparate zur Testung ihrer Patienten benötigen. Bei Nicht-Herausgabe der Einzelbestandteile durch die Pharmafirmen, die immer wieder vorkommt, bleiben wichtige allergische Reaktionen oder gar lebensbedrohende anaphylaktische Reaktionen der Patienten unabgeklärt. Den Patienten kann ärztlicherseits nicht geraten werden, welche Medikamente vertragen werden und welche Stoffe oder Bestandteile der Medikamente gemieden werden müssen.

8. Hormontherapie in den Wechseljahren

Der Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Auerswald und Frau Dr. Berendes (Drucksache VI-99) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer und die Ausschüsse und ständigen Einrichtungen der Bundesärztekammer auf, verstärkt zu einer Verbreitung der neuen Empfehlungen zur Hormontherapie in den Wechseljahren beizutragen (z. B. Fortbildungsveranstaltungen, Veröffentlichungen).

Begründung:

Durch mehrere neuere Studien zu Nutzen und Risiken der Hormontherapie in den Wechseljahren ist diesbezüglich eine z. T. heftige Diskussion ausgelöst worden, die zur Verunsicherung aber bereits auch zum Umdenken geführt hat.

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft trägt dem neuen Kenntnisstand mit ihren Empfehlungen zur Hormontherapie in den Wechseljahren entsprechend Rechnung und schränkt aufgrund der Risiko-Nutzen-Abwägung die Indikation deutlich ein.

Dieser neue wissenschaftliche Sachstand ist unseren Kolleginnen und Kollegen dringend auf einer breiten Basis mitzuteilen.

Arzthaftung

1. Haftungsrisiko bei Dokumentation

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter und Dr. Ungemach (Drucksache VI-44) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In zunehmendem Maße müssen Krankenhausärztinnen und -ärzte medizinische und nichtmedizinische Dokumentationsaufgaben erledigen. Hierbei tritt insbesonde-

re bei der Dokumentation von Fallpauschalen ein existentielles Haftungsrisiko für die Ärztinnen und Ärzte auf.

Nicht zuletzt aufgrund der übermäßigen Arbeitsbelastung – bedingt durch stark steigende Patientenzahlen, einem sich intensivierenden Ärztemangel und zunehmende bürokratische Tätigkeiten – können dokumentationsverantwortliche Ärztinnen und Ärzte allenfalls in Stichproben die Korrektheit von Dokumentationen überprüfen.

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert deshalb die Krankenhausträger auf, Ärztinnen und Ärzte vom Haftungsrisiko bei Fehldokumentationen durch

- schriftlichen Haftungsausschluss
- oder
- den Abschluss einer entsprechenden Haftpflichtversicherung zum Schutz gegen finanzielle Haftungsrisiken

zu befreien.

Deutscher Ärztetag

1. *Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages auf dem 108. Deutschen Ärztetag*

Der Antrag von Frau Dr. Correns und Frau Dr. Wenker (Drucksache VI-61) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, für den 108. Deutschen Ärztetag eine Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages, beschlossen auf dem 97. Deutschen Ärztetages 1994, mit nachfolgendem Inhalt vorzubereiten und dem 108. Deutschen Ärztetag zur Beschlussfassung vorzulegen.

In § 5 Abs. 1 werden aus redaktionellen Gründen die Worte „die Satzung der Bundesärztekammer“ durch einen Verweis auf die Geschäftsordnung ersetzt.

Durch eine Änderung des § 16 S. 2 der Geschäftsordnung wird in Abweichung von dem in § 5 Abs. 1 geregelten Grundsatz, wonach es bei Abstimmungen der Stimmenmehrheit bedarf, geregelt, dass ein Antrag auf eine namentliche oder geheime Abstimmung nur der Unterstützung eines Drittels der Ärztetagsdelegierten bedarf.

Begründung:

Nach der geltenden Geschäftsordnung kann eine geheime oder schriftliche Abstimmung nur von der Mehrheit der Ärztetagsdelegierten verlangt werden. Hingegen ist in der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages geregelt, dass 5 % der Anwesenden eine namentliche Abstimmung beantragen können. Es ist daher sachgerecht, das beim Ärztetag erforderliche Quorum herabzusetzen.

2. *Tätigkeitsbericht primär auf CD-ROM*

Auf Antrag von Dr. Lange, Dr. Bicker und Prof. Dr. Bertram (Drucksache VI-71) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Der Tätigkeitsbericht wird den Delegierten auf CD-ROM zugesandt. Nur auf Anforderung wird eine gedruckte Fassung verschickt.

3. *Ärztemangel in Deutschland*

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob, Dr. H. Koch und Dr. Crusius (Drucksache VI-75) unter Berücksichtigung des Antrages von Prof. Dr. Lob, Dr. Crusius und Dr. H. Koch (Drucksache VI-75a) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, das Thema „Ärztemangel in Deutschland“ in das Programm eines der nächsten Deutschen Ärztetage aufzunehmen.

20 % der Medizinstudenten brechen ihr Studium ab, weitere 15 % wählen nach erfolgreichem Medizinstudium einen anderen Beruf. Die Zahl der berufstätigen Ärzte unter 35 Jahren ist von 1991 bis 2003 um 38 % zurückgegangen.

Der Deutsche Ärztetag muss die Öffentlichkeit alarmieren, um langfristig den Arztberuf für junge Menschen wieder attraktiv zu machen.

4. *Tagesordnungspunkt zukünftiger Deutscher Ärztetag*

Der Antrag von Dr. Lindhorst (Drucksache VI-77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der nächste oder übernächste Deutsche Ärztetag soll sich in einem Tagesordnungspunkt umfassend mit den Bedingungen der Grundlagen und der klinischen Forschung in Deutschland befassen.

Begründung:

Die Forschungsstruktur der Bundesrepublik Deutschland wird z. Z. drastisch verändert (Eliteuniversitäten, Zusammenlegung von Universitäten, Umstrukturierung der Industriestandorte, Verknappung an Fördermitteln, hoher Finanzmittelbedarf für qualitativ hochwertige Forschung, mögliche Abschaffung der studienbegleitenden humanmedizinischen Promotion, Junior Professur etc.). Dies betrifft die Ärzteschaft und ihren Nachwuchs.

5. *Früherer Versand von Anträgen des Vorstandes der Bundesärztekammer*

Auf Antrag von Dr. Junker (Drucksache VI-83) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Anträge des Vorstandes der Bundesärztekammer sind in der Regel „Grundsatz-Anträge“, oft von mehrseitigem Inhalt und umfassend zum Thema.

Diese Anträge werden wohl nicht kurzfristig formuliert.

Der Vorstand wird aufgefordert, zu prüfen, ob diese Anträge nicht ca. 8 Tage vor Beginn des Deutschen Ärztetages zugeschickt werden können.

Damit können sich die Delegierten früher, ggf. in gegenseitiger Abstimmung, beschäftigen und schneller und kompetenter im Plenum verabschieden.

6. Tagesordnungspunkt für den Deutschen Ärztetag

Auf Antrag von Frau Dr. Huber, Dr. Hülskamp, Frau Dr. Gross und Dr. Ottmann (Drucksache VI-101) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Die Änderung des Transplantationsgesetzes soll auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage diskutiert werden.

Elektronische Gesundheitskarte

1. Implantat – Angaben in die elektronischen Patienten-Karte

Der Antrag von Frau Dr. Bühren und Frau Dr. Bert (Drucksache VI-65) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wirkt darauf hin, dass bei der elektronischen Patienten-Karte auch ein elektronisches Feld für die notwendigen Angaben im Zusammenhang mit Implantaten (z. B. Brustimplantaten, Schrittmacher, Endoprothesen) vorgesehen wird.

2. Arztausweis, Gesundheitskarte, Telematik

Der Antrag von Dr. Bartsch (Drucksache VI-73) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Ärzteschaft unterstützt die Einführung eines Arztausweises und einer Gesundheitskarte und fordert eine angemessene Berücksichtigung der Patienteninteressen und der geeigneten technischen Funktionalität, damit derzeitige Barrieren der Anwendung der Telematik im Gesundheitswesen überwunden werden können.

Begründung:

Die Ärzteschaft unterstützt die Einführung eines elektronischen Arztausweises und einer elektronischen Gesundheitskarte als Grundlage für eine moderne Form der Kommunikation im Gesundheitswesen, sofern das entscheidende Kriterium der Einführung der Nutzen für die Patienten sowie die breite Anwendbarkeit der Telematik durch die Ärzteschaft ist. Durch zahlreiche Pilotprojekte in einzelnen Bundesländern konnten bereits wichtige positive Erfahrungen bei der Umsetzung eines solchen Vorhabens gemacht werden. In Sachsen wurden zum Beispiel durch das Modellvorhaben „SaxTeleMed“ wichtige Erkenntnisse zu den Bereichen Architektur, Programmschnittstellen und elektronischem Datenaustausch gewonnen und evaluiert.

Für das weitere Vorgehen der Politik sind aus diesem Grund die fachlichen Stellungnahmen und eine angemessene Beteiligung der Ärzteschaft zu berücksichtigen und in die Planung eines solchen Großprojektes einzubeziehen, damit die Lösung derzeitiger Grundprobleme der Telematikanwendung in den sich wandelnden Versorgungsstrukturen umfassend möglich wird sowie Fehlentwicklungen mit den Folgen begrenzter Nutzbarkeit und ein Vertrauensverlust in der Bevölkerung vermieden werden. Dazu ist eine gründliche praktische Erprobungsphase zwingend erforderlich.

3. Patientenverfügung auf elektronischer Patientenkarte

Der Antrag von Frau Dr. Graudenz (Drucksache VI-93) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wirkt darauf hin, dass eine gewünschte Patientenverfügung auf der geplanten elektronischen Patientenkarte platziert werden kann.

4. Gesundheitskarte, Telematik

Der Antrag von Frau Dr. Keller (Drucksache VI-95) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte muss die Wahrung des Arztgeheimnisses gewährleistet sein. Es ist zu beachten, dass auch scheinbar perfekte Sicherungssysteme zwar einen sehr guten, aber keinen absoluten Schutz vor Missbrauch bieten können, insbesondere sobald Patientendaten auf zentralen Rechnern gespeichert werden. Der Gesetzgeber hat dafür zu sorgen, dass der Patient rechtliche Schritte einleiten kann, wenn der Verdacht besteht, dass seine elektronisch gespeicherten Daten zu nicht-medizinischen Zwecken eingesetzt werden und dass jeder Patient über diese Möglichkeit aufgeklärt wird.

Die Speicherung seiner persönlichen Daten und der Umgang mit diesen Daten muss vom Patienten kontrollierbar und für den Patienten freiwillig sein.

Ärztemangel

1. Ärztemangel

Auf Antrag von Dr. Junker (Drucksache VI-29) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Es ist bekannt, dass Deutschland aufgrund der derzeitigen Entwicklung und der demographischen Entwicklung mit zunehmender Überalterung der Bevölkerung schon in Kürze in einen deutlichen Ärztemangel kurativ tätiger Ärzte einmünden wird bzw. dieser schon besteht.

Derzeit wird die Zulassung zum Medizinstudium über die ZVS abgewickelt, wobei Abiturientinnen/Abiturienten mit einer Durchschnittsnote von über 1,8 bis 2,3 (per Klage) keine Chance haben. So bedeutet eine Durchschnittsnote von 2,5 zur Zeit eine Wartezeit von 6 bis 7 Semestern. Abgesehen davon, dass das Kriterium des Zensuredurchschnitts eines Abiturzeugnisses äußerst fragwürdig ist, ist es weiter aber absolut inakzeptabel, dass gerade Bewerber zum Medizinstudium während der gesamten Wartesemester kein anderes, evtl. flankierendes und nutzbringendes Studium beginnen dürfen. Sie dürfen sich nicht einmal als Gasthörer immatrikulieren lassen, ohne das Semester als Wartesemester zu verlieren. Durch die vielen Studienabbrecher wäre es jedoch kein Problem, im 2. oder 3. Semester „quer“- einzusteigen.

1. Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber und die Universitäten auf, die Studienbedingungen dergestalt zu ändern, dass einem/einer angehenden Medizinstudenten/-studentin auch während der Wartesemester ein Studium in einem Fach ohne Zulassungsbeschränkung ermöglicht wird. Dabei erworbene Qualifi-

kationen/Scheine sollen auf Antrag bei Kompatibilität mit dem nachfolgenden Studium ggf. angerechnet werden können.

2. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, auf diesen unhaltbaren Zustand des Brachliegens bzw. der Verschleuderung geistiger Ressourcen junger, angehender Mediziner bei allen entsprechenden damit befassten Stellen hinzuweisen und eine Änderung einzufordern.
3. Die ZVS ist als überholtes Instrument der Begrenzung von Studiengängen zumindest für das Medizinstudium aufzulösen und durch ein entsprechendes Auswahlverfahren der Universitäten zu ersetzen.
4. Elite-Universitäten werden nicht durch eine wahlwerbewirksame Finanzspritze aus einem Haushaltsdefizit des Bundes erschaffen! Hierfür sind den Universitäten andere Möglichkeiten einzuräumen, wie dies in anderen Ländern auch praktiziert wird.

2. Initiativen gegen den regionalen Ärztemangel

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VI-35) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Ärztetag fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und Länder auf, wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um dem regionalen Ärztemangel in den neuen Bundesländern entgegenzuwirken.

Mögliche Maßnahmen wären:

1. Motivation junger Ärzte zur Niederlassung, z. B. durch finanzielle Anreize (vergleiche Mindestumsatzgarantien der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg) sowie Investitionsförderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Länder in Form von zinslosen Darlehen.
2. Aufhebung der Altersgrenze in unterversorgten Gebieten als Einzelfallregelung im Ermessen des jeweiligen Zulassungsausschusses.
3. Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinien.
 - Aktualisierung der zugrunde liegenden Basisdaten
 - Einbeziehung der sich verändernden Mobilitätsentwicklung in der Bevölkerung
 - Stärkere Differenzierung der Verhältniszahlen in ländlichen Bereichen

Die Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen in der vertragsärztlichen Versorgung sind insgesamt praxisorientierter zu gestalten und sollten nicht nur auf rein statistischen Kriterien basieren.

Begründung:

Auch wenn im internationalen Vergleich in Deutschland eine hohe Arztdichte zu verzeichnen ist und in einigen Gebieten eine Überversorgung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung besteht, muss dennoch ein ernstzunehmender regionaler Ärztemangel festgestellt werden. Dies betrifft insbesondere ländliche Gebiete und große Teile der neuen Bundesländer. Besonders betroffen ist die hausärztliche Versorgung. Zahlreiche Hausärzte aber auch Fachärzte, die sich zur Ruhe setzen

wollen, finden jedoch keine Nachfolger, die dazu bereit wären, ihre Praxis zu übernehmen. Hier gilt es, durch gemeinsame Anstrengungen Lösungswege zu finden.

Altersversorgung

1. Beiträge für kindererziehende Mitglieder ärztlicher Versorgungswerke auch durch den Bund

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Berendes und Dr. Thomas (Drucksache VI-87) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke (ABV) auf, offensiv die Bestrebungen fortzusetzen und zu intensivieren, dass Beiträge durch den Bund auch für kindererziehende Mitglieder ärztlicher Versorgungswerke übernommen werden, wie dies für Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung derzeit schon gilt.

Begründung:

Bei der Rentenreform-Gesetzgebung hat sich der Gesetzgeber dafür entschieden, nunmehr Beiträge aus allgemeinen Steuermitteln, z. B. der Öko-Steuer, für Zeiten der Kindererziehung an die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen (§ 177 SGB VI). Diese Entscheidung ist ordnungspolitisch richtig. Mit ihr wird anerkannt, dass Kindererziehung eine allgemein gesellschaftliche Aufgabe ist, die in staatlicher Gesamtverantwortung steht.

Die Demographie-Kommission des Deutschen Bundestages hat in ihrem Bericht 2003 gefordert, zu prüfen, wie Beiträge für Kindererziehende an alle öffentlich-rechtlichen Alterssicherungssysteme – und nicht nur an die gesetzliche Rentenversicherung – gezahlt werden können, weil dem Staat jedes Kind gleich viel wert sein müsste.

Aus diesem Grund ist die ABV gehalten durchzusetzen, dass der Bund auch Beiträge für kindererziehende Ärztinnen und Ärzte an die Ärztlichen Versorgungswerke übernehmen muss.

2. Informationen für kindererziehende Ärztinnen und Ärzte von den berufsständischen ärztlichen Versorgungswerken

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Berendes und Frau Dr. Ebert-Englert (Drucksache VI-88) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert die berufsständischen ärztlichen Versorgungswerke auf, Informationen für kindererziehende Ärztinnen und Ärzte zu erstellen, die nicht oder reduziert ärztlich tätig sind.

Diese allgemein verständlichen Informationen sollen über die verschiedenen Optionen der Beitragszahlungen in diesen Phasen und die daraus resultierenden Konsequenzen für die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrenten informieren. Dies setzt voraus, dass die Versorgungswerke vom Mitglied über den jeweiligen Status unterrichtet werden.

3. Fortbestehen der Krankentagegeldversicherung bei vorzeitigen Bezügen aus der Ärzteversorgung

Auf Antrag von Dr. Graudenz (Drucksache VI-94) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer fordert die Krankenversicherungen auf, Krankentagegeldversicherungen nicht für die Ärzte/Innen zu beenden, die zwar vorzeitige Bezüge (ab 60 Jahre z. B.) aus den Versorgungswerken beziehen, aber noch weiter in nennenswertem Maße in ihren Praxen tätig sind.

Sonstiges

1. Rechtsmedizinische Institute erhalten

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VI-32) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Länder auf, rechtsmedizinische Institute in ihrem Bestand und ihrer Vielfalt (Universitätsinstitute, Landesinstitute) zu erhalten.

Begründung:

Mit einer Reduzierung rechtsmedizinischer Institute und deren Dienstleistungen werden nicht hinnehmbare EinbuÙen in der Qualitätssicherung der forensischen Medizin und der akademischen Lehre in Kauf genommen. Es droht ein Wissens- und Kenntnisverlust (Unterscheidung natürlicher/nicht natürlicher Tod, sachkundige Ausstellung der Todesbescheinigung usw.) durch die Verminderung der akademischen Lehrkapazitäten.

2. Ächtung und Nichtbeteiligung von Ärzten bei der Anwendung von Folter

Auf Antrag von Dr. Girth (Drucksache VI-42) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 107. Deutsche Ärztetag bekräftigt die in den Deklarationen von Hamburg (1997) und Tokio (1975) ausgesprochene Ächtung und Nichtbeteiligung von Ärzten bei der Anwendung von Folter und Grausamkeiten. Eine „angemessene ärztliche Beobachtung“ bei Verhörmethoden, wie kürzlich vom Pentagon gefordert, also eine sozusagen qualitätsgesicherte Folter, kommt daher für Ärztinnen und Ärzte nicht in Frage.

Da die Wünsche nach Beteiligung von Ärzten an staatlichen Gewaltmaßnahmen zunehmen, sind ethisch klare Grenzziehungen auch in unserem Land besonders wichtig.

3. Krankengeldzahlung für Organspender

Auf Antrag von Dr. Rehorn (Drucksache VI-48) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, bei Arbeitsunfähigkeit von Organ Spendern aufgrund der Organspende die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zahlung von Krankengeldleistung wieder einzuführen.

4. Begutachtung der Rückführungsfähigkeit von Ausländern

Auf Antrag von Frau Dr. Auerswald (Drucksache VI-80) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, Empfehlungen zur Erstellung von Gutachten oder Stellungnahmen zur (gesundheitlichen) Rückführungsfähigkeit von Ausländern, die zur Ausreise verpflichtet sind, zu erarbeiten. Diese ärztlichen Gutachten/Stellungnahmen spielen im Rahmen aufenthaltsrechtlicher Streitverfahren eine entscheidende Rolle.

In diesem Zusammenhang ist die Beschränkung einer medizinischen Begutachtung auf bloÙe „Reisefähigkeit“ eindeutig abzulehnen, da sie nicht mit den ethischen Grundsätzen ärztlichen Handelns vereinbar ist.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Grundlage dafür zu schaffen, dass eine kompetente, umfassende und der ärztlichen Sorgfalt entsprechende Begutachtung zu jeder Zeit der Inanspruchnahme bei der Rückführung von Ausländern sichergestellt wird.

Begründung:

Gesundheitliche Aspekte sind in jüngerer Vergangenheit zunehmend in den Blickpunkt ausländerrechtlicher Verfahren geraten. Medizinische Gutachten werden in diesem Zusammenhang vor allem von Ausländerbehörden und Verwaltungsgerichten vermehrt angefragt.

Die Innenministerkonferenz hatte im Jahr 2002 versucht, die Ärzteschaft im Sinne bedarfsgerechter Erstellung von Flugtauglichkeitsbegutachtungen zu instrumentalisieren. Entsprechende Kritik wurde auf den letzten Ärztetagen wiederholt geübt. Dennoch mehren sich Berichte über ärztliche Beihilfe zu Abschiebungen. Diese umfasst u. a. Flugbegleitung, Beschränkung auf die Bescheinigung von Flugtauglichkeit – die sowohl inländische als auch Ziellandaspekte der weiteren Versorgung kranker Menschen außer acht lässt – und Erstellung fachlich unzureichender Gutachten, z. B. ohne Zuhilfenahme von Fachdolmetschern, ohne Qualifikation im Bereich Psychotraumatologie etc. (näheres hierzu s. z. B. Gierlichs, Deutsches Ärzteblatt 2002, 2148 und 2003, 2198).

Notwendig ist deshalb eine Leitlinie, die u. a. die geforderte fachliche Qualifikation des/der Gutachter/s (vgl. Aufforderung des 105. Deutschen Ärztetages an die Bundesärztekammer zur Erstellung eines entsprechenden Curriculums zur Gutachtererstellung bei psychisch traumatisierten Flüchtlingen), die Gewährleistung seiner Unabhängigkeit, den Ablauf einer solchen Untersuchung und inhaltliche Forderungen an ein solches Gutachten (Fachdolmetscher, ausführliches Gespräch, Berücksichtigung kultureller Hintergründe; verlässliche Kenntnisse über Gesundheitswesen, Behandlungsmöglichkeiten, sowie Behandlungs- und Lebensbedingungen im Zielland, keine Beschränkung auf bloÙe Reisefähigkeit wie z. B. Flugtauglichkeit) festschreibt. Als ein wichtiger Bestandteil der Empfehlung wären u. a. die von der Arbeitsgruppe „Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen“ erstellten Standards anzusehen.

Die gegenwärtige Vorgehensweise und Inanspruchnahme, erschwert den Zugang zu einer ausreichenden ärztlichen Beurteilung. Die betroffenen Personen werden von dazu nicht qualifizierten Sachbearbeitern der Ausländerbehörden unter unzureichenden Umständen zu verbindlichen Aussagen über ihre Gesundheit befragt – Fragen, die sie oft dort und zu diesem Zeitpunkt nicht beantworten können. Die Betroffenen sind durch Unwissenheit über ihre Krankheit, eine krankheitsbedingte Verdrängung (posttraumatische Störung) oder Behinderung oder aufgrund ihrer allgemeinen Lebensumstände (z. B. Alter) oft gehindert, die im praktizierten Verfahren zu einem bestimmten Zeitpunkt geforderten Angaben zu machen.

5. Deutsches Ärzteblatt

Der Antrag von Prof. Dr. Bertram und Dr. Schüller (Drucksache VI-81) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, in seiner Eigenschaft als Mitherausgeber des Deutschen Ärzteblattes darauf hinzuwirken, dass Publikationen zur Pharmakotherapie und zu diagnostischen medizinischen Geräten sowie zu medizinischen Kongressen vor der Veröffentlichung in der Rubrik VARIA mit der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion abgestimmt werden.

6. Einrichtungen von Arbeitsgremien „Ärztliche Psychotherapie“

Der Antrag von Herrn Ellereit (Drucksache VI-90) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern die Einrichtung von Arbeitsgremien „Ärztliche Psychotherapie“, die die jeweiligen Vorstände beraten können und der ärztlichen Psychotherapie die Möglichkeit geben, die spezifischen ärztlichen Belange der Psychotherapie zu besprechen und zu vertreten. Die Teilnehmer sollten aus den Gruppen der Psychiater und Psychotherapeuten, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und der Zusatztitelinhaber kommen.

Begründung:

Nach dem Psychotherapeutengesetz hat die ärztliche Psychotherapie im Gegensatz zu den anderen psychotherapeutisch tätigen übrigen Berufsgruppen der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten kein offizielles Sprachrohr.

7. Missbrauch der Mittel für Behinderte

Der Antrag von Dr. Nick und Dr. Lipp (Drucksache VI-96) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die deutsche Ärzteschaft unterstützt nachhaltig Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, im Sinne Artikel 3 Abs. 3 Grundgesetz die Benachteiligung von Behinderten zu vermeiden.

Aus ihrem beruflichen Selbstverständnis sind Ärztinnen und Ärzte berufene Interessenwahrer wirklich unterstützungsbedürftiger Menschen.

Gleichwohl muss unter den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen unseres Sozialstaates und des sozialen Netzes der Kreis der wirklich förderungsfähigen Behinderten durch eine klare gesetzliche Regelung etwa im Schwerbehindertengesetz eingeschränkt werden, damit nicht durch eine sozialrechtlich übermäßig ausgedehnte Definition des Wortes Behinderung ein Großteil der Ressourcen Menschen zu Gute kommt, die durch geringe Einschränkungen ungerechtfertigte Privilegien und Vorteile auf Kosten der wirklich Behinderten erlangen.

8. *Prinzip des Gender Mainstreaming*

Der Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Auerswald und Frau Dr. Berendes (Drucksache VI-98) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer und alle anderen beteiligten Gremien auf, sich dafür einzusetzen, dass das Prinzip des Gender Mainstreaming in die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgenommen wird.

Begründung:

Gender Mainstreaming ist seit dem Amsterdamer Vertrag als Strategie für alle Politikfelder festgeschrieben. Auch auf bundespolitischer Ebene wird dies zunehmend umgesetzt.

Gerade im Gemeinsamen Bundesausschuss, wo wichtige Entscheidungen für die Versorgung von Frauen und Männern getroffen werden, müssen die Auswirkungen auf deren jeweils unterschiedliche Lebenswelten und Bedürfnisse berücksichtigt werden.

9. *Zurückweisung eines Ärztezeitungs-Titels*

Der Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VI-100) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag weist die Überschrift in der Ärzte Zeitung vom 21.05.2004 auf Seite 6 von Hanno Kautz zurück.

Auch wenn die Regierungspolitik von uns großteils nicht mitgetragen wird, ist formal ein Bruch mit der Regierung auf dem Deutschen Ärztetag nicht beschlossen worden.

Zu Punkt VII der Tagesordnung:
Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003)

1. *Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das*
Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-01) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V., Münster.

Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003) wird gebilligt.

Zu Punkt VIII der Tagesordnung:
Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003)

1. *Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr*
2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003)

Auf Antrag von Mitgliedern der Finanzkommission (Drucksache VIII-01) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003) Entlastung erteilt.

Zu Punkt IX der Tagesordnung:
Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2004/2005
(01.07.2004 – 30.06.2005)

1. *Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 –*
30.06.2005)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IX-01) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 bis 30.06.2005) in Höhe von 14.788.000 € wird genehmigt.

2. Gewinnausschüttung Deutsche Ärzte-Verlag GmbH

Der Antrag von Herrn Büchner, Dr. Calles, Dr. Wöstenberg, Dr. Schulze, Dr. Lipp, Dr. Zollner, Dr. Osterhoff, Frau Dr. Gitter, Dr. Harb, Dr. Carl, Dr. Baumgärtner und Dr. Gudat (Drucksache IX-02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Gewinnausschüttung der Deutsche Ärzte-Verlag GmbH (DÄV) wird ab sofort:

a) In der realistisch aufgrund der Vorjahresergebnisse und des aktuellen Geschäftsverlaufes zu erwartenden Höhe (z. B. Planzahlen DÄV) in den Haushaltsvoranschlag der Bundesärztekammer eingestellt

und

b) nach Feststellung der Ausschüttung in voller Höhe dem Haushalt der Bundesärztekammer zugeführt.

Dadurch ist gewährleistet, dass der Deutsche Ärztetag im Rahmen seiner Haushaltsberatungen über diese Mittel verfügen kann und der Haushalt der Bundesärztekammer transparenter wird.

Zu Punkt X der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes für den 109. Deutschen Ärztetag 2006

1. Wahl des Tagungsortes für den 109. Deutschen Ärztetag 2006

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache X-01) beschließt der 107. Deutsche Ärztetag:

Als Tagungsort für den 109. Deutschen Ärztetag wird Halle an der Saale bestimmt.

Für die Richtigkeit
Bremen, den 21. Mai 2004

Dr. Hans-Jürgen Maas

unter Mitwirkung von

Dr. Annegret Schoeller

Dr. Hans-Georg Krumpaszky

Dr. Bernhard Rochell