

BESCHLUSSPROTOKOLL
DES
109. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
VOM 23. - 26. MAI 2006
IN MAGDEBURG

INHALTSVERZEICHNIS

Zu Punkt I der Tagesordnung:

GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND ÄRZTLICHE BERUFSPOLITIK – PATIENTENVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND – RAHMENBEDINGUNGEN ÄRZTLICHER BERUFS AUSÜBUNG 1

1. Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit statt Misstrauen und Bürokratie	1
2. Für Weiterentwicklung der GOÄ – Gegen Fremdbestimmung und Gleichschaltung des Vergütungssystems.....	3
3. Im Vertragsarztrecht den Vorrang des ärztlichen Berufsrechts wahren	4
4. Deprofessionalisierung und Fremdbestimmung	5
5. GKV-Reform	6
6. Gesundheitsreform – Vergütung von Krankenhausärzten	7
7. Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit	7
8. Ärzteproteste zur Gesundheitspolitik.....	8
9. Solidarität mit Arbeitskämpfmaßnahmen.....	9
10. Vereinbarung zwischen Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften.....	9
11. Keine untertarifliche Bezahlung ärztlicher Arbeit an Universitätskliniken	9
12. Universitätskliniken bevorzugt in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft.....	10
13. Ärztemangel und Ärzteflucht in Deutschland stoppen.....	10
14. Änderung der Rahmenbedingungen des Gesundheitsstandorts.....	10
15. Patienten wollen ihren niedergelassenen Facharzt behalten	11
16. Vergütung ärztlicher Leistungen.....	11
17. Tragfähige und nachhaltige Gesundheitsreform	12
18. Sozialrecht darf Berufsrecht nicht aushebeln	12
19. Repressalien gegen streikende Ärzte verhindern.....	13
20. Finanzierung versicherungsfremder Leistungen	13
21. Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (Bonus-Malus-Regelung).....	13
22. Überarbeitung Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz.....	14

Zu Punkt II der Tagesordnung:

BEHANDLUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN UND PSYCHOSOMATISCHEN ERKRANKUNGEN: GEGEN STIGMATISIERUNG – FÜR STÄRKUNG DER ÄRZTLICHEN PSYCHOTHERAPIE..... 15

Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen..... 15

1. Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	15
2. Diskriminierung psychisch Kranker in der Privaten Krankenversicherung	18
3. Diskriminierung durch Arbeitgeber	18
4. Kontrahierungszwang.....	18

Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychosomatisch- psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln

1. Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psychosomatisch- psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln.....	19
2. Sicherung ambulanter ärztlicher Psychotherapie	23
3. Qualifikation psychosomatische Kompetenz	24
4. Psychotherapie.....	24
5. Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer	24

6. Schlechte Honorierung der ärztlichen Psychotherapie, die nicht unter die Bestimmungen des § 85 Absatz 4 SGB V zur angemessenen Vergütung fällt.....	25
7. Psychotherapeutenkammern.....	26
8. Ständige Konferenz für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte bei der Bundesärztekammer einrichten	27
9. Fachgebundene Psychotherapie weiterentwickeln	27
10. Förderung der ambulanten Weiterbildung für psychotherapeutische fähige Fachärztinnen und Fachärzte	27
11. Psychosomatische Grundkenntnisse in somatischen Gebieten.....	27
12. Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie – fachgebunden	28
13. Fort- und Weiterbildung für Psychosomatik in somatischen Fachgebieten.....	28
14. Stellung der psychosomatischen Medizin in der ambulanten Versorgung	29
15. Förderung der Psychosomatik.....	29
16. Psychische Erkrankungen in Abrechnungssystemen.....	30
17. Änderungsantrag zu Antrag II-23	30
18. Frühzeitige Erkennung von psychischen Erkrankungen bei Kindern	30
19. Begriff "Ärztlicher Psychotherapeut".....	31

**Zu Punkt III der Tagesordnung:
GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EUROPA31**

1. Gesundheitsversorgung in Europa	31
2. Grünbuch der Europäischen Gemeinschaft "Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern"	35
3. Entzug des Rechts der Berufsausübung/Dienstleistungsfreiheit.....	36

**Zu Punkt IV der Tagesordnung:
(MUSTER-)WEITERBILDUNGSORDNUNG37**

**Zu Punkt V der Tagesordnung:
ÄNDERUNG DES § 5 ABS. 1 DER SATZUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER.....37**

**Zu Punkt VI der Tagesordnung:
ÄNDERUNG DES § 16 DER GESCHÄFTSORDNUNG DES
DEUTSCHEN ÄRZTETAGES.....37**

**Zu Punkt VII der Tagesordnung:
TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER37**

Versorgungsforschung.....37

1. Nutzung von Synergien des IQWiG, der Versorgungsforschung der Bundesärztekammer und des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung	37
---	----

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)38

1. Zum Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen.....	38
2. Individuelle Gesundheitsleistungen	41
3. Individuelle Gesundheits-"Positiv"-Leistungen	41

Patientenrechte	41
1. Gegen die Aushöhlung von Patientenrechten – Für den Erhalt der Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung	41
2. Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genitale Mutilation)	42
3. Unzureichende medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus	43
4. Vergabe von Brechmitteln	44
5. Female Genital Mutilizing (FGM) in der Bundesrepublik	45
6. Keine inhumanen Praktiken bei Abschiebungen	45
7. Gesundheitliche Belastungen von Kindern ohne deutschen Pass	45
Disease-Management-Programme (DMP)	46
1. Disease-Management-Programme	46
Pflege	47
1. Sicherung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen	47
2. Situation von pflegebedürftigen Menschen in Deutschland	48
Ärztestreik	49
1. Solidarität mit streikenden Ärzten	49
2. Ärztestreiks	50
3. Ärztestreiks	51
4. Streik der Krankenhausärzte	51
Pandemie/Katastrophenschutz	51
1. Konsequente Vorbereitung auf eine potentielle Influenza-Pandemie ist eine gesamtstaatliche Aufgabe	51
2. Mangelnde Katastrophenvorsorge	53
3. Patientenversorgung in Deutschland "Pandemieplanung"	54
Telematik	54
1. Keine Einführung einer unsicheren und nicht funktionsfähigen elektronischen Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur!	54
Prävention/Impfen	56
1. Nichtrauchererschutz	56
2. Schutz vor Passivrauch in öffentlichen Gebäuden	57
3. Gesundheitsförderung an Schulen	57
4. Schuleingangsuntersuchung durch Ärztinnen und Ärzte	58
5. Präventionsgesetz	58
6. Präventionsgesetz	59
7. Prävention bei Kindern	60
8. Prävention von Misshandlung, Vernachlässigung und Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen	60
9. Kindesmisshandlung	61
10. Pflichtimpfung für Masern	61
11. Impfungen	62
12. Impfstatus in Gemeinschaftseinrichtungen	62
13. Höhere Durchimpfungsrate	63
Arzneimittel	63
1. Transparenz bei Arzneimittelpreisen	63
2. Wirkstoffdatenbank zur Verordnung	64
3. Kosten-/Nutzenbewertung von Arzneimitteln	64

Krankenhaus	65
1. Finanzierung der Pflichtfortbildung von Krankenhausärzten	65
2. Kalkulationsgrundlage der DRG-Fallpauschalen.....	65
3. Bezahlung chirurgischer Weiterbildung im DRG-System	65
4. Erfassung von Überstunden in elektronischen Zeiterfassungssystemen	66
5. Familienfreundliches Krankenhaus	66
6. Flache Hierarchien im Krankenhaus.....	67
7. Mitarbeiterbeteiligung bei neuen Chefarztverträgen.....	67
Qualitätssicherung	68
1. Angleichung Qualitätsstandards Gesetzliche Krankenversicherung/ Private Krankenversicherung/ambulant/stationär	68
Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	69
1. Berechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Information der Heilberufe-Kammern über unzuverlässige oder unqualifizierte Ärzte	69
2. Erhalt der Privaten Krankenversicherung neben der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	69
3. Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems in Deutschland.....	70
4. Arzneimittelversorgung – Einführung einer Positivliste	71
5. Rahmenbedingungen – Positivliste	72
6. Änderung des Hochschulrahmengesetzes.....	72
7. Neuaufnahme von Leistungen in den GKV-Leistungskatalog	72
8. Hartz IV-induzierte Verluste ausgleichen	73
9. Vertragsarztänderungsgesetz – frauenspezifische Aspekte	73
10. Struktur der ärztlichen Versorgung (ambulant/stationär).....	73
11. Normenkontrollklage gegen das AVWG.....	74
12. Angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen.....	75
13. Evaluation gesundheitspolitischer Entscheidungen	75
14. Adäquate Arzneimittelversorgung	75
Approbation/Weiterbildung.....	76
1. Thematik "Weibliche Genitalbeschneidung" als Inhalt eines Weiterbildungscurriculums	76
2. Befristung von Arbeitsverträgen – Weiterbildungszeiten.....	76
3. Weiterbildungsstellen	77
4. Weiterbildungszuschlag im DRG-System.....	77
5. Anerkennung Zugangsberechtigung Praktisches Jahr (PJ)	77
6. Vergütung der Tätigkeit im Praktischen Jahr.....	78
7. Wertigkeit des Praktischen Jahres (PJ).....	78
8. Arbeitsverträge in der Weiterbildung	78
9. Anpassung der Weiterbildungszeiten an europäische Regelungen	79
10. Praktisches Jahr (PJ) in der Allgemeinmedizin	79
Organspende	79
1. Organspendekommission und Transplantationsgesetz.....	79
2. Gesetzesänderung zur Organspende	81
3. Organspende und Transplantationsgesetz.....	81
Sterbebegleitung.....	81
1. Humane Sterbebegleitung.....	81
Verschiedene Aspekte der ärztlichen Beraufsausübung	82
1. Klinische Forschung	82
2. Qualitätssicherung: Freier Zugang zu Forschungsergebnissen	83
3. Notarztdienst, Arbeitszeitgesetz	83

4. Arbeitsplatz der Delegierten	83
5. Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf und Familie	84
6. Mitwirkung von Ärzten bei Rückführung von Ausländern	84
7. Tagesordnungspunkt für einen der nächsten Deutschen Ärztetage	84
8. Tagesordnungspunkt für einen der nächsten Deutschen Ärztetage	85

Zu Punkt VIII der Tagesordnung:

BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005)	85
1. Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer	85

Zu Punkt IX der Tagesordnung:

ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005)	85
1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer	85

Zu Punkt X der Tagesordnung:

HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007)	86
1. Haushaltsvoranschlag	86

Zu Punkt XI der Tagesordnung:

WAHL DES TAGUNGORTES FÜR DEN 111. DEUTSCHEN ÄRZTETAG 2008	86
1. Wahl des Tagungsortes für den 111. Deutschen Ärztetag 2008	86

Zu Punkt I der Tagesordnung:
GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND ÄRZTLICHE BERUFSPOLITIK –
PATIENTENVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND –
RAHMENBEDINGUNGEN ÄRZTLICHER BERUFS AUSÜBUNG

1. *Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit statt Misstrauen und Bürokratie*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Calles (Drucksache I-01a) fasst der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Ärztinnen und Ärzte Deutschlands fordern– mit Nachdruck und unter Protest – endlich eine leistungsgerechte Vergütung ihrer Arbeit und rechtliche Rahmenbedingungen für eine freiheitliche Berufsausübung. Marathondienste im Krankenhaus, hochqualifizierte Leistungen zu Dumpingpreisen, Verbürokratisierung, Dokumentationswahn, Checklistenmedizin und Honorarverfall sind die derzeitigen Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung. Für Ärztinnen und Ärzte sind diese Belastungen und Reglementierungen unerträglich geworden. Die Mittel für die Patientenversorgung werden schon seit Jahren nicht mehr den Versorgungsnotwendigkeiten angepasst, das Patient-Arzt-Verhältnis wird mehr und mehr administriert und die Ärzte in eine "Versozialrechtlichung" hineingedrängt. Diese Zustände sind für Ärztinnen und Ärzte so unerträglich geworden, dass sie schon seit Wochen und Monaten zu Zehntausenden auf die Straße gehen. Es hat sich in großer Solidarität ein Widerstand formiert, der so lange anhalten wird, bis die Forderungen der Ärzte nach tatsächlicher Anerkennung ihrer Arbeit und würdiger Berufsausübung erfüllt sind. Der Deutsche Ärztetag unterstützt nachhaltig die Proteste, Demonstrationen und Streiks der Ärzte in Klinik und Praxis.

Gesundheitspolitik ist immer noch nichts anderes als reine Kostendämpfungspolitik. Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik – trotz enorm gestiegener Leistungsanspruchnahme – fortwährend die Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitswesens. Versicherungsfremde Leistungen und die Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige belasten die gesetzliche Krankenversicherung jährlich in zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die sogenannten Hartz-Gesetze belasten die GKV seit diesem Jahr mit 3,6 Mrd. Euro und durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entzieht der Bundesfinanzminister dem GKV-System 4,2 Mrd. Euro. Darüber hinaus werden der GKV durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch auf Arzneimittel über 2 Mrd. Euro entzogen. Die chronische Unterfinanzierung des Gesundheitswesens ist vor allem politisch bedingt. Gleichwohl aber versprechen die Politiker eine optimale Medizin zu jeder Zeit und an jedem Ort. Es ist diese Unredlichkeit zwischen politischer Aussage und politischem Handeln, die Ärztinnen und Ärzte so wütend macht. Ärzte lassen sich aber nicht länger als Rationierungsassistenten staatlicher Gesundheitseinsparpolitik missbrauchen, sondern werden die Bürger jetzt nachhaltig darüber aufklären, wer dafür verantwortlich ist, dass ihnen medizinisch notwendige Leistungen mehr und mehr vorenthalten werden.

Freie Arztwahl, Therapiefreiheit, der freie Zugang zur Gesundheitsversorgung und eben keine Wartelistenmedizin waren bisher kennzeichnend für das deutsche Gesundheitswesen. Alle Umfragen zeigen, wie wichtig den Menschen in diesem Land eine Versorgung nach diesen Grundsätzen ist. Auch international erfährt unser Gesundheitswesen hohe Anerkennung. Erst jüngst hat ein Sechs-Länder-Vergleich mit

Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien und den USA ergeben, dass das deutsche Gesundheitswesen aus Sicht der Patienten die höchste Qualität der Versorgung aufweist. Danach hat Deutschland im internationalen Vergleich die kürzesten Wartezeiten, auch die Laborbefunde sind verlässlicher und liegen schneller vor, Patienten haben mehr Möglichkeiten bei der Arztwahl, bekommen im Krankenhaus seltener eine Infektion und wer chronisch krank ist, wird häufiger und regelmäßig präventiv untersucht.

Dieses System und dieses Niveau werden aber nicht mehr zu halten sein, wenn sie allein auf dem unentgeltlichen Engagement der Ärztinnen und Ärzte gründen. Unbezahlte Mehrarbeit der Krankenhausärzte von über 3 Mrd. Euro und Honorarverlust der niedergelassenen Ärzte von über 7 Mrd. Euro sind paralegale Zustände, die wir nicht weiter dulden können.

Der Koalitionsvertrag sieht zudem noch eine weitere Absenkung der Gebührensätze mit Behandlungspflicht für Beihilfeberechtigte und weitere Personen vor. Eine solche Gebührenabsenkung gekoppelt mit dem Zwang, zu diesen reduzierten Sätzen Beihilfeberechtigte behandeln zu müssen, ist verfassungsrechtlich höchst bedenklich, weil die amtliche Gebührenordnung dem Arzt eine angemessene und nicht sozialrabattierte Vergütung zuspricht. Vor allem aber würde diese Absenkung Arbeitsplätze in der Arztpraxis abbauen und die bestehende Unterfinanzierung weiter verschärfen.

Patient und Arzt haben Anspruch auf eine medizinisch aktuelle, leistungsgerechte und transparente Gebührentaxe. Die Politik nimmt mit ihrer Verweigerungshaltung, die Gebührenordnung für Ärzte zu modernisieren, Anwendungsprobleme, Fehlinterpretationen und infolgedessen eine mögliche Kriminalisierung von Ärzten billigend in Kauf. Durch diese fortwährende Ignoranz der Politiker wie auch der unablässigen Behauptung einer Über-, Unter- und Fehlversorgung fühlen sich Ärzte zunehmend diskreditiert.

Die unzureichende Bezahlung ärztlicher Arbeit und die miserablen Arbeitsbedingungen treiben den ärztlichen Nachwuchs aus der Patientenversorgung in die Verwaltung, in die Industrie oder ins Ausland. Viele der Medizinstudierenden in Deutschland haben einfach keine Lust mehr, unter den heutigen Bedingungen in die kurative Medizin zu gehen. Weit über die Hälfte der angehenden Ärztinnen und Ärzte würde bis zu 50 Stunden pro Woche im Krankenhaus arbeiten, aber unbezahlte Überstunden wollen 40 Prozent der Jungmediziner auf keinen Fall leisten, so eine Umfrage unter Medizinstudierenden in Deutschland. Schon jetzt sind 3 200 Arztstellen in deutschen Krankenhäusern unbesetzt, etwa ein Drittel davon im Osten der Republik.

Wenn die Bundesländer ihrer Verantwortung für eine flächendeckende wie auch wohnortnahe Versorgung in Zukunft gerecht werden wollen, dann müssen sie die Demotivation junger Ärzte stoppen und über die Tariftgemeinschaft deutscher Länder (TdL) endlich eine angemessene Bezahlung ihrer Arbeit bieten.

Aber auch mehr und mehr ältere Ärzte, die oft in unterversorgten Gebieten die ambulante Versorgung aufrechterhalten, gehen vorzeitig aus dem Arztberuf. Zu groß ist die Enttäuschung über die mangelnde Anerkennung ihrer Arbeit.

Wenn die Bundesregierung nunmehr für unterversorgte Gebiete erwägt, die Altersgrenzen für die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung aufzuheben, ist das ein spätes und auch unzureichendes Signal; alle Altersgrenzen müssen fallen.

Die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland erwarten deshalb, dass sie endlich von der Politik die Anerkennung ihrer Arbeit bekommen, die ihnen die Patienten entgegenbringen. Sie fordern Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung, unter denen eine gute Versorgung kranker Menschen absolute Priorität hat. Dazu ist Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen ebenso Voraussetzung wie eine am tatsächlichen

Versorgungsbedarf orientierte Finanzierung des Gesundheitswesens. Die Ärztinnen und Ärzte sind nicht länger bereit, die Folgen einer verfehlten Gesundheitspolitik gegenüber den Patienten zu verantworten. Ein "Weiter so" geht deshalb definitiv nicht mehr!

2. Für Weiterentwicklung der GOÄ – Gegen Fremdbestimmung und Gleichschaltung des Vergütungssystems

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-02) fasst der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der 109. Deutsche Ärztetag 2006 stellt fest, dass die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Vergütungsgrundlage für die privatärztliche Behandlung in Praxen und Krankenhäusern unverzichtbar ist. Die GOÄ als staatliche Gebührenordnung stellt ein eigenständiges Bewertungs- und Preissystem für ärztliche Leistungen dar. Sie fußt auf den spezifischen Charakteristika der Freiberuflichkeit – der qualifizierten persönlichen Leistungserbringung in fachlich unabhängiger Eigenverantwortung und wirtschaftlicher Selbstständigkeit. Die GOÄ muss als Amtliche Gebührentaxe eine leistungsgerechte Honorierung des Arztes und den Schutz des Patienten vor unangemessenen Entgeltforderungen gewährleisten; dazu bedarf es der Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Honorargerechtigkeit und Rechtssicherheit.

Die ordnungspolitischen Funktionen der GOÄ drohen verloren zu gehen, weil die politisch Verantwortlichen seit über einem Jahrzehnt die notwendige Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses und die Angleichung an die wirtschaftliche Entwicklung verschleppen. Die Veralterung – Teile des Verzeichnisses sind älter als 25 Jahre – in sich widersprüchliche Regelungen und das unausgewogene Vergütungsgefüge aufgrund der "Flickschusterei" in unsystematischen Teilnovellen verursachen wachsende Abrechnungskonflikte und Rechtsstreite; sie belasten das Patient-Arzt-Verhältnis finanziell und bürokratisch und schwächen das System. Die politische Antwort auf diesen Reformbedarf der GOÄ darf nicht sein, das GOÄ-Vergütungsniveau mit seinen Verwerfungen abzusenken und freiberufliche Ärzte gesetzlich zu zwingen, zu einem unzumutbaren Einheitshonorar zu behandeln. Dies würde bestehende Mängel noch weiter verschärfen und den notwendigen Finanzierungsbeitrag aus privatärztlicher Behandlung für Ärzte und Krankenhäuser erheblich mindern. Niemand würde auf die Idee kommen, anderen Freien Berufen, wie Rechtsanwälte, Notare, Architekten, Ingenieure untragbare Einheitspreise zuzumuten und anstelle einer Aktualisierung und einem Inflationsausgleich die Vergütungen sogar zu reduzieren. Die geplante ärztliche Behandlungspflicht für bestimmte Personengruppen ist nicht nur verfassungswidrig, sie zerstört auch die Grundlage des individuellen Patient-Arzt-Verhältnisses und ist mit der Freiberuflichkeit des Arztes nicht zu vereinbaren.

Der 109. Deutsche Ärztetag lehnt daher die geplanten Eingriffe in das privatärztliche Gebührenrecht ebenso ab wie die vorgesehene Schwächung des bewährten gegliederten Versicherungssystems. Die Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung muss behoben werden. Dieses Problem kann durch Zerstörung oder Schwächung der noch leistungsfähigen privaten Krankenversicherung nicht gelöst werden.

Der 108. Deutsche Ärztetag 2005 in Berlin hat Reform-Eckpunkte für ein Konzept zur Weiterentwicklung der GOÄ beschlossen. Auf dieser Basis ist eine Modernisierung des GOÄ-Gebührenverzeichnisses zusammen mit Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften eingeleitet worden. Die Stärken der

Amtlichen Gebührentaxe – Transparenz und Verbraucherschutz, leistungsgerechte Honorierung, Qualität der Versorgung, Schutz und Gewährleistung des individuellen Patient-Arzt-Verhältnisses, durchgängiges Vergütungssystem und zeitnaher Zugang zu Innovationen – sollen wieder wirksam werden. Die aufgrund der jahrzehntelangen politischen Vernachlässigung der Gebührenordnung für Ärzte entstandenen Defizite müssen beseitigt werden. Die Ärzteschaft wird den Anspruch nicht aufgeben, ihre Vergütungsregelung selbst mitzugestalten; sie lässt sich eine GOÄ nicht durch vorgeblich neutrale Institute aufoktroyieren. Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, die Vorschläge der Ärzteschaft aufzugreifen, damit der ordnungspolitischen Funktion der GOÄ wieder Geltung verschafft wird.

3. Im Vertragsarztrecht den Vorrang des ärztlichen Berufsrechts wahren

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-03) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

I.

Die Bundesregierung beabsichtigt, Änderungen des Vertragsarztrechts als Folge der vom Deutschen Ärztetag in Bremen 2004 beschlossenen Änderungen der (Muster-)Berufsordnung unter dem Blickwinkel der Flexibilisierung der Berufsausübungsmöglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Die nach bisherigem Kenntnisstand (Referentenentwurf) und auf der Grundlage von Anhörungen vorgesehenen Änderungen nimmt der Deutsche Ärztetag grundsätzlich zustimmend zur Kenntnis. Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat auch die Bundesärztekammer stets gefordert, dass die erweiterten Möglichkeiten der Berufsausübung – gerade auch im Wettbewerb mit institutionalisierter ambulanter Medizin in Medizinischen Versorgungszentren – auch im Vertragsarztrecht nachvollzogen werden sollten.

Der Deutsche Ärztetag begrüßt daher grundsätzlich diese Absicht der Bundesregierung. Er weist allerdings daraufhin, dass Veränderungen in der Versorgungsstruktur, wie sie durch die erweiterten Möglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung bei verschiedenen Berufsausübungsformen und im Hinblick auf die Beschäftigung angestellter Ärzte geschaffen werden, ohne grundlegende Veränderungen der Vergütungsstruktur für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und der Gewährleistung des finanziellen Nachholbedarfs für die Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung mit der Gefahr verbunden sind, dass bei fortbestehender Budgetierung die freiberufliche Versorgungsstruktur gefährdet bleibt. Der Deutsche Ärztetag nimmt zur Kenntnis, dass nach den jetzt bekanntgewordenen Änderungen gegenüber dem Referentenentwurf Ergänzungen vorgesehen sind, die es den untergesetzlichen Normgebern im Vertragsarztrecht (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverbände der Krankenkassen) gestatten, die neuen Strukturen besser in das Gefüge des Vertragsarztrechts einzupassen und den dort bestehenden Besonderheiten im Hinblick auf Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen gerecht zu werden.

Der Deutsche Ärztetag nimmt die Gelegenheit wahr, im Zusammenhang mit vorgesehenen Regelungen über den Aufschub der Altersgrenze von 68 Jahren und der Zugangsgrenze von 55 Jahren im Zusammenhang mit Unterversorgungssituationen daraufhinzuweisen, dass diese Altersgrenzen nicht zeitgemäß sind, insbesondere die Altersgrenze von 68 Jahren ist mit dem Verständnis eines Freien Berufs nicht vereinbar und stellt unbeschadet der Rechtfertigungsversuche im Zusammenhang mit Zulassungsbeschränkungen, die nicht tragfähig sind, einen Verstoß gegen das

Diskriminierungsverbot wegen Alters dar. Der Deutsche Ärztetag tritt daher für die Abschaffung dieser Altersgrenzen im Vertragsarztrecht ein.

II.

In aller Entschiedenheit weist der Deutsche Ärztetag die mit diesem Entwurf verbundene Entkoppelung des Vertragsarztrechts als Sozialrecht vom ärztlichen Berufsausübungsrecht zurück. Es war bisher unbestritten, dass der Vertragsarzt als Arzt auch in der vertragsärztlichen Tätigkeit an das für ihn verbindliche ärztliche Berufsrecht, welches insbesondere in den Kammersatzungen in der Selbstverwaltung geregelt worden ist (Berufsordnung, Weiterbildungsordnung, Fortbildungsordnung), gebunden ist. Von Ausnahmen abgesehen, welche aus der Funktionalität der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Beschränkungen der Berufsausübungsmöglichkeiten oder Vertiefung ärztlicher Pflichten, wie sie im Berufsrecht angelegt sind (z. B. Bindung an das Fachgebiet), oder ergänzende Qualifikationsvoraussetzungen zur besseren Steuerung der Vergütungsmöglichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung erlauben, war dieser Vorrang auch die rechtspolitische Basis des Vertragsarztrechts. Nunmehr wird durch verschiedene Änderungen und auch durch die Begründung im Gesetzentwurf eine entsprechende Ablösung begründet. Dafür fehlt es dem Sozialrechtsgesetzgeber an einer entsprechenden Kompetenz gegenüber dem in der ausschließlichen Länderzuständigkeit zu regelnden ärztlichen Berufsrecht, welches zudem durch die entsprechenden Autonomieverleihung in ärztlicher Selbstverwaltung konkretisiert wird.

Es besteht der Eindruck, dass ein schon teilweise in der Vergangenheit begonnener Trend (Qualitätssicherung, ärztliche Fortbildung, bestimmte weiterbildungsrechtliche Regelungen) fortgesetzt werden soll, um durch eine langsame Überformung der Berufsbildidentität aus autonomem Berufsrecht mit sozialrechtlichen Regelungsfiguren eine "Versozialrechtlichung" des Arztbildes zu schaffen, die den Bundesgesetzgebern des Sozialrechts einen etatistisch begründeten Zugriff auf die ärztliche Profession im Hinblick auf deren unerlässliche Tätigkeit bei der Versorgung der Versicherten gestatten soll.

Der Deutsche Ärztetag fordert auch die Länderregierungen auf, im Bundesrat gegen die Gefährdung der Regelungskompetenz und der Aufgaben der Länder im Gesundheitswesen Stellung zu beziehen.

4. *Deprofessionalisierung und Fremdbestimmung*

Auf Antrag von Dr. Kaplan (Drucksache I-04) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und der Teilhabe aller Patientinnen und Patienten am medizinischen Fortschritt fordert der Deutsche Ärztetag der vor allem von Politikern und Kostenträgern initiierten Deprofessionalisierung des Arztberufes entschieden entgegenzutreten. Die Qualität der medizinischen Versorgung wird sicherlich im Zusammenspiel aller Heilberufe, der Pflegeberufe und unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleistet, doch führt die Verlagerung originärer ärztlicher Aufgaben auf andere Heil- und Pflegberufe keinesfalls zu einer effizienteren und patientenfreundlicheren Versorgung unter ökonomischen Gesichtspunkten.

Zur Sicherung der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung ist es dringend erforderlich, den Arztberuf wieder attraktiver zu gestalten und ihn von der immer gröÙe-

ren Bürde nicht-ärztlicher Aufgaben zu befreien. Durch die zusätzliche Qualifizierung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist eine weitere Entlastung des Arztes/der Ärztin möglich, indem delegierbare Leistungen von diesen erbracht werden. Die Schaffung zusätzlicher Berufsbilder im Gesundheitswesen ist nicht zielführend.

Begründung:

Die aktuelle Diskussion einer Gesundheitsreform ist auch geprägt von der Diskussion um eine vergleichsweise zu starke "Arztlastigkeit" der Beschäftigungsstruktur im Gesundheitssektor. Diese "Arztlastigkeit" wird direkt mit den Kosten und der Qualität der medizinischen Versorgung verbunden, wobei die beiden Parameter in einem engen Zusammenhang mit dem Personaleinsatz und damit auch der Personalstruktur stünden. Hierbei wird angeführt, dass die Personalstruktur im bundesdeutschen Gesundheitssektor bei einem im Verhältnis zur Ärzteschaft niedrigen Beschäftigungsstand der Assistenzberufe seit den fünfziger Jahren mehr oder weniger stabil geblieben ist, während z. B. in Großbritannien und in den USA ein sehr viel höherer Anteil an nicht-ärztlichem Personal bereits seit der Mitte des vergangenen Jahrhunderts im Gesundheitssektor tätig war und sich dieses Zahlenverhältnis bis heute weiter zugunsten der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe verschoben hat.

In der gegenwärtigen Diskussion werden die Muster interprofessioneller Beziehung in Deutschland als eher negativ bewertet. Insbesondere bezüglich Kosten und Qualität der medizinischen Versorgung. Ziel der Politik scheint zu sein, die "Arztdominanz" des deutschen Gesundheitswesens abzubauen und damit einer Deprofessionalisierung des Arztberufes Vorschub zu leisten. Dieser Tendenz gilt es rechtzeitig entgegen zu wirken.

5. GKV-Reform

Der Antrag von Dr. Montgomery, Frau Dr. Gitter, Dr. Emminger, Dr. Ungemach und Dr. Mitrenga (Drucksache I-05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 109. Deutsche Ärztetag hält eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für überfällig. Er stimmt zahlreichen Experten – so etwa dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – zu, die schon seit Jahren darauf hinweisen, dass nicht eine angebliche Kostenexplosion der Ausgaben, sondern die Erosion der Einnahmen das zentrale Problem der GKV darstellt.

Die bereits existierende Einnahmenschwäche, bedingt durch Massenarbeitslosigkeit, wird in ihren Auswirkungen zukünftig verstärkt durch die zu erwartende demographische Entwicklung, den medizinischen Fortschritt und die Strukturprobleme der Wirtschaft. Somit ist eine grundlegende Systemreform erforderlich, die im Ergebnis die hohe Effizienz und die Qualität des heutigen Gesundheitswesens sichert, die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ermöglicht und die Finanzierungsgrundlagen verbessert.

Die wesentlichen Prinzipien Solidarität, Eigenverantwortung und Subsidiarität müssen neu ausgerichtet und in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander gebracht werden. Dabei sind Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit zu garantieren.

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert daher ein Finanzierungssystem, bei dem am Ende eine Versicherungspflicht für alle Bürger erreicht wird. Diese sollen frei unter allen Versicherern auswählen können. Zugleich unterliegen die Krankenversiche-

rungen einem Kontrahierungszwang. Dabei kommt es wesentlich darauf an, einen fairen Wettbewerb unter allen Krankenversicherern zu installieren, die unterschiedlich hohe Prämien und Tarifgestaltungen anbieten können. Ausgangspunkt ist ein verbindlicher, einheitlicher Leistungsumfang, der auf der Basis des derzeitigen Leistungsspektrums entwickelt wird.

Das bewährte System der freien Arztwahl darf nicht zur Disposition gestellt werden.

Beiträge für die Versicherung der Kinder werden als öffentliche Aufgabe aus Steuermitteln finanziert. Für diejenigen, die finanziell überfordert wären, wird der soziale Ausgleich im notwendigen Umfang ebenfalls aus Steuermitteln finanziert.

Der heutige Arbeitgeberbeitrag ist dem steuerpflichtigen Lohn oder Gehalt zuzuschlagen und nimmt an der tariflichen Lohn- und Gehaltsentwicklung teil.

Zum Ermöglichen von Wettbewerb und zum Erreichen der geforderten Nachhaltigkeit müssen portable Altersrückstellungen in Form einer Teil-Kapitaldeckung in ausreichendem Umfang gebildet werden.

6. Gesundheitsreform – Vergütung von Krankenhausärzten

Auf Antrag von Dr. Emminger, Frau Dr. Borelli und Herrn Hesse (Drucksache I-06) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, bei der Ausgestaltung der aktuellen Gesundheitsreform eine angemessene und den tatsächlichen Arbeitsleistungen entsprechende Vergütung der Krankenhausärztinnen und -ärzte von Anfang an in die Kalkulationen für eine Neugestaltung der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems mit einzubeziehen.

Bislang wurden im deutschen Gesundheitswesen erhebliche Summen dadurch eingespart, dass Krankenhausärztinnen und -ärzte routinemäßig unbezahlte Mehrarbeit geleistet haben, die in den meisten Fällen nicht durch Freizeit ausgeglichen wurde. Die Kolleginnen und Kollegen können und wollen diese Praxis nicht länger tolerieren und fordern die vollständige und international konkurrenzfähige Vergütung aller ärztlichen (Mehr-)Arbeit.

7. Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Dr. Montgomery, Dr. Emminger, Dr. Mitrenga, Dr. Ungemach und Herrn R. Henke (Drucksache I-07) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Gesundheitsgesetzgebung der letzten Jahre ist geprägt vom Misstrauen gegenüber Ärztinnen und Ärzten (und anderen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten). Sie werden degradiert zu Leistungsanbietern. Ihnen wird ohne Nachweis eine schlechte Qualität bei angeblich überbepreisten Leistungen unterstellt. Durch Gesetze und Verordnungen – insbesondere begründet im SGB V – werden bürokratische Kontrollstrukturen aufgebaut, die immense Ressourcen verbrauchen, ohne dass nachgewiesen ist, dass sie zu der behaupteten Verbesserung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen beigetragen hätten. Im Gegenteil sind nicht einmal die vom Gesetzgeber von sich selbst geforderten Nachweise (Beispiel: Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung der DRGs) erbracht. Unterschiedliche

und nicht abgestimmte Verordnungen und Richtlinien und weitgehend der parlamentarischen Kontrolle entzogene Institute haben zu einem teuren und intransparenten Bürokratiesystem geführt, das die Kosten in die Höhe treibt und in dem Finanzmittel versickern, die für die Patientenversorgung dringend benötigt würden.

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert daher: Die neuerlich und aktuell diskutierte "Gesundheitsreform" muss diese Kontrollbürokratie konsequent abschaffen und wieder vertrauen auf die Leistungsqualität, den Leistungswillen und die Leistungsfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.

Qualitätssicherungs- und Verbesserungsprojekte sind sinnvoll. Sie müssen jedoch mit medizinisch-wissenschaftlichem Sachverstand und unter Einbeziehung der ärztlich-praktischen Erfahrung gezielt geplant werden. Wie bei jeder wissenschaftlichen Arbeit müssen Ziele vorher definiert und die geeigneten Instrumente danach festgelegt werden.

Ärztlich veranlasste Leistungen und Verordnungen sind als notwendig, zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich zu betrachten, solange keine konkreten Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein Missbrauch vorliegt.

Wenn der Gesetzgeber für gesetzlich Versicherte den Leistungskatalog beschränken will, so muss er das demokratisch legitimiert durch das Parlament und eindeutig tun. Dies darf nicht auf Krankenkassen und/oder Institute, Gremien, Ausschüsse etc. übertragen werden. Ebenso muss die Diskussion um Leistungsbeschränkungen aus dem Verhältnis zwischen Arzt und Patient herausgehalten werden. Die gesetzlich Versicherten haben ein Recht darauf, verlässlich zu wissen, welche Leistungen sie erwarten können. Nur so können sie – wie die nicht gesetzlich Versicherten – entscheiden, ob sie sich zusätzlich absichern wollen bzw. müssen.

Die versprochene Begleitforschung zu den DRG-Fallpauschalen muss unverzüglich eingeführt werden. Hierbei sind die medizinischen Auswirkungen auf die Versorgung der Krankenhauspatienten ebenso zu überprüfen wie die Kosten-Nutzen-Relation des Systems. Es ist zu prüfen, ob nicht sogenannte Tracer-Diagnosen bessere und kostengünstigere Indikatoren für die effiziente Behandlung im Krankenhaus sein könnten. Die versteckten Kosten der Abrechnungsbürokratie der DRG-Fallpauschalen (z. B. durch Missbrauch der ärztlichen und pflegerischen Arbeitskraft für Codierungsvorgänge etc.) müssen transparent gemacht werden. Nur so ist eine verantwortungsbewusste Entscheidung darüber möglich, ob die durch das Abrechnungssystem verursachten Kosten gerechtfertigt sind.

Zur Reduzierung der ausufernden Bürokratie fordern wir die Nutzung aller Möglichkeiten moderner elektronischer Datenverarbeitung und die komfortable Nutzbarkeit elektronischer Patientenakten. Durch intelligente Programmierung und Formulargestaltung ist sicherzustellen, dass einmal erfolgte Dokumentationen nicht pausenlos wiederholt werden müssen, sondern Vordokumentationen weitergenutzt werden können.

Gesetze und Verordnungen müssen auch auf ihre bürokratischen Auswirkungen (und deren Kosten) geprüft werden, bevor sie langfristig Gültigkeit erhalten. Behaupteter Nutzen reicht nicht aus, um Kosten zu rechtfertigen; eine wissenschaftlich fundierte Evaluation ist stattdessen erforderlich.

8. *Ärzteproteste zur Gesundheitspolitik*

Auf Antrag von Dr. Menzel und Dr. Hammer (Drucksache I-08) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag bestätigt den Präsidenten der Bundesärztekammer in seiner Absicht, sich ausdrücklich weiter an die Spitze der Ärzteproteste zu stellen, denn die Bundesärztekammer repräsentiert die gesamte Ärzteschaft. Die Bundesärztekammer muss auch in der Zukunft deutlich machen, dass die gegenwärtige Gesundheitspolitik gegen die Ärzteschaft gerichtet ist.

Deshalb werden weitere Protestmaßnahmen zur Abwendung von Schaden von der deutschen Ärzteschaft vom Deutschen Ärztetag für notwendig gehalten.

9. Solidarität mit Arbeitskampfmaßnahmen

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Dr. Hesse, Dr. Reisp, Dr. Emminger, Frau Dr. Lux und Prof. Dr. Kunze (Drucksache I-09) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag erklärt sich ausdrücklich solidarisch mit den angestellten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die in ihren Arbeitskampfmaßnahmen und Aktionen für ein gerechtes Vergütungssystem und Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen eintreten.

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) und Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) auf, unverzüglich mit der Ärztegewerkschaft Marburger Bund einen arztspezifischen Tarifvertrag abzuschließen, sowie bei einer Gesundheitsreform die leistungsgerechte Vergütung der Ärztinnen und Ärzte einzubeziehen.

10. Vereinbarung zwischen Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften

Auf Antrag von Dr. Hesse, Frau Dr. Borelli, Dr. Emminger und Prof. Dr. Kunze (Drucksache I-10) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag lehnt mit aller Schärfe Vereinbarungen, die zwischen den Arbeitgeberverbänden und anderen Gewerkschaften als dem Marburger Bund bezüglich der ärztlichen Weiterbildung vereinbart wurden, ab. Die ärztliche Weiterbildung ist genuine Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztekammern) und kann nicht für die Ärzte von anderen Berufsgruppen beschieden werden.

11. Keine untertarifliche Bezahlung ärztlicher Arbeit an Universitätskliniken

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Dr. Hesse, Prof. Dr. Kunze und Dr. Reisp (Drucksache I-11) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Wissenschaftsministerien der Bundesländer auf, bei Privatisierungen von Universitätskliniken dafür Sorge zu tragen, dass sich die Vergütung aller dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzten an dem noch abzuschließenden arztspezifischen Tarifvertrag orientiert. Der Deutsche Ärztetag lehnt eine untertarifliche Bezahlung ärztlicher Arbeit an Universitätskliniken ab.

12. Universitätskliniken bevorzugt in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft

Auf Antrag von Dr. Hesse, Frau Dr. Borelli, Prof. Dr. Kunze und Dr. Reisp (Drucksache I-12) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Wissenschaftsministerien der Bundesländer auf, bei Privatisierungen von Universitätsklinika dafür Sorge zu tragen, dass bevorzugt die Trägerschaft in öffentlicher Hand bleibt. Bei Änderung der Rechtsform, ob unter öffentlicher Trägerschaft oder bei Verkauf an private Klinikkonzerne dürfen die genuinen Aufgaben der Universitätskliniken in Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf höchstem Niveau in keiner Weise beeinträchtigt werden.

13. Ärztemangel und Ärzteflucht in Deutschland stoppen

Auf Antrag von PD Dr. Scholz und Dr. Hecker (Drucksache I-13) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der deutsche Ärztetag und die Bundesärztekammer fordern von der deutschen Politik endlich sofort Maßnahmen zu ergreifen, um die Flucht von gut ausgebildeten Medizinerinnen aus Deutschland ins Ausland zu bremsen. Der ungehemmte Anstieg von abwandernden Medizinerinnen aller Fachrichtungen ins europäische und ins außereuropäische Ausland sind so eklatant, dass in den nächsten Jahren kein Ersatz für die ausscheidenden Ärzte (egal ob angestellt oder niedergelassen) zur Verfügung steht; dies obwohl genügend Studierende im Fach Humanmedizin das Studium absolvieren. Diese Subvention von europäischen Nachbarn, die nicht genügend Mediziner ausbilden, kann sinnvoller in das deutsche Gesundheitssystem investiert werden. Dem klar erkennbaren Facharztmangel mit steigender Tendenz darf der Öffentlichkeit nicht verschwiegen werden, damit die Politik sich in der Zukunft nicht hinter dem Mangel verstecken kann, um nicht mehr erbringbare Leistungen im Gesundheitssystem wieder auf die Ärzte abzuschieben.

Begründung:

Alleine in Hessen hat sich von 2003 auf 2005 die Zahl der "Certificates of good standing" um das Dreifache erhöht. Im Jahr 2006 sind alleine bis Mitte Mai mehr als 30 % Certificates als im ganzen Jahr 2005 ausgestellt worden. Ironischerweise gehen selbst polnische Kollegen nicht mehr nach Deutschland (West) sondern nach Irland, wo sie im Bereitschaftsdienst mit Stundenvergütung im Schnitt das Zwei- bis Dreifache gegenüber einem Angestellten in der Bundesrepublik Deutschland erhalten.

14. Änderung der Rahmenbedingungen des Gesundheitsstandorts

Auf Antrag von Dr. Lindhorst (Drucksache I-14) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundes- und Landesregierungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ihre Mitglieder sowie andere Arbeitgeber des Gesundheitswesens werden dringlichst aufgefordert, Deutschland als Krankenhausstandort und Versorgungsstandort wieder attraktiv zu machen. Analog müssen die Bedingungen einer freiberuflichen Tätigkeit in Deutschland zügig verbessert werden.

Begründung:

Viele deutsche Ärztinnen und Ärzte praktizieren jetzt den Exodus:

Dies wird belegt durch

- einen weiteren erheblichen Anstieg der Anträge auf "Certificate of Good Standing" (Kammerzeugnis), das Voraussetzung der Tätigkeit im Ausland ist.

Gleichzeitig sind Ärztinnen und Ärzte aus den typischen "Ärztelieferstaaten" insbesondere Osteuropas, nicht mehr an einer Tätigkeit in Deutschland interessiert. Dies wird belegt durch:

- einen deutlichen Rückgang der Teilnehmer am Seminar "Gesundheitswesen in Deutschland der Landesärztekammer Hessen".

15. *Patienten wollen ihren niedergelassenen Facharzt behalten*

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache I-16) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, unbedingt die wohnortnahe fachärztliche Versorgung zu erhalten.

Begründung:

Die Abschaffung der so genannten "Zweiten Facharztschiene" wird vom Bundesgesundheitsministerium nur betrieben, um die fachärztliche Versorgung zu rationieren. Die niedergelassenen Fachärzte sind nicht teurer als die an den Kliniken ambulant arbeitenden Fachärzte. Wenn man aber, wie geplant, die niedergelassenen Fachärzte abschafft, gibt es weniger Fachärzte, also auch insgesamt weniger fachärztliche Leistung. Die englischen, skandinavischen und niederländischen Verhältnisse sind abschreckende Beispiele: Durch Verknappung und damit verbundene Wartezeiten werden Leistungen auf dem Rücken der Patienten eingespart. Da das Bedürfnis der Bürger, fachärztlich behandelt zu werden, auch im so genannten Versorgungsbereich (u. a. Hautärzte, Gynäkologen, Nervenärzte, Orthopäden) unvermindert vorhanden ist, blüht in den genannten ausländischen Systemen die Zwei-Klassen-Medizin: Wer es sich leisten kann, geht zum Facharzt – zeit- und ortsnah nur auf private Rechnung. Hier wird die Heuchelei der Gesundheitsministerin deutlich, die von Leistungsgerechtigkeit durch Abschaffung der PKV-Leistungen spricht und sehenden Auges die Zwei-Klassen-Medizin für die fachärztliche Versorgung einläutet.

16. *Vergütung ärztlicher Leistungen*

Auf Antrag von Frau Köhler (Drucksache I-17) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die leistungsgerechte Vergütung ärztlicher Leistungen zum Gegenstand einer nachhaltigen Gesundheitsreform zu machen. Durchgängige Transparenz von Kosten, Leistungen und angemessene Honorierung sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich sind unverzichtbare Eckpfeiler einer Reform ebenso wie eine auf Euro und Cent beruhende Vergütung.

Begründung:

Durch Gesetzesänderungen werden immer wieder die Honorarzahungen der niedergelassenen Ärzte reduziert. Hier handelt es sich nicht um Einkommensein-

schränkungen, sondern um die Erodierung finanzieller Mittel für die ambulante Versorgung der Patienten. Die Ärzte in Klinik und Praxis leisten seit vielen Jahren in großem Umfang unbezahlte Mehrarbeit. Die Ärzteschaft ist nicht weiter bereit, diese Leistungen ohne Honorar zu erbringen. Ein leistungsfähiges Gesundheitswesen braucht Leistungsträger, die auch für ihre qualitativ hochwertige und zeitintensive Arbeit adäquat bezahlt werden. Nur so ist eine hohe Qualität in der Patientenversorgung aufrecht zu erhalten.

17. Tragfähige und nachhaltige Gesundheitsreform

Auf Antrag von Dr. Lutz (Drucksache I-18) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, eine tragfähige und nachhaltige Gesundheitsreform umzusetzen. Hierbei ist insbesondere auf eine langfristige Finanzierung des Gesundheitswesens zu achten, die demografische Entwicklungen berücksichtigt und die Teilhabe am medizinischen Fortschritt ermöglicht. Ausgehend von einer Verständigung über Art, Zuordnung und Umfang der sozialen Sicherung müssen zukunftsfähige Versorgungsstrukturen aufgezeigt und deren Finanzierung dargelegt werden.

Begründung:

Das Sozialsystem Bismarckscher Prägung kann – so wichtig und notwendig es bei seiner Einführung vor über 100 Jahren war – nicht die Antworten auf die demografischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts geben. Deshalb bedarf ein langfristig ausgerichtetes Versicherungssystem einer Kapitaldeckung und muss mehr Eigenverantwortung und Wahlmöglichkeiten für den einzelnen Versicherten beinhalten. Die Aufgabe des modernen Sozialstaates ist es hierbei, soziale Härten über steuerfinanzierte Instrumente abzufedern.

18. Sozialrecht darf Berufsrecht nicht aushebeln

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache I-19) fasst der 109. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Regierung auf, die Passagen des Gesetzentwurfes zu einem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) zu streichen, die das Vertragsarztrecht vom ärztlichen Berufsrecht abkoppeln.

Sie werden vom Deutschen Ärztetag als Versuch erkannt, Vertragsärzte mit einem neuen Berufsbild eines "sozialrechtlichen Arztes" zu definieren und damit die Ärzteschaft in Kollision mit berufsrechtlichen Pflichten und Rechten zu bringen, unter der Behauptung, dass sozialrechtliche Verpflichtungen Vorrang haben. Dies wäre ein weiterer Schlag gegen die ärztliche Selbstverwaltung und damit ein weiterer Schritt der ärztlichen Freiberuflichkeit auf dem Weg zum Schafott.

Begründung:

Das ärztliche Berufsrecht gilt bisher in Form der Berufsordnung als die Norm, die ärztliches Tun vor allem auch unter ethischen Gesichtspunkten regelt. Vor allem in den §§ 95 und 98 des Gesetzentwurfes sowie in § 33 des Entwurfes der Änderung der Zulassungsverordnung für Ärzte unternimmt das Bundesministerium für Gesundheit den Versuch, zeitlich, örtlich und personenbezogen den Umfang der ver-

tragsärztlichen Leistungen zentral festzulegen, ohne Berücksichtigung der derzeit geltenden Berufsordnung, die in der Hoheit der Landesärztekammern liegt.

Neben einigen verfassungsrechtlichen Bedenken greift eine solche Regelung jedenfalls verfassungswidrig in die Gesetzgebungskompetenz der Länder ein.

19. *Repressalien gegen streikende Ärzte verhindern*

Auf Antrag von Herr Radebold (Drucksache I-20) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern auf, dass die Präsidenten/Präsidentinnen der Landesärztekammern im Falle offensichtlicher Repressalien durch die verantwortlichen Chefärzte/Chefärztinnen gegen streikende Krankenhausärzte, die ihre Grundrechte wahrnehmen, die Verantwortlichen auf die Möglichkeit des Entzuges der Weiterbildungsermächtigung mangels persönlicher Eignung hinweisen.

20. *Finanzierung versicherungsfremder Leistungen*

Auf Antrag von Dr. Windhorst (Drucksache I-22) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Bundestag wird aufgefordert, die Gegenfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen in der Gesetzliche Krankenversicherung (4,2 Mrd. Euro) durch die neu erhöhte Tabaksteuer nicht zu streichen.

Begründung:

Die zukünftige Patientenversorgung ist nur durch eine ausreichende Finanzierung gewährleistet und nicht durch Abzug von 4,2 Mrd. Euro durch die Politik. Die Tabaksteuer war zweckgebunden für die Finanzierung im Gesundheitssystem. Ihr Abzug aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zeigt die Unredlichkeit von Politikbeschlüssen und entlarvt die Unzulänglichkeit von Steuerfinanzierungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

21. *Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (Bonus-Malus-Regelung)*

Auf Antrag von Frau Köhler (Drucksache I-15) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Bonus-Malus-Regelung für Vertragsärzte unverzüglich auszusetzen. Eine derartige ethische Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung ist nicht hinnehmbar und beschädigt das gegenseitige Vertrauen.

Begründung:

Die mit dem Gesetzentwurf beabsichtigten Kostendämpfungsmaßnahmen suggerierten eine erhöhte Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung. Mit der Einführung eines Provisionsinstrumentariums wird aber vielmehr die medizinische Rationierung auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten zementiert.

Die deutsche Ärzteschaft verweist vielmehr auf die Tatsache, dass die Vertragsärzteschaft sich ihrer Verantwortung für eine wirtschaftliche Verordnungsweise durchaus bewusst ist. Dies entbindet sie aber nicht von der Pflicht, für den individuellen Behandlungsfall die wirksamste medikamentöse Therapie zu wählen. Dies mit Honorareinbußen zu sanktionieren, widerspricht den ethischen Grundsätzen der Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte in ihrem Selbstverständnis bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten.

22. Überarbeitung Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache I-21) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert eine umfassende Überarbeitung des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG).

Begründung:

Die angedrohte Bonus-Malus-Regelung im AVWG, nach der den Vertragsärzten je nach Ordnungsverhalten eine Gutschrift oder ein Regress auferlegt wird, verletzt in unverantwortlicher Weise das Arzt-Patienten-Verhältnis und die ärztliche Berufsordnung, denn nach SGB V geht Berufsrecht vor Vertragsrecht. Auch ist aus gegenwärtiger Kenntnis nicht ersichtlich, wie die Regelungen einer sich ständig verändernden Preisbildung (14-tägige Neufestsetzung, Rabattregelungen) von Medikamenten in die Praxis umgesetzt werden sollen. Die Folgen für die medikamentöse Versorgungsqualität der Patienten und eine weitere Bürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit sind nicht abzuschätzen.

Ein Hauptgrund für die mangelnde Attraktivität des Arztberufes und mitverantwortlich für den Ärztemangel ist die inzwischen von allen erkannte unglaubliche Ressourcenverschlingende Bürokratie. Es werden ministerielle Arbeitsgruppen zum Bürokratieabbau gegründet. Gleichzeitig ist das AVWG ein Gesetz, welches eine enorme Ausweitung bürokratischer Kontrollmechanismen in Gang setzt. Bei einer zwingend anstehenden Novellierung ist die Auswirkung des AVWG auf diesen Aspekt hin zwingend zu überprüfen.

Zu Punkt II der Tagesordnung:
BEHANDLUNG VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN UND
PSYCHOSOMATISCHEN ERKRANKUNGEN: GEGEN
STIGMATISIERUNG – FÜR STÄRKUNG DER ÄRZTLICHEN
PSYCHOTHERAPIE

Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

1. Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II-01) unter Berücksichtigung der Anträge von Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksachen II-01b und II-01d) und Herrn Wagenknecht (Drucksache II-01c) fasst der 109. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

(1) Psychische Erkrankungen als eine der häufigsten Gesundheitsstörungen werden im Hinblick auf ihre gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung für die Weltbevölkerung ein immer größer werdendes Problem:

Nach dem World-Health-Report der WHO (2001) stellen allein Depressionen bereits jetzt mit annähernd 12 % einen gewichtigen Anteil der weltweit führenden Ursachen für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre. Unter den zehn wichtigsten Erkrankungen befinden sich außerdem Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenien und bipolare Störungen. Selbstmorde sind die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Aufgrund der Überalterung der Bevölkerung ist in den nächsten Dekaden außerdem mit einem erheblichen Anstieg dementieller Erkrankungen zu rechnen. Diese Daten spiegeln sich auch in den epidemiologischen Studien in Deutschland wider, wie sie in dem vom Bundesgesundheitsministerium beauftragten "Bundesgesundheitsurvey" publiziert wurden. Der hohe Stellenwert psychischer Erkrankungen verdeutlicht sich u. a. in der Tatsache, dass inzwischen psychische Störungen die häufigste Ursache für Frühberentungen darstellen. Nach Schätzungen der Weltbank verursachen unter den psychischen Störungen depressive Erkrankungen die höchsten Gesundheitskosten. Die direkten Kosten für die Behandlung der Depression in Deutschland werden in einer Höhe von 4 Milliarden Euro geschätzt.

(2) Die Behandelbarkeit psychischer Erkrankungen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten entscheidend verbessert:

Die Mehrzahl aller Patientinnen und Patienten hat bei kompetenter Behandlung eine gute Chance auf Heilung oder eine entscheidende Besserung ihres Krankheitsbildes. Dies wurde durch ein zunehmend differenziertes Spektrum von sozialpsychiatrischen Maßnahmen Soziotherapien, Psychotherapieverfahren und Psychopharmaka, z. B. bei Angsterkrankungen, Ess-Störungen, Zwangserkrankungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen möglich. Vor allem im Kindes- und Jugendalter bestehen bei frühzeitiger Behandlung einer emotionalen oder psychosozialen Störung gute Heilungschancen. Auch die bei psychischen Erkrankungen häufig zu erwartenden Rezidive lassen sich bei konsequenter Behandlung inzwischen deutlich reduzieren. Selbst bei prognostisch eher ungünstigeren Erkrankungen wie der Schizophrenie gelingt es wesentlich häufiger, die Krankheit, wenn auch nicht zu heilen, so doch

deutlich abzumildern und damit eine unabhängige, selbständige Lebensführung zu ermöglichen.

(3) Trotz guter Heilbarkeit von psychischen Krankheiten sind die von ihnen direkt Betroffenen, ihre Angehörigen und die in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Beschäftigten subtilen und offensichtlichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen ausgesetzt.

Die Geringschätzung der Heilbarkeit von psychischen Erkrankungen zeigt sich in der medialen Berichterstattung, im gesellschaftlichen Umfeld bis hin zu den privaten Krankenversicherern, Lebensversicherern und Berufsunfähigkeitsversicherern, die es ablehnen, mit denjenigen, die eine Psychotherapie in ihrer Vorgeschichte haben – selbst bei Ausschluss der psychischen Krankheit aus dem Leistungskatalog – einen Vertrag abzuschließen. Die in epidemiologischen Studien festgestellte niedrige Diagnoserate psychischer Erkrankungen im primären Versorgungssystem führt zu einer Verzögerung der Erstbehandlung mit der Konsequenz einer potenziellen Verschlechterung des Krankheitsverlaufs. Dies kann darauf hinweisen, dass Ärztinnen und Ärzte die Diagnose hinausschieben, um eine mögliche spätere Stigmatisierung der Patientinnen und Patienten zu umgehen. Psychose-Erkrankte werden generell als überdurchschnittlich gewalttätig eingeschätzt. An Depressionen oder an Alkoholumismus Erkrankte werden als selbst schuldhaft und verantwortlich angesehen. Seelisch labile und gestörte Kinder sind oft in der Schule dem Mobbing ausgesetzt, wobei sich meist hinter den Aggressionen gegen diese die Abwehr eigener Ängste der Angreifer verbirgt. Eltern von psychisch kranken Kindern wird entgegen der wissenschaftlichen Kenntnis oft eine generell fehlerhafte Erziehung unterstellt.

(4) Für Deutschland ist belegt, dass ein großer Teil von Patientinnen und Patienten aus Scham wegen einer psychischen Erkrankung zu spät oder keine ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt.

Sie leben mit der Angst, durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zusätzlich stigmatisiert zu werden. Dies wiederum erhöht die Schwelle für die Patientin und den Patienten zur Inanspruchnahme einer fachkompetenten Behandlung deutlich. Besonders nachteilig wirkt sich die strukturelle Diskriminierung dieser Menschen im persönlichen Lebensumfeld, am Arbeitsplatz, auf dem Wohnungsmarkt oder in der Schule aus. Stationäre Aufenthalte und laufende Behandlungen werden vor den Arbeitskollegen, der Klasse und der Verwandtschaft geheim gehalten. Diese Umstände tragen ebenso wie ihre soziale Isolation zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und - damit verbunden – auch zu steigenden Gesundheitskosten bei. Die Tatsache, dass psychisch Erkrankte oft diese Stigmatisierung und Diskriminierung selbst übernehmen und dadurch ihr Leiden intensivieren, wurde bereits als "zweite Erkrankung" bezeichnet (im Englischen: "self-stigma" gegenüber "public-stigma"). Ähnliche Erfahrungen machen häufig auch die Angehörigen, die sich dadurch als Außenseiter der Gesellschaft erleben.

(5) International und national wird die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung als ein zentrales Ziel in der Versorgung und Behandlung psychisch Erkrankter angesehen.

Aus diesem Grunde haben die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die World Psychiatric Association (WPA), die Gesundheitsministerkonferenz der EU, die Europäische Kommission und viele nationale Gesellschaften, z. B. in England, Australien, aber auch in der Bundesrepublik Deutschland u. a. durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Aktionsprogramme ins Leben gerufen.

Der 109. Deutsche Ärztetag stellt folgende Forderungen:

- Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Gleichstellung und Gleichbehandlung psychisch Kranker in allen Bereichen des öffentlichen Lebens zu gewährleisten, damit es auch in Deutschland gelingt, die Lebens- und Behandlungssituation von psychisch Kranken und ihren Familien entscheidend zu verbessern.
- Für seelisch kranke und (teil-)stationär behandelte Kinder ist in allen Bundesländern der kontinuierliche Schulunterricht entsprechend der Belastbarkeit sicherzustellen.
- Gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen werden gemäß § 72 SGB V aufgefordert, § 27 Abs. 1 Satz 3 SGB V (Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.) in seinen Erfordernissen ausdrücklich zu beachten und die Versorgung psychisch Kranker durch Vertragsärzte mit zusätzlichen Mitteln im Rahmen oder außerhalb der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu unterstützen.
- Die Krankenversicherungs- und Rehabilitationsträger werden aufgefordert – im Sinne des Sozialgesetzbuches IX "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen" – verbessert trägerübergreifend für psychisch Erkrankte tätig zu werden. Die Patientinnen und Patienten einschließlich ihrer Familien müssen ohne Unterbrechung – auch bei Trägerwechsel – begleitet werden, beginnend vom Therapieplatz bis zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz und in der Schule oder beim Finden eines Heimplatzes.
- Die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) werden aufgefordert, die Umsetzung der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung der Soziotherapie zu gewährleisten sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen im Sinne des § 44 SGB IX den Zugang zum Rehabilitationssport zu ermöglichen und zu finanzieren. Wissenschaftliche Studien beweisen, dass Rehabilitationssport nachweislich psychisch kranken Menschen hilft. Sie dürfen nicht gegenüber Menschen mit anderen Behinderungen diskriminiert werden.
- Die privaten Krankenversicherer, Lebensversicherer und Berufsunfähigkeitsversicherer werden aufgefordert, ihre bisherigen restriktiven Aufnahmevoraussetzungen insbesondere bei Menschen aufzugeben, die bereits eine Psychotherapie in ihrer Anamnese aufweisen oder von einer psychischen Krankheit betroffen waren und geheilt sind. Sie dürfen nicht gegenüber anderen Kranken benachteiligt werden
- Ärztliche Organisationen und Landesärztekammern sind aufgerufen, eine angemessene Vermittlung der Stigmatisierungsproblematik und ihre Überwindungsmöglichkeiten in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und anderen medizinischen Professionen vorzusehen.
- Der Deutsche Ärztetag appelliert an alle Ärztinnen und Ärzte, sich konsequent dafür einzusetzen, dass alle psychisch Kranken die Möglichkeit erhalten, einen gleichberechtigten niederschweligen Zugang zu allen verfügbaren Therapiemöglichkeiten zu bekommen und damit die indizierte Inanspruchnahme aller psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfssysteme deutlich zu erleichtern. Dies betrifft auch Menschen aus Zuwanderergruppen, die den Zugang oft nur mit Hilfe interkultureller Vermittler finden.
- Die Ärzteschaft ist gefordert, sich als Interessensvertreterin ihrer Patientinnen und Patienten zu verstehen und – gemeinsam mit Patienten- und Angehörigenverbänden – gegen nachweisliche strukturelle Benachteiligungen einzutreten.

Der 109. Deutsche Ärztetag begrüßt vor diesem Hintergrund die internationalen und europäischen Aktionsprogramme gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von psychisch Kranken und unterstützt insbesondere das unter der Schirmherrschaft der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt stehende "Nationale Aktionsbündnis für seelische Gesundheit" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und weitere Aktionsprogramme wie "Open the Doors" oder das "Düsseldorfer Bündnis Depression" der Ärztekammer Nordrhein sowie weitere Aktionsbündnisse "Depression". Ferner begrüßt der 109. Deutsche Ärztetag die sich an Schüler wendenden Aktionen wie die von "Irre menschlich e. V." sowie weitere Aktivitäten der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften, wie das bundesweite Netzwerk ADHS.

2. *Diskriminierung psychisch Kranker in der Privaten Krankenversicherung*

Auf Antrag von Dr. Lorenzen (Drucksache II-16) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

In der Regel führt die Diagnose "Psychische Erkrankung" (darunter auch Suchterkrankung) dazu, dass die privaten Versicherer bei Antrag auf Aufnahme in die Versicherung Leistungen ausschließen oder Risikozuschläge erheben. Aus diesem Grund unterlassen die Patienten dringend notwendige Behandlung und verursachen so die Chronifizierung der Erkrankungen und z. T. erhebliche berufliche Schäden.

Die Delegierten des 109. Deutschen Ärztetages fordern, dass die Diskriminierung psychisch kranker Menschen durch die privaten Krankenversicherer beendet und statt dessen die Aufnahme in die Versicherung ermöglicht wird.

3. *Diskriminierung durch Arbeitgeber*

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

In der Regel führt die Diagnose "Psychische Erkrankung" (darunter auch Suchterkrankung) dazu, dass die betroffenen Patienten nicht verbeamtet oder neu eingestellt werden. Aus diesem Grund unterlassen die Patienten dringend notwendige Behandlung und verursachen so die Chronifizierung der Erkrankungen und z. T. erhebliche berufliche Schäden.

Die Delegierten des 109. Deutschen Ärztetages fordern, dass die Diskriminierung psychisch kranker Menschen durch die Arbeitgeber beendet wird und ihnen statt dessen die Behandlung durch spezielle bzw. strukturierte Behandlungskonzepte angeboten werden.

4. *Kontrahierungszwang*

Der Antrag von Frau Dr. Groß und Dr. Hülskamp (Drucksache II-22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, für private Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungen den Kontrahierungszwang für alle, auch der psychisch Erkrankten, vorzusehen.

Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psycho-somatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln

1. Stärkung und Förderung der psychiatrisch-psycho-somatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II-02) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Heister (Drucksache II-02d) fasst der 109. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Psychische und psychosomatische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Gesundheitsstörungen der Bevölkerung. Während im somatischen Bereich die Arbeitsunfähigkeitstage abnehmen, steigen sie im Bereich psychischer und psychosomatischer Erkrankungen kontinuierlich an. Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind inzwischen auch die Hauptursache für Frühberentung. Der Stärkung der Prävention, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in allen Sektoren ärztlichen Handelns kommt deshalb eine herausragende Bedeutung zu.

Psychosoziale Kompetenzen waren schon immer integraler Bestandteil des ärztlichen Handelns. Sie drohen jedoch aus vielfältigen Gründen aus der Medizin zusehends verdrängt zu werden. Gründe hierfür sind die zunehmende Bedeutung der apparativen Medizin, der zunehmende Zeitdruck in Klinik und Praxis u. a. durch den Dokumentationsaufwand, der immer weniger Raum für den direkten Patientenkontakt lässt, aber auch die Ausrichtung der Abrechnungssysteme, die psychosoziale und kommunikative Aspekte der ärztlichen Tätigkeit nicht ausreichend honorieren. Auf der anderen Seite legen Patientinnen und Patienten größten Wert darauf, dass sich ihr Arzt und ihre Ärztin viel Zeit für das Gespräch nimmt, was erwiesenermaßen auch zu einer höheren Sicherheit bei der Diagnosestellung somatischer, psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und damit zu höherer klinischer Effektivität führt. Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und damit einhergehend das therapeutische Gespräch hat bei Patientinnen und Patienten einen hohen Stellenwert. Finden sie diese Kompetenzen und Fertigkeiten nicht mehr in der Medizin, besteht die Gefahr, dass die Patienten und Patientinnen in paramedizinische Bereiche, beispielsweise zum Heilpraktiker ausweichen, um dort eine vermeintlich umfassendere, d. h. auch ihre psychosozialen Bedürfnisse berücksichtigende Behandlung zu finden. Hier besteht das Risiko der Deprofessionalisierung der ärztlichen Heilkunst. Hingegen führt die Beachtung psychosozialer Aspekte zu höherer beruflicher Zufriedenheit im ärztlichen Beruf und kann dazu beitragen, dass der ärztliche Nachwuchs wieder stärker motiviert ist, nach der Approbation auch tatsächlich in der Krankenversorgung tätig zu werden. Psychosoziale Kompetenz des Arztes und der Ärztin ist in allen medizinischen Bereichen mit direktem Patientenkontakt erforderlich und verdient systematisch reflektiert und erlernt zu werden.

Die Psychotherapie als Behandlungsverfahren droht ebenfalls aus der ärztlichen Tätigkeit verdrängt zu werden. Obwohl ein großer Behandlungsbedarf bei psychisch und psychosomatisch Kranken besteht, hat die Anzahl Ärztlicher Psychotherapeuten in den letzten Jahren abgenommen. Dieser Trend wird sich vermutlich fortsetzen. Auch hier droht dem medizinischen Versorgungsbereich, dass die ärztli-

che Psychotherapie als Behandlungsverfahren gegenüber dem nichtärztlichen Versorgungsbereich an Bedeutung verliert. Andererseits muss im Interesse von Patientinnen und Patienten gewährleistet bleiben, dass die komplexe Behandlung psychischer Störungen und der somatischen Aspekte von Erkrankungen ausschließlich in ärztlicher Hand bleiben, einschließlich Krankschreibungen, medikamentöser Behandlung und Krankenhauseinweisung. Ziel muss sein, abgestuft auf allen Behandlungsebenen, z. B. neben der Psychosomatischen Grundversorgung weiterhin den Bereich Psychotherapie bzw. die fachgebundene Psychotherapie bedarfsgerecht in allgemein- und fachärztliche Behandlungskonzepte einzubeziehen. Beispielhaft baut die Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe selbst ein Weiterbildungsinstitut Psychosomatische Frauenheilkunde zur Vermittlung der Weiterbildungsinhalte für die fachgebundene Psychotherapie auf.

Ärztliche Psychotherapie, kommt in unterschiedlicher Form zur Anwendung.

1. Die "Psychosomatische Grundversorgung" qualifiziert Ärztinnen und Ärzte im primären Versorgungssystem zu einer frühen Erfassung psychosomatischer Faktoren im allgemein- und im fachärztlichen Bereich, die für die weitere medizinische Behandlung bedeutungsvoll ist. Die Ärztinnen und Ärzte mit dieser Qualifikation haben eine Screening-Funktion und können z. B. psychosoziale Interventionen und Entspannungsverfahren therapeutisch anwenden. Die systematische Beachtung der Arzt-Patient-Interaktion zur Herstellung und Absicherung einer guten Compliance erlaubt es, auch psychische Gesichtspunkte zu thematisieren und einen Perspektivwechsel beim Patienten auf seine Erkrankung einzuleiten. Eine große Gruppe dieser bisher derart qualifizierten Ärztinnen und Ärzte sind z. B. Fachärzte für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin sowie für Kinder- und Jugendmedizin. Diese Gruppe stellt mehr als die Hälfte aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dar.
2. Die bisherige Zusatz-Weiterbildung und die im Jahr 2003 in die (Muster-)Weiterbildungsordnung eingeführte fachgebundene Psychotherapie erweitern die ärztliche Weiterbildung in den sog. somatischen Fächern um die psychiatrische, psychosoziale und psychosomatische Kompetenzen. Diese dienen einer besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen im hausärztlichen und somatisch-fachärztlichen Bereich und einer ggf. bedarfsgerechten Indikationsstellung für eine fachärztliche Psychotherapie und deren Durchführung. Patienten und Patientinnen lassen sich eher auf ein Gespräch über mögliche psychische und psychosomatische Aspekte ihrer Beschwerden ein, wenn schon eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung besteht.
3. Ärztinnen und Ärzte der Gebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind qualifiziert, Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation primär psychischer sowie psychosomatischer Erkrankungen entweder bei Kindern, Jugendlichen oder bei Erwachsenen durchzuführen. Zur Anwendung kommen im GKV-System auch die Verfahren der sog. Richtlinien-Psychotherapie, d. h. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalytische Therapie, Verhaltenstherapie.

Der Deutsche Ärztetag stellt daher nachfolgend angeführte Forderungen:

- Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, nicht nur Kostendämpfung zu betreiben bzw. Spargesetze zu erlassen, sondern der Ärzteschaft auch die Möglichkeit zu eröffnen, den bereits praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sowie auch dem ärztlichen Nachwuchs in Klinik und Praxis durch intensive Förderung der psychosozialen Kompetenz und der aktiven Unterstützung durch die

Krankenkassen eine Medizin zu praktizieren, die wieder bewusst Heilkunst für Körper und Seele bringt.

- Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, sich angesichts der großen gesundheitspolitischen Herausforderung durch die zunehmenden psychischen und psychosomatischen Erkrankungen verstärkt in Benehmen mit Fachgesellschaften und Berufsverbänden für folgende Aktivitäten einzusetzen:
 - eine Publikation einer themenbezogenen Fortbildungsreihe im Deutschen Ärzteblatt,
 - die Schaffung von Transparenz durch präzise Benennung von Institutionen der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen,
 - die Hilfestellung bei berufs- und arbeitsrechtlichen Belangen von Ärztinnen und Ärzten in den neuen Versorgungsstrukturen; z. B. sollte eine Anstellung von Ärzten bei Psychologen nicht möglich sein. Bei solchen Verträgen ist das Berufsrecht zu beachten. Ärzte dürfen in medizinischen Belangen nicht Weisungen von Nicht-Ärzten unterstehen.

- Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, in ihren Weiterbildungsgremien - entsprechend der Forderung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – sich mit den Weiterbildungsinhalten der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Hinblick auf psychische und psychosomatische Erkrankungen für alle patientenbezogenen Gebiete zu befassen, um die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Kompetenz im alltäglichen ärztlichen Handeln in Klinik und Praxis zu stärken. Der Deutsche Ärztetag empfiehlt, die Weiterbildungsinhalte der bisherigen "Psychosomatischen Grundversorgung" zu überarbeiten und zu aktualisieren, um den veränderten Versorgungsbedürfnissen gerecht zu werden. Damit die Inhalte dieser Weiterbildung wiedergegeben werden, soll durch die zuständigen Fachgremien geprüft werden, die Bezeichnung "Psychosomatische Grundversorgung" in "Grundversorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen" zu ändern. Es muss darüber nachgedacht werden, die Kurs-Weiterbildung "Grundversorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen" für alle patientenbezogenen Gebiete als Bestandteil von deren Weiterbildung vorzusehen, wobei der Umfang der Kurs-Weiterbildung entsprechend der spezifischen Anforderungen des jeweiligen Gebietes festgelegt wird. Gleiches gilt für die ärztliche Fortbildung. In der Allgemeinmedizin sowie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist diese Zusatzkompetenz bereits fester Bestandteil der Weiterbildung. Ein entsprechendes Angebot von Qualitätszirkeln und interventionsbezogenen Fallbesprechungen soll angestrebt werden.

- Der Deutsche Ärztetag begrüßt, dass die Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte eine verbesserte Vermittlung psychosozialer, psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Kenntnisse und Fertigkeiten in der studentischen Ausbildung vorsieht. Er fordert daher, dass auch die haus- und fachärztliche Fort- und Weiterbildung, z. B. in ärztlicher Gesprächsführung und Gestaltung einer therapeutischen Beziehung, weiter ausgebaut wird.

- Der Deutsche Ärztetag fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, im Rahmen einer anstehenden Aktualisierung der Bedarfsplanung auch für die ambulante Versorgung eine Anpassung an die veränderten Bedingungen vorzunehmen. Die Versorgung im ambulanten Bereich hat sich nach Einführung der Budgetierung deutlich verschlechtert: Das jetzige Budget gewährleistet nicht ausreichend Zeit pro Patient. Das Problem ist besonders gravierend im Zusammenhang mit einem massiven Bettenabbau in der stationären Psychiatrie innerhalb der vergangenen Jahre. Durch die massive Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken sind die an-

schließlich ambulant zu behandelnden Patientinnen und Patienten jetzt im Durchschnitt kränker und benötigen mehr psychosoziale, medikamentöse und psychotherapeutische Leistungen.

- Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, Fortbildungskonzepte zu erarbeiten, die es ermöglichen, grundlegende Erkenntnisse der Psychotraumatologie patientenbezogen zu erwerben. Im Fall von Großschadensereignissen und Naturkatastrophen sind die entsprechenden Fachgesellschaften und Berufsverbände bedarfsgerecht einzubinden. Erfreulicherweise hat das Kursbuch "Notfallmedizin" diese Aspekte bereits aufgegriffen.
- Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, darauf hinzuwirken, dass auch über das Jahr 2008 hinaus § 101 Abs. 4 SGB V weiter Bestand hat oder bei einer aktualisierten Bedarfsplanung ein Versorgungsanteil von 40 % für ärztliche Psychotherapeuten festgeschrieben wird. Eine entsprechende Initiative des Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beim Bundesministerium für Gesundheit wird vom Deutschen Ärztetag unterstützt. Sollten Vertragsarztsitze nicht durch Fachärzte für Psychosomatische Medizin nachbesetzt werden können, sollten andere psychotherapeutisch tätige kompetente Ärzte und Ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, aber auch diejenigen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, falls sie bereit sind, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu werden, als nächste Anwärter gelten.
- Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber, die gesetzlichen und privaten Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, das Vergütungssystem für die Erbringung von psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen auf allen Versorgungsstufen so zu regeln, dass die entsprechende Patientenversorgung unter vertretbaren wirtschaftlichen Bedingungen gewährleistet wird. Nach dem derzeitigen Vergütungssystem werden diejenigen Ärztinnen und Ärzte deutlich benachteiligt, welche eine wichtige Rolle in der primären Versorgung von psychisch und psychosomatisch Kranken spielen. Die Förderung und Stärkung der ärztlichen Psychotherapie ist nur gewährleistet, wenn sie unter vertretbaren wirtschaftlichen Bedingungen geleistet werden kann, wobei das möglichst nicht zu Lasten anderer Arztgruppen gehen soll. Eine Beteiligung der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht nur in den KV-Fachausschüssen "Psychotherapie", sondern auch in den Fachausschüssen "Fachärzte" kann hilfreich sein.
- Eine Ausdehnung der Stützung der Auszahlungspunktwerte für psychotherapeutische Leistungen für Leistungserbringer unterhalb der 90 %-Grenze sowie eine Aufnahme weiterer Leistungen, wie die Psychosomatische Grundversorgung und die fachgebundene Psychotherapie, in den Katalog der stützungsfähigen Leistungen zieht die Frage nach sich, wie die zusätzlich notwendigen Finanzmittel aufgebracht werden. Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber bzw. die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die notwendigen Gesetzesänderungen vorzunehmen bzw. zu prüfen, inwieweit der entstehende zusätzliche Finanzbedarf mit entsprechenden zusätzlichen Mitteln durch die Krankenkassen zu decken ist.
- Der Deutsche Ärztetag fordert die privaten Krankenversicherungen auf, keine "Mindeststandards" für eine private Krankenvollversicherung zu definieren, indem sie die Anzahl ambulanter psychotherapeutischer Sitzungen in ihren Tarifbestimmungen begrenzen, ohne den tatsächlichen Behandlungsbedarf der Pati-

entinnen und Patienten zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere auch für Alkoholerkrankungen.

- Der Deutsche Ärztetag fordert den bedarfsgerechten Ausbau vernetzter und integrierter gemeindenaher Versorgungssysteme im Sinne des § 140 a SGB V für Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen unter Einbeziehung von Hausärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie den bedarfsgerechten Ausbau psychotherapeutischer Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen im gesamten medizinischen ambulanten und stationären Versorgungssystem.
- Der Deutsche Ärztetag fordert eine Förderung der adäquaten fachärztlichen Versorgung, insbesondere von schwer psychisch Kranken, psychisch kranken alten Menschen sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.
- Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber und die Krankenkassen auf, zur flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, das Modell der sozialpsychiatrischen Praxen nach der sog. Sozialpsychiatrie-Vereinbarung in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen beizubehalten und dieses Modell mit den Primärkassen auch in den fehlenden Regionen endgültig einzuführen. Ein vergleichbares Modell wäre auch für die Psychiatrie und Psychotherapie anzustreben.
- Der Deutsche Ärztetag fordert die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, dafür Sorge zu tragen, dass eine hohe Qualität der ärztlichen Psychotherapie und der flächendeckende Zugang für die Patienten sichergestellt und weiterentwickelt wird.
- Der Deutsche Ärztetag fordert, dass die Versorgungsforschung verstärkt das Problem der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland aufgreift, insbesondere umfassende Erhebungen über die Versorgungssituation für Menschen mit psychischen Erkrankungen durchführt mit dem Ziel, ein patientengerechtes Versorgungssystem weiterzuentwickeln.

2. Sicherung ambulanter ärztlicher Psychotherapie

Auf Antrag von Dr. Loesch (Drucksache II-13) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, mit dem Gesetzgeber dahingehend zu verhandeln, dass die nach dem 31. Dezember 2008 entsprechend dem § 101, Abschnitt 4 SGB V zur Aufrechterhaltung der Versorgung durch psychologische Psychotherapeuten zu besetzenden ärztlichen Kontingentplätze (40 % der Psychotherapeutenplätze stehen derzeit für Ärzte zur Verfügung) im Falle der späteren Nachbesetzung Vertragsarztsitze für ärztliche Psychotherapeuten bleiben.

Begründung:

Wenn ambulante ärztliche Psychotherapie weiter abnimmt – und die Gefahr dafür ist groß – fehlt ein wesentliches Element für die Entwicklung des Faches. Viele Aufgaben ärztlicher Psychotherapie können durch psychologische Psychotherapeuten nur sehr bedingt übernommen werden oder kommen kaum in den Aufmerksamkeitsfokus ambulant tätiger psychologischer Psychotherapeuten.

Wenn wir die Ausdünnung der niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten, insbesondere der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie weiter zulassen, wird es bald keine ambulanten Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzte mehr geben, denn unser Nachwuchs sollte doch weiterhin von ärztlichen Weiterbildungsermächtigten ausgebildet werden! Ebenso werden die niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten dringend als Ausbilder in der psychosomatischen Grundversorgung benötigt.

Ausdrücklich soll nicht die grundsätzliche Kompetenz psychologischer Psychotherapeuten angezweifelt werden, aber es sollte von allen Seiten respektiert werden, dass es spezifisch ärztliche psychotherapeutische Aufgaben und Schwerpunkte gibt wie u. a.:

- Kombinationstherapie – medikamentös und psychotherapeutisch
- Psychotherapeutische Versorgung schwer körperlich Kranker
- Psychotherapie in der ausklingenden Substitutionsbehandlung
- Psychotherapie bei Psychosen
- Spezielle psychosomatische Therapie bedrohlicher somatischer Symptome

3. Qualifikation psychosomatische Kompetenz

Der Antrag von Frau Löber-Kraemer, Dr. Heister, Frau Dr. Friedländer und Frau Dr. Groß (Drucksache II-11neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass analog der bisher für Allgemeinmedizin und Gynäkologie verpflichtenden Qualifikation "Psychosomatische Grundversorgung" die Qualifikation für die Grundversorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in den Fächern mit direktem Patientenbezug weiter verbessert wird und mehr als bisher in den Allgemeinen Vorbemerkungen zur Weiterbildungsordnung implementiert und verankert wird und damit obligater Bestandteil dieser Weiterbildungsgänge wird.

4. Psychotherapie

Auf Antrag von Dr. Ungemach, Frau Künanz und Dr. Josten (Drucksache II-03) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, darauf zu achten, dass die "ärztliche Psychotherapie" gemäß ihrer Bedeutung für die Patientenversorgung auf allen Ebenen bei Vereinbarungen, Verträgen und Gesetzen Berücksichtigung findet.

5. Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer

Auf Antrag von Frau Dr. Ebert-Englert und Dr. Voigt (Drucksache II-05) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer fordert die Bundespsychotherapeutenkammer dazu auf, ihr Positionspapier zur Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zurückzuziehen, um Schäden abzuwehren. Psychisch Kranke haben in unserer Ge-

sellschaft einen schweren Stand und keine Lobby. Dies trifft insbesondere für Kinder und Jugendliche zu. Das Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer "Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, Handlungsbedarf im Vertragsärztegesetz" ist wenig geeignet, dem Anliegen einer besseren Versorgung dieser Patientengruppe gerecht zu werden. Krankheitsbilder bedürfen immer einer gründlichen ärztlichen Voruntersuchung und Diagnosestellung, um organische Ursachen sicher auszuschließen. Ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind umfassend weitergebildet und in der Lage, adäquate Therapien durchzuführen bzw. zu veranlassen. Das Versorgungsdefizit darf nicht dazu führen, nicht qualifizierte psychologische Therapeuten zu generieren.

Bevor berechnete Forderungen an die Verantwortlichen gestellt werden, ist eine gemeinsame Analyse der Ärzteschaft und der Psychologischen Psychotherapeuten erforderlich, damit alle Aspekte Eingang in Lösungsmöglichkeiten finden.

6. *Schlechte Honorierung der ärztlichen Psychotherapie, die nicht unter die Bestimmungen des § 85 Absatz 4 SGB V zur angemessenen Vergütung fällt*

Auf Antrag von Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksache II-06) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Bundesärztekammer fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die skandalöse Benachteiligung der nicht überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte gegenüber den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten mit gestütztem Punktwert aufzuheben und damit auch die Spaltung in eine Medizin für die Seele und eine für den Körper. Alle antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie-Leistungen sollen angemessen honoriert werden und einen gestützten Punktwert erhalten.

Entsprechend dem BSG-Urteil vom 25. August 1999 bzw. Beschluss des Bewertungsausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben nur die psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die drei sogenannten Psycho-Fachärzte sowie die Ärzte, die mindestens 90 % ihrer Gesamtleistungen als Psychotherapie erbringen, Anspruch auf eine angemessene Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (überwiegend psychotherapeutisch Tätige).

Begründung:

Für eine angemessene ärztliche Versorgung von Menschen mit psychosozialen Leiden ist die Integration psychiatrischer und psychotherapeutischer Kompetenzen in möglichst vielen ärztlichen Praxen sinnvoll und wünschenswert.

Die schlechte Honorierung der Psychotherapie in der allgemeinärztlichen oder fachärztlichen Versorgung (z. B. nicht einmal 30 Euro für 50 Minuten in Hessen) führt zum Aussterben dieser in die tägliche Praxis integrierten psychotherapeutischen Fachleistung und zum Aussterben fachgebundener Psychotherapie.

7. Psychotherapeutenkammern

Auf Antrag von Frau Prof. Dr. Krause-Girth (Drucksache II-08) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt die Verwendung des Begriffes "Psychotherapeutenkammer" auf Bundes- und Länderebene ab, weil darin ein Alleinvertretungsanspruch zum Ausdruck gebracht wird, der praktisch nicht begründbar ist und bei Patientinnen und Patienten den Eindruck erweckt, Psychotherapeuten/innen seien nicht Ärztinnen oder Ärzte.

Begründung:

Die Kammern der psychologischen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vertreten nur zwei Berufsgruppen der psychotherapeutisch Tätigen und schließen alle ärztlichen Psychotherapeuten ebenso aus wie die Gruppen, die nach dem Heilpraktikergesetz Psychotherapie praktizieren.

Die Hessische Landesärztekammer hat dazu eine eindeutig ablehnende Stellungnahme abgegeben:

"Die psychologische Psychotherapeutenkammer hat vorgetragen, eine Bezeichnung für ihre Körperschaft im Heilberufsgesetz aufzunehmen, die eine kürzere Variante des bisher "unaussprechbar langen Namen" ablösen soll. Erneut tragen wir der Landesregierung vor, dass die Landesärztekammer Hessen den Begriff "Psychotherapeutenkammer Hessen" zur ausschließlichen Verwendung für die Landeskammer der psychologischen Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichentherapeuten keinesfalls akzeptieren kann. Das Präsidium hat sich wiederholt einstimmig dagegen ausgesprochen, dass die Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten und derjenigen Kinder- und Jugendlichentherapeuten den irreführenden Begriff "Psychotherapeutenkammer Hessen" zugewiesen bekommt.

Dieser Begriff erweckt in der Öffentlichkeit zu Unrecht den Eindruck, in dieser Kammer seien alle psychotherapeutisch tätigen Heilberufler Mitglied. Das Gegenteil ist richtig. Die Psychotherapie als diagnostisches und therapeutisches Verfahren wurde vor mehr als 100 Jahren ärztlicherseits begründet und weiterentwickelt. Die Psychotherapie ist nicht nur in den klinischen Fachgebieten mit Patientenbezug enthalten, sondern darüber hinaus hat sich die Psychotherapie durch Ärzte im ärztlichen Beruf derart weiter entwickelt und ausdifferenziert, so dass dieses Verfahren nicht nur in der Psychiatrie und Psychotherapie, in der psychotherapeutischen Medizin, in der Kinder- und Jugendlichen-Psychiatrie und Psychotherapie, in der Psychoanalyse und letztlich auch in der Psychotherapie patientenzentriert präsent ist. Von Verfahren wie der psychotherapeutischen Grundversorgung und seiner weiten Verbreitung ganz zu schweigen.

Hiermit ist begründet, warum der Begriff "Psychotherapeutenkammer" ausschließlich für Psychologen den Grundprinzipien der psychotherapeutischen Tätigkeit durch Ärzte und Psychologen fundamental widerspricht. Gerade wegen der Gemeinsamkeiten und enorm großen Schnittmenge diagnostischer und therapeutischer Vorgehensweisen hat der hessische Gesetzgeber seinerzeit den Beirat für beide Körperschaften institutionalisiert. Dieser hat sich bewährt. Wir versperren uns sicher nicht einer anderen Formulierung, die einprägsamer und besser aussprechbar ist; sie darf aber nicht den irreführenden Alleinvertretungsanspruch zum Gegenstand haben

8. Ständige Konferenz für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte bei der Bundesärztekammer einrichten

Der Antrag von Dr. Heister, Frau Löber-Kraemer und Frau Dr. Groß (Drucksache II-09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Sicherstellung der hohen Qualität ärztlicher Psychotherapie und der flächendeckende Zugang für die Patienten erhalten bleibt und weiterentwickelt wird. Dazu wird der Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, dem Referat "Psychotherapie" eine Ständige Konferenz beizuordnen. Diese soll den Vorstand der Bundesärztekammer dabei unterstützen, zeitnah und flexibel auf aktuelle Entwicklungen zu reagieren und die ärztliche Psychotherapie auf allen Ebenen nach innen und außen zu vertreten.

9. Fachgebundene Psychotherapie weiterentwickeln

Der Antrag von Frau Löber-Krämer, Frau Dr. Groß, Dr. Heisler und Frau Haus (Drucksache II-10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, gegenüber der Ständigen Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" darauf hinzuwirken, die Weiterbildungsinhalte der fachgebundenen Psychotherapie so auszugestalten, dass sie ohne Einschränkungen zur Erbringung umfassender Psychotherapie berechtigt. Nur diese Zusatz-Weiterbildung beinhaltet die notwendige spezifisch ärztliche (somatisches-psychotherapeutische) Doppelqualifikation.

10. Förderung der ambulanten Weiterbildung für psychotherapeutische fähige Fachärztinnen und Fachärzte

Der Antrag von Dr. Menzel und Frau Dr. Roth-Sackenheim (Drucksache II-12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Förderung der ambulanten Weiterbildung in fachärztlichen Praxen für:

- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Dazu werden Kooperationsmodelle zwischen klinischen und ambulanten Weiterbildungseinrichtungen befürwortet und konzeptionell unterstützt. Um Ärztinnen und Ärzten die gesamte Breite der Fachgebiete zu vermitteln, ist eine verstärkte Weiterbildung in der ambulanten Praxis zu gewährleisten. Dafür sind die Bedingungen zu verbessern.

11. Psychosomatische Grundkenntnisse in somatischen Gebieten

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

Die in den allgemeinen Bestimmungen der Weiterbildungsordnung geforderten psychosomatischen Grundkenntnisse müssen (in den Richtlinien) dringend konkret formuliert werden. Die Inhalte (theoretische Grundlagen, Diagnostik, Behandlungsmöglichkeiten, Technik der ärztlichen Gesprächsführung und Teilnahme an Balint-Gruppen) müssen verbindlich festgelegt werden, um die Ziele der Vermittlung der psychosomatischen Grundkompetenz erreichen zu können.

Begründung:

Diese Ziele sind auf der Basis des Bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells die verbesserte Erkennung psychosomatischer Krankheiten, die Vermeidung ausschließlich somatischer Behandlungen und die damit verknüpfte Reduktion von Chronifizierungen sowie die bessere Vernetzung somatischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Angebote.

Die psychosomatische Grundkompetenz wurde 1994 in den Abschnitt B bei allen Gebieten der unmittelbaren Krankenversorgung eingeführt. 2003 wurde sie in den Abschnitt A vorgezogen (als 4., 5., 15. und 16. unter 18 Spiegelstrichen). Ohne verpflichtende Umsetzung gehen die theoretischen Anforderungen ohne praktische Relevanz unter – mit der Gefahr der großzügigen Bescheinigung. Nur durch eine solide Vermittlung des überprüfbaren Wissens kann das psychosomatische Denken und Handeln in das organmedizinische integriert und gesichert werden. Dies stellt eine konkrete Umsetzung der vom Deutschen Ärztetag 2005 geforderten Stärkung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Kompetenz im ärztlichen Handeln dar.

12. Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie – fachgebunden

Der Antrag von Frau Dr. Ebert-Englert und Dr. Voigt (Drucksache II-15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung in der fachgebundenen Psychotherapie sieht in der Grundorientierung Verhaltenstherapie keine Balint-Gruppen-Arbeit vor.

Der Verzicht auf diesen Weiterbildungsinhalt ist ein Fehler, der unbedingt korrigiert werden sollte. Gerade im Wettbewerb mit den nicht ärztlichen Psychotherapeuten erscheint es unverzichtbar, eine umfassende Kompetenz in der Psychotherapie für ärztliche Psychotherapeuten zu gewährleisten.

Der Antrag wird gestellt mit der Bitte, ihn an die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer zu überweisen, um diese inhaltlichen Mängel zu beseitigen.

13. Fort- und Weiterbildung für Psychosomatik in somatischen Fachgebieten

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

Die ärztliche Psychotherapie muss sich auf den ihr eigenen Feldern, nämlich der Psychosomatik und der integrierten Behandlung somatischer und psychischer Aspekte von Krankheit weiterentwickeln und Konzepte in die allgemeinärztliche und fachärztliche Tätigkeit einbringen. Es müssen auch Konzepte entwickelt werden, die junge Ärztinnen und Ärzte von dem Sinn psychosomatischer und psychotherapeutischer Arbeit überzeugen und sie für diese Arbeit gewinnen. Alle Ärzte müssen in der Lage sein, mit schwierigen und psychisch kranken Patienten umzugehen und ihnen

Hilfe anzubieten – entweder selbst oder durch Vermittlung an andere Kollegen. Chronisch psychosomatisch kranke, Suchtkranke und krebskranke Patienten werden von unserem Gesundheitswesen oft allein gelassen und finden selten den direkten Weg zum Psychotherapeuten.

Außerdem sind die Denkweisen von somatischer und psychosomatischer Medizin so unterschiedlich, dass die Ärzte sich eigentlich ständig in ihrem Vorgehen überprüfen müssen, um den Anspruch nach ganzheitlicher Arbeit gerecht werden zu können.

Ein gutes Instrument zur Bewältigung psychosomatischer Problemstellungen ist die Balintarbeit, die in der Medizin immer noch – oder auch leider wieder – ein Schattendasein führt. In ihr findet sich z. B. eine ärztliche Zugangsweise, die es weiter zu verbreiten gilt.

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer daher auf:

1. Strukturen zu schaffen, in denen die psychosomatischen Kompetenzen aller im direkten Kontakt mit Patienten stehenden Ärzte verbessert werden.
2. Der Balintarbeit in der Aus-, Weiter- und Fortbildung einen wichtigen Stellenwert zu geben.
Balintarbeit im Rahmen der Fortbildung darf nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden, um als qualifiziert bei der Ärztekammer anerkannt zu werden. Es sollte eine studienbegleitende obligatorische Balintarbeit eingerichtet werden.
3. Die Entwicklung neuer psychosomatischer Konzepte anzustoßen und zu fördern und diese in Fort- und Weiterbildung zu verankern.

14. Stellung der psychosomatischen Medizin in der ambulanten Versorgung

Der Antrag von Dr. Lorenzen (Drucksache II-19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Während einerseits die ambulante Psychotherapie im fachärztlichen Bereich jetzt etabliert ist, ist für die sprechende Medizin innerhalb der übrigen ambulanten Versorgung das strukturelle Aus beschlossen. Die Einführung neuer Regelleistungsvolumina (RLV) geht einher mit pauschaler Abrechnung (EBM 2000plus) und hat damit eine Abwertung von sprechender und psychosomatischer Medizin zur Folge.

Dieser grundlegende und wichtige Bereich in der ambulanten Betreuung psychisch kranker Menschen darf kein Opfer der Reformen werden.

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die angemessene Vergütung von sprechender Medizin, damit nicht wieder die psychisch Erkrankten die Leidtragenden werden.

15. Förderung der Psychosomatik

Auf Antrag von Frau Dr. Schulenberg, Frau Dr. Borelli, Frau Dr. Lux und Frau Dr. Fick (Drucksache II-20) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Die psychosomatische Kompetenz ist Bestandteil jeder "somatischen" Patientenversorgung. Es muss daher für alle "somatisch" tätigen, an der unmittelbaren Patien-

tenversorgung beteiligten Kollegen und Kolleginnen möglich sein, eine entsprechende Kompetenz zu erwerben.

16. Psychische Erkrankungen in Abrechnungssystemen

Der Antrag von Dr. Köhne und Frau Dr. Groß (Drucksache II-23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich dafür einzusetzen, dass bei der Behandlung von somatischen Erkrankungen in diagnose-basierten Abrechnungssystemen psychiatrische Diagnosen nur dann zu einer veränderten Vergütung führen dürfen, wenn diese Diagnosen von Ärzten mit einer entsprechenden fachlichen Qualifikation gestellt wurden. Diese gesammelten Diagnosen führen zu einer Diskriminierung der betroffenen Patienten.

17. Änderungsantrag zu Antrag II-23

Der Antrag von Herrn U. Lange (Drucksache II-23a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der 3. Zeile des Antrages beantrage ich, nach dem Wort "Abrechnungssystemen" die Worte "in Krankenhäusern" einzufügen.

Begründung:

Der Antrag ist, wie von mir beantragt, auch vermutlich vom Antragsteller gemeint. Die u. U. Übertragung in die ambulante Versorgungsebene könnte die gelebte Versorgungsrealität unterhöhlen.

18. Frühzeitige Erkennung von psychischen Erkrankungen bei Kindern

Auf Antrag von Frau Künanz, Frau Dr. Bunte und Dr. Peters (Drucksache II-24neu) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Boie (Drucksache II-24neua) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Länder und Kommunen werden aufgefordert, die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in den Kommunen zu stärken und ggf. finanzielle Mittel für Kooperationsmodelle mit Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinder- und Jugendärzten und Allgemeinärzten, die hausärztlich tätig sind, zur Verfügung zu stellen.

Begründung:

Die frühzeitige Erkennung – und damit Initiierung der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen – von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen ist gerade im Kindesalter wichtig. Hier bietet sich der Ausbau der Präsenz der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste vor Ort in den Schulen an, ggf. in Kooperation mit Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern, um auch Kinder und Jugendliche erreichen zu können, die vom Regelversorgungssystem nicht erreicht werden.

19. Begriff "Ärztlicher Psychotherapeut"

Der Antrag von Frau Dr. Groß und Frau Dr. Huber (Drucksache II-25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag beschließt, in die (Muster-)Weiterbildungsordnung den Begriff "Ärztlicher Psychotherapeut" an geeigneter Stelle aufzunehmen.

Zu Punkt III der Tagesordnung: **GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EUROPA**

1. Gesundheitsversorgung in Europa

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-01) fasst der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

I.

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt seine – auch schon in der letztjährigen EntschlieÙung ("Aktuelle Position der deutschen Ärzteschaft zur Entwicklung der europäischen Gesundheitspolitik") zum Ausdruck gebrachte – Einschätzung, dass die Bundärztekammer sowohl im Meinungsbildungsprozess der europäischen Gesundheitspolitik als auch im Entstehungsprozess gemeinschaftsrechtlicher Gesetzgebung die Positionen der deutschen Ärzteschaft einbringen muss – sowohl auf Gemeinschafts- als auch auf nationaler Ebene. Dasselbe gilt für die Wahrnehmung der beruflichen Belange bei der gesetzgeberischen Transformation europäischer Richtlinien. Gerade die jüngsten Beispiele, wie die Dienstleistungs-Richtlinie, Berufsanerkennungs-Richtlinie und die Gewebe-Richtlinie, zeigen die Notwendigkeit einer solchen zweistufigen vor- und nachwirkenden Strategie. Leitbild dieser Aktivitäten muss der Erhalt der freien Berufsausübung und die ungestörte Entwicklung der demokratisch legitimierten ärztlichen Selbstverwaltung sein, da nur sie die Garantie zur selbstbestimmten Wahrung der Professionalität, Kompetenz und Ethik der Berufsangehörigen sein kann.

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt daher die Entscheidung des Vorstandes der Bundesärztekammer, eine Ständige Konferenz "Europäische Angelegenheiten" einzurichten, welche insbesondere die Sichtweise der Landesärztekammern bündelt, eine Plattform für einen berufspolitischen und institutionell-administrativen Erfahrungsaustausch und eine Unterstützung der Meinungsbildung des Vorstands bietet.

Der Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand, in vergleichbarer Weise auch die Sichtweise der deutschen Berufsverbände in die Meinungsbildung über europäische Angelegenheiten einzubeziehen.

II.

Der Deutsche Ärztetag erkennt die Bedeutung an, welche der Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft auf europäischer Ebene im Meinungs- und Willensbildungsprozess der europäischen Institutionen zukommt. Der Deutsche Ärztetag tritt daher dafür ein, dass die Bundesärztekammer als Mitglied des "Ständigen Ausschusses der europäischen Ärzte" (CPME) einen Prozess zu seinem Ausbau als eine Schirmorganisation der europäischen Ärzteschaft unterstützt. Nur dies wird der Eigenheit des

Ständigen Ausschusses als einer Organisation der nationalen Ärztekammern oder nationalen Organisationen mit vergleichbarer Bedeutung gerecht. Zugleich muss die arbeitsteilige Einbeziehung oder auch eine Verantwortungsteilung mit den maßgeblichen europäischen Berufsverbänden, in welchen die deutschen Berufsverbände vertreten sind, sichergestellt werden. Auf diese Weise kann eine Konzentration und möglichst einheitliche Entwicklung der europäischen Standpunkte der Ärzteschaften bewirkt werden.

III.

Von herausragender Bedeutung waren und sind die Vorhaben der sogenannten "Dienstleistungs-Richtlinie" (1) und der Berufsaner kennungs-Richtlinie (2).

- (1) Der Deutsche Ärztetag begrüßt die nach langwierigen Diskussionen und einer entsprechenden Stellungnahme des Europäischen Parlaments erfolgte Herausnahme der Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der sog. Dienstleistungs-Richtlinie. Auch die EU-Kommission hat in einer neuen Fassung des Richtlinien textes eine entsprechenden Ausschluss vorgesehen. Im Rat der Europäischen Union deutet sich ebenfalls eine entsprechende Entscheidung an.

Die Kommission hat in ihrem neuen Vorschlag mit ihrer Billigung des Standpunkts des Europäischen Parlaments folgende Aussage verbunden:

"Die Kommission akzeptiert den Ausschluss von Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich und bekräftigt ihre Entschlossenheit, einen eigenen Vorschlag für Gesundheitsdienstleistungen vorzulegen..."

Der Deutsche Ärztetag bittet den Vorstand, diese Entwicklung mit Sorgfalt zu verfolgen und einerseits auf eine der Patienten- und Ärztemobilität gerechtwerdende Lösung hinzuwirken, als auch zu verhindern, dass neue unbegründete Harmonisierungsbestrebungen (wie z. B. das Arzthaftungsrecht betreffend) unnötige Veränderungen der Berufsausübung der Ärzte bewirken.

- (2) Die Berufs aner kennungs-Richtlinie ist verabschiedet und bis Oktober 2007 in Deutschland umzusetzen. Der Deutsche Ärztetag hält es für erforderlich, dass bei der Transformation in Deutschland folgende Aspekte vom Bundesgesetzgeber in der Bundesärz te ordnung und von den Landesgesetzgebern in den Kammer- und Heilberufsgesetzen beachtet werden:
 1. Die verwaltungsrechtliche Feststellung zur Berechtigung der Ausübung des ärztlichen Berufs des zuwandernden Arztes aus einem anderen EU-Mitgliedstaat muss der Approbationsbehörde vorbehalten sein.
 2. Auch für die Feststellungen entsprechender Befugnisse im Zusammenhang mit der vorübergehenden und gelegentlichen Dienstleistungserbringung ist die Approbationsbehörde berufen (vgl. § 10 b BÄO).
 3. Dazu gehört auch die in Art. 7 der Richtlinie vorgesehene Möglichkeit der Anzeige und Dokumentenvorlage (z. B. auch Berufshaftpflichtversicherung, welche die Approbationsbehörde zu beurteilen hat).
 4. Die Prüfung von Sprachkenntnissen nach Art. 53 der Richtlinie ist Aufgabe der Approbationsbehörde.
 5. Die Zusammenarbeit in verwaltungsrechtlicher Hinsicht unter den Behörden der Mitgliedstaaten und der entsprechende Informationsaustausch sind Aufgaben der Approbationsbehörden (Art. 56 der Richtlinie).
 6. Für die Facharztanerkennung werden weiterhin die Ärztekammern zuständig sein und die damit verbundenen Aufgaben übernehmen.

7. Darüberhinaus sind die Ärztekammern bereit, bei der Bildung gemeinsamer Plattformen im Sinne von Art. 15 der Richtlinie mitzuwirken.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, eine entsprechende Position gegenüber den Bundes- und Landesministerien einzunehmen.

IV.

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs hat über die Feststellungen, dass versicherte Patienten aus den Mitgliedstaaten auch ohne Genehmigung ihrer Krankenkasse in anderen Mitgliedstaaten Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen dürfen (und Kostenerstattung nach den Sätzen der Herkunfts-Krankenkasse erhalten müssen), dazu geführt, dass die Gesundheitssysteme stärker geöffnet worden sind, als dies in den politischen Vorstellungen der Verantwortlichen der Mitgliedstaaten lag. Damit hat der Europäische Gerichtshof auch eine Richtung eingeschlagen, die die Kompetenzordnung des Gemeinschaftsrechts, welche die Verantwortung für die Gesundheitssysteme bei den Mitgliedstaaten ebenso belässt wie die Verantwortung für die Versicherungssysteme, relativiert. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass die nationalen Ziele und Vorhaben im Bereich der Patientenmobilität und der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung innerhalb der Europäischen Union analysiert und diskutiert werden. Folgerichtig hat die Europäische Union einen sog. "hochrangigen Reflektionsprozess" initiiert und zu diesem Zweck hat die Kommission eine "Hochrangige Gruppe für das Gesundheitswesen" (High Level Group on Health Services and Medical Care) eingerichtet. Zwischenberichte lassen erkennen, dass die Diskussion sich auf die Zusammenarbeit unter den Mitgliedstaaten richtet, um diese zu erleichtern. Insbesondere Themen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die Mobilität in den Gesundheitsberufen oder die Einrichtung von sog. "Referenzzentren" zur Erreichung von Synergien werden in verschiedenen Arbeitsgruppen behandelt. Auch der Bereich E-Health, bei dem eine einheitliche Architektur Voraussetzung für den Informationsaustausch sowie die Patientensicherheit ist, wird dort behandelt.

Der Deutsche Ärztetag fordert, dass dieser Reflektionsprozeß transparent gemacht wird, damit die Mitgliedstaaten und die dort tätigen Angehörigen der Heilberufe rechtzeitig Entwicklungen erkennen, analysieren und sich dazu positionieren können.

Der Deutsche Ärztetag unterstützt grundsätzlich die beschriebenen europäischen Initiativen, aber fordert, dass damit

- keine Harmonisierung im Gesundheitswesen,
 - keine administrativen Belastungen für die ihren Beruf ausübenden Ärzte und
 - keine "Standards" für strukturelle Rationierungen
- verbunden sein dürfen.

Der Deutsche Ärztetag unterstützt alle Maßnahmen, welche die Patientenmobilität und die Arztmobilität in Europa fördern. Er sieht allerdings in Wartelisten, wie sie in einigen Mitgliedstaaten praktiziert werden, keine Maßnahmen, welche "Vorbildcharakter" für einen Vergleich der Gesundheitssysteme haben sollten.

V.

Die mit dem sog. "Lissabon-Prozess" entwickelte Offene Methode der Koordinierung, die nunmehr aufgrund von verschiedenen Mitteilungen der Europäischen Kommission auf den Gesundheitsbereich ausgedehnt worden ist, befasst sich die Bundesärztekammer schon seit einiger Zeit. In der vorjährigen Entschließung wurde seitens des Deutschen Ärztetages eine endgültige Bewertung dieser Methode vom

weiteren Verlauf der damit verbundenen Anwendungsschritte abhängig gemacht. Die dort zum Ausdruck gebrachten Zweifel bleiben bestehen.

Darüber hinaus stellt der Deutsche Ärztetag folgendes fest:

Allen Mitgliedstaaten sind vermutlich dieselben grundsätzlichen und zukunftsweisenden Themen und Probleme gemeinsam, mit welchen sich der Prozess der Offenen Methode der Koordinierung beschäftigen könnte. Dies sind die Alterung der Bevölkerung, das Problem der Finanzierbarkeit der Langzeitpflege, ihre sozialverträgliche Gestaltung; Ungleichheiten im Zugang zu den Gesundheitssystemen, Umstrukturierungen des Gesundheitswesens, wie sie derzeit auch in der Bundesrepublik Deutschland unter dem Stichwort einer "Gesundheitsreform" geprüft werden und wie wir sie kürzlich für Frankreich und die Niederlande erlebt haben. Dazu gehört die Finanzierung der Gesundheitssysteme auch im Zusammenhang mit den Arbeitskosten. Die Qualität der Versorgungsangebote gehört ebenfalls zu den Problemen, deren Lösungen meistens darauf abstellen, wie Indikatoren und Qualitätsstandards, die Festlegung von praktischen Leitlinien und die Einführung von Akkreditierungssystemen entwickelt werden können. Auch stellt sich das Problem der Koordinierung der unterschiedlichen Versorgungsangebote, welche bei uns unter dem Stichwort der sektorenübergreifenden integrierten Versorgung oder aber auch der Koordination durch Hausärzte diskutiert werden.

Der Deutsche Ärztetag unterstützt Informationsprozesse der beschriebenen Art. Sie sollten "Lernprozesse" auslösen, jedoch keinen Harmonisierungsdruck mit Blick auf bestimmte Praktiken hervorrufen. Es muss in der Entscheidung der Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer Verantwortung für ihre Gesundheitssysteme bleiben, welche Maßnahmen für die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme maßgeblich sind.

VI.

Ein maßgebliches Kriterium für das Ziel, in der Gemeinschaft ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu erreichen, ist für die Ärzteschaft in Deutschland die Freiheit ihrer Berufsausübung. Die Erfahrungen in Deutschland mit einer Politik fantasieloser Kostendämpfungsfiguren (wie z. B. Budgets und Nullrunden) sind nicht geeignet, als Muster zur qualitativen Entwicklung der Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union zu dienen. Es ist zu hoffen, dass die Kommission einen eigenständigen Ansatz findet, um vorbildliche Praktiken für ein freiheitliches Gesundheitswesen in der Versöhnung mit den notwendigen sozialen Aspekten zu finden.

VII.

Der Deutsche Ärztetag stellt darüber hinaus fest, dass das europäische Gemeinschaftsrecht und die es begleitenden Politiken im Bereich der Gesundheit und des Sozialen Raums Anlässe für die Berücksichtigung der Tatsache bieten, dass das Gesundheitswesen ein enormes Entwicklungspotenzial für die Wirtschaft in Europa, insbesondere den Dienstleistungsmarkt, und damit auch den Arbeitsmarkt darstellt. Eine Fokussierung im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung auf Kostenaspekte würde den notwendigen Blick auf diese Bewertung verbauen. Bei der weiteren Diskussion auf europäischer Ebene ist es erforderlich, die Bedeutung des Gesundheitswesens als Wirtschafts- und Standortfaktor und als Faktor für den wissenschaftlich-technischen Fortschritt in der Medizin in Europa angemessen zu berücksichtigen. Gerade wenn in den Prozess der Offenen Methode der Koordinierung auch unter dem Thema der Finanzierbarkeit der Sozialsysteme die Angebots- und Nachfrageregulierungsmaßnahmen der Mitgliedstaaten in den Blick genommen werden, muss Wert darauf gelegt werden, den äußeren finanziellen Effekt von damit verbundenen strukturellen Effekten zu unterscheiden und zu analysieren und zu

bewerten, inwieweit solche Maßnahmen geeignet sind, einen Kostenanstieg einzudämmen, ohne zugleich die Qualität und Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu beeinträchtigen.

VIII.

Nicht alle europäischen Angelegenheiten vollziehen sich auf der Metaebene des europäischen Gemeinschaftsrechts und der europäischen Gesundheitspolitik. Gerade in den Grenzgebieten im Verhältnis zu einzelnen Mitgliedstaaten stellen sich Probleme, die bilateral gelöst werden müssen. Dies gilt z. B. für den Einsatz von Rettungsdiensten. Hier sollte der Weg zu Regierungsabkommen gegangen werden, sofern nicht andere Absprachen hilfreich sind. Auch die Lösungspotenziale der sog. "Euregios" können Vorbild sein.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, Landesärztekammern bei der Lösung solcher bilateraler Probleme zu unterstützen.

IX.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zu prüfen, ob und inwieweit ein eigenständiges Positionspapier der Bundesärztekammer zur europäischen Gesundheitspolitik und ihren Auswirkungen auf Deutschland und die damit verbundenen Positionen der deutschen Ärzteschaft entwickelt werden kann. Darüber soll ggf. auf dem nächsten Deutschen Ärztetag berichtet werden.

2. Grünbuch der Europäischen Gemeinschaft "Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern"

Der Antrag von Dr. Heister, Frau Haus und Frau Löber-Kraemer (Drucksache III-02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, der EU gegenüber das deutsche gegliederte System der ärztlichen Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen und das zu Grunde liegende differenzierte Weiterbildungssystem offensiv darzustellen.

Nachhaltig soll die Bundesärztekammer sich dafür einsetzen, dass für die soziale Integration psychisch und psychosomatisch Kranker in allen EU-Staaten Maßnahmen zu ergreifen sind, dass die differenten rechtlichen Unterbringungsregelungen EU-weit untersucht werden und dass ein Informationssystem entwickelt wird, welches die Situation der Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen innerhalb der EU-Länder realitätsgerecht abbildet.

Begründung:

Die Häufigkeit psychischer und psychosomatischer Erkrankungen innerhalb der EU-Bevölkerung nimmt deutlich zu, wie auch die Folgen psychischer Erkrankungen, z. B. Selbsttötung, Hospitalisierung, zwangsweise Unterbringung.

Auch sind die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen nachweisbar eine Belastung der Gesellschaftssysteme und führen zu Frühverrentung und Invalidisierung.

Diese Feststellungen im Grünbuch geben den Stand der Versorgungsforschung wieder. Die Zunahme von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist daher eine Herausforderung für die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer der EU. Es ist sehr zu begrüßen, dass die Kommission der Europäischen Gemeinschaft

die Verbesserung der seelischen Gesundheit der EU-Bevölkerung fördern und EU-weit und länderspezifisch Strategien entwickeln will.

Die Stellungnahme der EU-Kommission nimmt jedoch kaum die differente Entwicklung in den EU-Ländern zur Kenntnis.

Die deutsche Ärzteschaft hat schon seit Jahrzehnten das Problem der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erkannt und sie hat entsprechende Maßnahmen sowohl auf der versorgungsstrukturellen Ebene wie auch im Weiterbildungssystem modellhaft konzipiert:

- Ausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie sowie in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie während des Universitätsstudiums
- Differenzierung der Weiterbildung zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Weiter- und Fortbildung in Psychosomatischer Grundversorgung für alle Ärzte in der Erkennung und einleitenden Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen
- Zugang für alle Arztgruppen zu einer Qualifikation in Psychotherapie mit der Möglichkeit, Patienten in ihren Fachgebieten psychotherapeutisch zu behandeln

3. Entzug des Rechts der Berufsausübung/Dienstleistungsfreiheit

Auf Antrag von Dr. Voigt (Drucksache III-03) fasst der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Europäische Kommission und das Europäische Parlament auf, durch Änderung der Richtlinie 2005/36 EG klarzustellen, dass eine Ärztin oder ein Arzt, deren oder dessen Approbation in einem Mitgliedsland widerrufen wurde, im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit nicht weiterhin in diesem Mitgliedsstaat als Ärztin oder Arzt tätig werden kann.

Begründung:

Der Bundesgerichtshof hat am 13. Oktober 2005 entschieden, dass die Befugnis eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes in Deutschland durch das Ruhen einer ihm erteilten deutschen Approbation nicht berührt wird. Ein Arzt, dessen Approbation in Deutschland widerrufen wurde, kann daher im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit weiterhin als Arzt in Deutschland tätig werden, wenn er z. B. in Belgien eine Berufserlaubnis hat. Ein Tätigkeitsverbot tritt erst dann ein, wenn er auch seine belgische Berufserlaubnis rechtskräftig verloren hat. Diese Rechtslage muss im Interesse des Patientenschutzes umgehend geändert werden.

Zu Punkt IV der Tagesordnung:
(MUSTER-)WEITERBILDUNGSORDNUNG

Dieser Tagesordnungspunkt wird ohne Beschlussfassungen behandelt.

Zu Punkt V der Tagesordnung:
ÄNDERUNG DES § 5 ABS. 1 DER SATZUNG DER
BUNDESÄRZTEKAMMER

Dieser Tagesordnungspunkt wird ohne Beschlussfassungen behandelt.

Zu Punkt VI der Tagesordnung:
ÄNDERUNG DES § 16 DER GESCHÄFTSORDNUNG DES
DEUTSCHEN ÄRZTETAGES

Dieser Tagesordnungspunkt wird ohne Beschlussfassungen behandelt.

Zu Punkt VII der Tagesordnung:
TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

Versorgungsforschung

1. *Nutzung von Synergien des IQWiG, der Versorgungsforschung der Bundesärztekammer und des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung*

Auf Antrag von Dr. Kaplan (Drucksache VII-66) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die vom letzten Deutschen Ärztetag beschlossene Investition der Bundesärztekammer in die Versorgungsforschung erfordert, dass die aus der Versorgungsforschung gewonnenen Erkenntnisse mit den Ergebnissen aus der Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) abgeglichen werden. Der Deutsche Ärztetag fordert sowohl das IQWiG als auch die von der Bundesärztekammer beauftragten Projektgruppen auf, die aus randomisierten klinischen Studien gewonnenen Ergebnisse auf ihre Relevanz für eine bedarfsgerechte, dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Patientenversorgung, zu überprüfen.

Eine der wesentlichen Aufgaben der Versorgungsforschung stellt die Analyse der Versorgungsstrukturen, der Versorgungsqualität und der Versorgungsdichte dar. Ein wichtiges Kriterium ist hierbei die Feststellung von Versorgungsdefiziten.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen befasst sich mit dem aktuellen Stand von Diagnostik und Therapie und beurteilt die Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Im Sinne einer bedarfsgerechten Patientenversorgung ist es notwendig, dass die vom IQWiG in randomisierten Studien überprüften und erstellten Versorgungsempfehlungen auf die im Rahmen der Versorgungsforschung festgestellten Versorgungsdefizite abgestimmt werden. Nur dadurch ist gewährleistet, dass Versorgungsforschung einerseits und Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie andererseits praxisingerecht im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung genutzt werden.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

1. Zum Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-01) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Rütz, Prof. Dr. Bertram, Dr. Döhmen, Frau Haus, Herr Stagge, Dr. Hammer, Dr. Schüller und Dr. Lennartz (Drucksache VII-01a) fasst der 109. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

I. Hintergrund

Medizinische Versorgung, die über den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgeht, hat es schon immer gegeben. Nach Einführung der Budgetierung 1993 und einer Veröffentlichung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über "individuelle Gesundheitsleistungen" (IGeL)* werden derartige Leistungen jedoch vermehrt von Ärztinnen und Ärzten angeboten oder von Patientinnen und Patienten nachgefragt. Grund hierfür ist insbesondere, dass die Notwendigkeit einer Behandlungsmaßnahme als Leistungsvoraussetzung unter dem Sparzwang der GKV heute tendenziell enger beurteilt wird. Zunehmend stellt sich die Frage, ob deren Leistungsumfang noch dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht.

Patientinnen und Patienten äußern jedoch den Wunsch nach der bestmöglichen Versorgung, auch soweit diese über den Leistungsumfang der GKV hinausgeht. Es kann Ärztinnen und Ärzten nicht grundsätzlich verwehrt werden, diesem Verlangen nach einer aus Sicht der Patienten wünschenswerten Behandlung Rechnung zu tragen. Das gilt auch dann, wenn Leistungen ohne Zusammenhang mit einer Heilbehandlung nachgefragt und erbracht werden. In einem zunehmend von der Ökonomie geprägten Gesundheitssystem muss es Ärztinnen und Ärzten erlaubt sein, auf eine solche Nachfrage zu reagieren und insoweit auch ökonomisch zu handeln, um ihre freiberufliche Tätigkeit und Existenz zu sichern.

Vor diesem Hintergrund lassen sich individuelle Gesundheitsleistungen unterscheiden in

- erforderliche Leistungen, die von der GKV nicht gezahlt werden,
- ärztlich empfehlenswerte Leistungen außerhalb des GKV-Systems und
- von Patientinnen und Patienten initiativ gewünschte, ärztlich vertretbare Leistungen.

* individualvertragliche Leistungen im Gegensatz zu kollektivvertraglichen Leistungen im GKV-System

II. Verhältnis zu GKV-Leistungen

Nach ihrem Verhältnis zu GKV-Leistungen kann es sich zum einen um Leistungen handeln, die aus dem Leistungsumfang der GKV ausgeschlossen sind, die sich aber im Einzelfalle als sinnvolle Diagnostik oder Therapie anbieten können. Angesichts komplexer Verfahren zur Aufnahme neuer Methoden in den Leistungsumfang der GKV und hoher, insbesondere bei seltenen Erkrankungen schwierig zu erfüllender Anforderungen an eine evidenzbasierte Aufnahmeentscheidung können bei neuen Methoden Situationen auftreten, in denen eine Behandlung außerhalb des Leistungsumfangs der GKV nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse zu empfehlen ist. Hinzu kommen empfehlenswerte ärztliche Leistungen, die wie z. B. reise- oder sportmedizinische Untersuchungen oder ein jährlicher Check-up nie zum Leistungsumfang der GKV gehört haben und auch in Zukunft kaum zum Leistungsumfang einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung zählen werden. Schließlich können Leistungen je nach Lage des einzelnen Falles vom Leistungsumfang der GKV gedeckt sein oder eine individuelle Gesundheitsleistung darstellen, letzteres beispielsweise, wenn ohne Indikation eine Diagnostik gewünscht wird, die auch nicht als Präventionsleistung zum Leistungsumfang der GKV zählt.

III. Definition

Individuelle Gesundheitsleistungen sind danach zu verstehen als ärztliche Leistungen, die

- generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der GKV unterliegen,
- aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind und
- von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht werden.

IV. Hinweise für das Erbringen individueller Gesundheitsleistungen

Jedes Angebot individueller Gesundheitsleistungen muss der hohen ärztlichen Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten Rechnung tragen, die auch bei nicht notwendigen Leistungen nicht zu Kunden werden. Nur ein seriöses Anbieten individueller Gesundheitsleistungen kann das für den Erfolg jeder Heilbehandlung unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten erhalten. Daher muss in jedem Falle den Anforderungen des Berufsrechts Rechnung getragen werden, das eine gewissenhafte Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gebietet (§ 11 Abs. 1 MBO) und es verbietet, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden (§ 11 Abs. 2 MBO). Davon ausgehend sind bei Angebot und Erbringen individueller Gesundheitsleistungen folgende Gebote zu beachten:

1. Sachliche Information

Sachliche Informationen über das jeweilige Angebot individueller Gesundheitsleistungen sind zulässig. Sie dürfen den Leistungsumfang der GKV nicht pauschal als unzureichend abwerten. Unzulässig sind marktschreierische und anpreisende Werbung und eine Koppelung sachlicher Informationen über individuelle Gesundheitsleistungen mit produktbezogener Werbung. Individuelle Gesundheitsleistungen dürfen nicht aufgedrängt werden. Gleiches gilt, wenn die Information durch das Praxispersonal erfolgt.

2. Zulässige Leistungen

Das Angebot individueller Gesundheitsleistungen muss sich beziehen auf Leistungen, die entweder notwendig oder aus ärztlicher Sicht empfehlenswert bzw. sinnvoll,

zumindest aber vertretbar sind. Es darf sich nicht um gewerbliche Dienstleistungen handeln.

3. Korrekte und transparente Indikationsstellung

Bei Leistungen, die bei entsprechender Indikation als Leistungen der GKV zu erbringen sind, besteht eine besondere Verantwortung, eine etwaige Indikation korrekt und zugleich transparent zu stellen. Das gilt insbesondere deshalb, weil oftmals keine klare Grenzziehung möglich ist und weil Patientinnen und Patienten ohne transparente Darlegung der Indikationsstellung deren Richtigkeit kaum überprüfen und nicht eigenverantwortlich über die Inanspruchnahme einer individuellen Gesundheitsleistung entscheiden können.

4. Seriöse Beratung

Jegliche Beratung im Zusammenhang mit individuellen Gesundheitsleistungen muss so erfolgen, dass die Patientin oder der Patient nicht verunsichert oder gar verängstigt wird, dass nicht zur Inanspruchnahme einer Leistung gedrängt wird und dass keine falschen Erwartungen hinsichtlich des Erfolges einer Behandlung geweckt werden.

5. Aufklärung

Die erforderliche Aufklärung richtet sich nach den für die Patientenaufklärung generell geltenden Regeln. Bei Leistungen, die nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, muss umfassend über mögliche Alternativen sowie darüber aufgeklärt werden, warum eine Behandlung mit nicht anerkannten Methoden in Betracht zu ziehen ist. Eine besondere ärztliche Darlegungslast besteht bei Leistungen, die durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind oder die aus ärztlicher Sicht nicht als empfehlenswert oder sinnvoll zu betrachten sind. Im übrigen besteht eine Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung über die zu erwartenden Behandlungskosten.

6. Angemessene Informations- und Bedenkzeit

Das Recht der Patientinnen und Patienten, eine Zweitmeinung einzuholen, muss nicht nur respektiert werden, ggf. sollten sie sogar aktiv auf diese Möglichkeit hingewiesen werden. Ebenfalls sollten sie darüber informiert werden, dass sie leistungsrechtliche Fragen ggf. mit ihrer Krankenkasse oder mit Dritten klären können. Dem Patienten und der Patientin muss vor Abschluss des Behandlungsvertrages eine der Leistung angemessene Bedenkzeit gewährt werden.

7. Schriftlicher Behandlungsvertrag

Für den Fall, dass individuelle Gesundheitsleistungen von Vertragsärzten gegenüber gesetzlich Krankenversicherten erbracht werden, schreibt der Bundesmantelvertrag einen schriftlichen Behandlungsvertrag zwingend vor. Er sollte die Leistungen anhand von Gebührenpositionen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) konkretisieren und den Steigerungssatz festlegen sowie den ausdrücklichen Hinweis enthalten, dass die Leistungen mangels Leistungspflicht der GKV privat zu honorieren sind. Ein solcher Behandlungsvertrag sollte auch in Fällen geschlossen werden, in denen er nicht zwingend vorgeschrieben ist.

8. Koppelung mit sonstigen Behandlungen

Von Ausnahmen abgesehen sollten individuelle Gesundheitsleistungen nicht in Zusammenhang mit Behandlungsmaßnahmen zu Lasten der GKV, sondern grundsätzlich davon getrennt erbracht werden.

9. Einhaltung von Gebietsgrenzen und Qualität

Ärztinnen und Ärzte müssen die Grenzen ihres jeweiligen Fachgebiets auch bei Erbringen individueller Gesundheitsleistungen beachten. Qualitätsanforderungen

der GKV sind zu beachten, wenn sie zugleich dem medizinischen Standard entsprechen.

10. GOÄ-Liquidation

Die Rechnungsstellung bezüglich individueller Gesundheitsleistungen erfolgt nach allgemeinen Regeln. Dementsprechend ist Grundlage für die Behandlungsabrechnung ausschließlich die GOÄ. Pauschale Vergütungen sind unzulässig.

2. **Individuelle Gesundheitsleistungen**

Auf Antrag von Dr. Borelli, Dr. Pilz, Herr Hesse und Dr. Reisp (Drucksache VII-25) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert das Gesundheitsministerium auf, die Anwendung von Laser- und Blitzlampengeräten am Menschen zu kurativen oder kosmetischen Anwendung eindeutig gesetzlich zu regeln (Medizinproduktegesetz, Heilpraktikergesetz, Verbraucherschutzgesetz).

Während Ärzte besondere Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben müssen (Laserschutzkurs), um Laser und Blitzlampentechnologien anwenden zu dürfen, ist dies für andere Berufsgruppen (Kosmetikerin, Heilpraktiker) im Rahmen von kosmetischen und kurativen Leistungen nicht geregelt.

Der Einsatz von Lasern und Blitzlampen kann jedoch zu unerwünschten Wirkungen, wie z. B. Hyper-, Hypopigmentierungen und Narben führen.

Die Patienten bzw. Bevölkerung muss vor unsachgemäßem und gefährlichem Gebrauch dieser neuen Technologien geschützt werden. Wer diese Geräte einsetzt, muss um die Risiken der Anwendung und notwendige Vorsichtsmaßnahmen wissen, sowie die Behandlung der unerwünschten Wirkungen beherrschen.

3. **Individuelle Gesundheits-"Positiv"-Leistungen**

Der Antrag von Dr. Hesse, Frau Dr. Borelli, Dr. Reisp und Dr. Callas (Drucksache VII-28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, eine Liste von den Leistungen zu erarbeiten, deren präventive und kurative Relevanz mit einem hohen Maß an Evidenz nachgewiesen sind und die nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss beurteilt wurden.

Begründung:

Die Ärzte kommen vermehrt in Erklärungsnotstand gegenüber den Patienten über die Notwendigkeit der Individuellen Gesundheitsleistungen, und dem Patienten fehlt das notwendige Wissen und die Transparenz über die Wertigkeit der angebotenen Leistungen.

Patientenrechte

1. **Gegen die Aushöhlung von Patientenrechten – Für den Erhalt der Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-02) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag lehnt die im Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechtes vorgesehenen Eingriffsrechte privater Krankversicherer in das Arzt-Patient-Verhältnis mit aller Entschiedenheit ab. Über die dazu vorgesehene Versorgungs- und Kostensteuerung werden der Versicherungswirtschaft Kompetenzen eingeräumt, die den Eindruck erwecken, als ob private Krankenversicherungsträger prädestiniert seien, die Interessen ihrer Versicherten im Krankheitsfall objektiv und uneigennützig zu vertreten. Der Gesetzgeber überträgt den Versicherern die Entscheidung darüber, wann Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstiger Leistungen "in einem angemessenen Verhältnis" zu den erbrachten Leistungen stehen; damit wird das Wirtschaftlichkeitsgebot in die privatärztliche Behandlung eingeführt. Es ermöglicht Versicherern weitere "zusätzliche Dienstleistungen", wie die Beratung über Leistungen und über Anbieter von Leistungen, die Beratung über die Berechtigung von Entgeltansprüchen, die Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche, die Unterstützung der versicherten Personen bei der Durchsetzung von Ansprüchen wegen fehlerhafter Erbringung der Leistungen und der sich hieraus ergebenden Folgen sowie die Direktabrechnung von Leistungen mit ihren Erbringern. Zudem soll der Versicherte bei Abtretung seiner Ansprüche gegenüber Ärzten und anderen Leistungserbringern verpflichtet werden, alle Befunde offen zu legen.

Der 109. Deutsche Ärztetag wendet sich mit Nachdruck dagegen, dass der Schutz des Patienten und des Arzt-Patient-Verhältnisses als Serviceleistungen verkappten Kostensteuerungsmaßnahmen der privaten Krankenversicherung geopfert werden soll. Trotz offenkundig ökonomischer Eigeninteressen der im Wettbewerb unter Kostendruck stehenden Versicherungswirtschaft wird suggeriert, sie könne als vermeintlich uneigennütziger Fürsprecher des Privatversicherten agieren. Das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird durch diese Gesetzesregelungen in unzumutbarer Weise eingeschränkt. Die vorgesehenen "Dienstleistungen", wie z. B. die Direktabrechnung zwischen Arzt und Versicherer implementieren das Sachleistungsprinzip in das System der privaten Krankenversicherung; zusammen mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot "durch die Hintertür" und den Kostensteuerungsmaßnahmen wird eine Angleichung der Versicherungssysteme gefördert. Unter dem Deckmantel der Unterstützung von Versicherten bei der Durchsetzung wirtschaftlicher Interessen werden Datenschutz und Schweigepflicht ausgehöhlt und weitreichende Auskunftsrechte des Versicherers gegen den Patienten sanktioniert. In einseitiger Weise werden durch die vorgesehenen Regelungen Patientenrechte untergraben und Versicherungsunternehmen bevorteilt; dies führt zur Bevormundung und Gängelung des Versicherten und zur Einschränkung der freien Arztwahl.

Der 109. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass demgegenüber eine Steuerung von Qualität und Kosten in der privaten Krankenversicherung über differenzierte Tarifangebote, über Qualitätsförderung, über eine Neuordnung der privatärztlichen Vergütung (GOÄ) gemeinsam mit der Ärzteschaft sowie die Nutzung gesetzlich etablierter Institutionen bei der Beratung oder Rechnungsprüfung im Sinne des Patientenschutzes der geeignetere Weg ist.

2. Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung (Female Genitale Mutilation)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-09) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag 2006 unterstützt eindringlich die nationalen und internationalen Initiativen zur Ächtung und Verhinderung der weiblichen Genitalverstümmelung (FGM). Die Delegierten begrüßen die "Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen mit weiblicher Genitalverstümmelung" des Vorstandes der Bundesärztekammer, die inzwischen im Rahmen der Bundespressekonferenz gemeinsam mit den Ministerinnen Frau Schmidt und Frau Prof. Böhmer der Öffentlichkeit vorgestellt wurden (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 5, Seite A 285-287).

Da vermehrt Immigrantinnen mit der so genannten "Beschneidung" in Deutschland leben, fordert der 109. Deutsche Ärztetag alle medizinischen Fakultäten auf, die Problematik in die Ausbildung der Studierenden zu integrieren. Darüber hinaus müssen das Thema und die Empfehlungen als fester Bestandteil in die Weiterbildungsordnung sowie in die ärztliche Fortbildung übernommen werden.

3. *Unzureichende medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-11) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag begrüÙt ausdrücklich, dass die Regierungsparteien in ihrem Koalitionsvertrag von 2005 einen Prüfauftrag für den Bereich "Illegalität" festgeschrieben haben und damit das Problem der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus explizit zur Kenntnis nehmen. Die politisch Verantwortlichen in Parlament und Regierung werden in diesem Zusammenhang aufgefordert, für praktikable Lösungen zu sorgen, die diesen Menschen ermöglichen, ihre unveräuÙerlichen Menschenrechte – hier das Recht auf medizinische Grundversorgung – auch tatsächlich wahrzunehmen.

Folgendes ist bei der medizinischen Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus vordringlich zu berücksichtigen:

1. Die Meldepflicht nach § 87 AufenthG für öffentliche Stellen (öffentliche Krankenhäuser, Sozialämter u. ä.) an die Ausländerbehörde muss im Falle ärztlicher Behandlung aufgehoben werden.
2. Die ärztliche Schweigepflicht darf nicht auf dem Umweg über administrative Stellen (Krankenhausverwaltung, Sozialamt) unterlaufen werden.
3. Die medizinische Hilfe durch Ärzte und medizinisches Personal darf nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zur illegalen Einreise und zum illegalen Aufenthalt (§ 96 AufenthG) fallen.
4. Die Finanzierung auch von teuren Behandlungskosten muss gewährleistet sein.

In Deutschland leben 500 000 bis 1 Million Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus. Ihre medizinische Versorgung findet in einer rechtlichen und politischen Grauzone statt, die so nicht akzeptabel ist. Ärztinnen und Ärzte sind im Alltag mit zahlreichen konkreten Gesundheitsproblemen dieser Patienten konfrontiert. Die vorgenannten Forderungen werden wie folgt begründet:

ad 1. Die Meldepflicht von öffentlichen Stellen an die Ausländerbehörde führt in der Regel zur Abschiebung. Aus Angst vor Abschiebung werden Ärzte oder Krankenhäuser von den betroffenen Migranten deshalb zu spät oder gar nicht aufgesucht. Das kann bei Krankheiten, die anfangs noch gut zu behandeln wären, zu schweren Komplikationen, chronischen Verlaufsformen oder sogar zum Tod führen.

Außerdem sind durch ansteckende Krankheiten wie Tbc, Aids, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten o. ä. nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren Umgebung gefährdet. Hier wird von staatlicher Stelle die notwendige Fürsorge für die Gesundheit der Allgemeinheit ordnungspolitischen Maßnahmen untergeordnet. Es muss für kranke Migranten ohne Aufenthaltsstatus leicht erkennbar sein, dass sie im Fall einer Erkrankung medizinische Hilfe in Anspruch nehmen können, ohne aufenthaltsrechtliche Konsequenzen zu befürchten.

ad 2. Die ärztliche Schweigepflicht ist ein unverzichtbarer Bestandteil ärztlicher Tätigkeit und muss auch bei Menschen ohne Aufenthaltsstatus gewährleistet sein.

ad 3. Auch Ermittlungsverfahren gegen Ärzte sind in diesem Zusammenhang nicht zu akzeptieren. Sie widersprechen der in einem Rechtsstaat zu erwartenden Rechtssicherheit.

ad 4. Die Finanzierung der Behandlungskosten für Menschen in Deutschland ohne Krankenversicherung – nicht nur Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus – stellen ein zunehmendes Problem dar. Sie sind auf Dauer nicht mit kostenloser Hilfe einzelner Ärzte oder Kliniken zu erbringen. Die Kostenübernahme durch die Sozialämter ist wegen der Konsequenz der Abschiebung für die Migranten ohne Papiere in der Realität keine Lösung. Der Staat ist aufgefordert, zusammen mit Ärzten, Krankenhäusern, Sozialkassen und den mit der Migration befassten Institutionen möglichst bald zu menschenwürdigen Lösungen zu kommen.

Begründung:

Der vorgelegte Entschließungsantrag soll deutlich machen, dass es dringend zu einer praktikablen Lösung der Probleme bei der medizinischen Versorgung von hier lebenden Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus kommen muss. Er soll die vielfältige ärztliche Argumentation für den Prüfauftrag der Großen Koalition zum Bereich "Illegalität" unterstützen. Das "Zeitfenster" für die Prüfung bis zum Spätsommer 2006 muss genutzt werden. Die Ärzteschaft ist bereit, sich mit ihren spezifischen Erfahrungen in die Lösungssuche einzubringen.

4. Vergabe von Brechmitteln

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-12) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag 2002 hatte sich in zwei Entschließungen zur Vergabe von Brechmitteln/Sicherung von Beweismitteln (Drucksache VI-34 und Drucksache VI-2 des 105. Deutschen Ärztetages) geäußert. Diese beiden Entschließungen sind nicht völlig widerspruchsfrei.

Der 109. Deutsche Ärztetag weist daher zu Klarstellung darauf hin, dass die Vergabe von Brechmitteln an verdächtige Drogendealer zum Zwecke der Beweismittelsicherung ohne Zustimmung des Betroffenen ärztlich nicht zu vertreten ist. Das gewaltsame Einbringen von Brechmitteln mittels einer Magensonde stellt ein nicht unerhebliches gesundheitliches Risiko dar.

Ebenso ist die gewaltsame Verabreichung von Bittersaft oder ähnlichen Substanzen mit ärztlichen Handeln nicht vereinbar.

Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht gezwungen werden, direkt oder indirekt an derartigen Maßnahmen mitzuwirken bzw. sie zu ermöglichen.

Begründung:

Nach § 81 a der Strafprozessordnung können Entnahmen von Blutproben und andere körperliche Eingriffe nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, sie sind aber nur dann "ohne den Willen des Beschuldigten zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten ist".

In der UN-Resolution vom 18. Dezember 1982 heißt es im Grundsatz: "Es verstößt gegen die ärztliche Ethik, wenn medizinisches Personal, insbesondere Ärzte, sich mit Gefangenen oder Häftlingen in einer Weise beruflich befassen, die nicht einzig und allein den Zweck hat, ihre körperliche und geistige Gesundheit zu beurteilen, zu schützen oder zu verbessern."

5. *Female Genital Mutilizing (FGM) in der Bundesrepublik*

Der Antrag von Frau Dr. Schulenberg (Drucksache VII-34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer spricht sich dagegen aus, dass Töchter von Migrantinnen bei der Schuleingangsuntersuchung speziell hinsichtlich einer durchgeführten FGM untersucht werden.

Begründung:

Um den Straftatbestand einer in Deutschland oder während des Aufenthalts in Deutschland durchgeführten FGM bei Töchtern von Asylbewerberfamilien aufzudecken, planen einige Landesregierungen ein Gesetz, das eine Untersuchung dieser Mädchen zu diesem Zweck zulassen soll. Dieses bedeutet eine Diskriminierung und kann nur zur Folge haben, dass diese Mädchen nicht mehr zur Schuleingangsuntersuchung gelangen.

6. *Keine inhumanen Praktiken bei Abschiebungen*

Auf Antrag von Frau Dr. Mieke (Drucksache VII-48) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die verantwortlichen Legislativ- und Exekutivorgane werden aufgefordert, durch angemessene Regelungen dazu beizutragen, dass inhumane Praktiken bei der Abschiebung verhindert werden.

Es kann nicht sein, dass in zunehmendem Maße in inhumanen Nacht- und Nebel-Aktionen gerade jene der hier geduldeten Menschen abgeführt und abgeschoben werden, die nachweislich Integration leben und geforderte Integrationsleistungen erbringen (wie z. B. Sozialversicherungsbeiträge erwirtschaften oder hier geborene deutschsprachige Kinder, die bereits in Kindergärten und Schulen gut integriert sind).

7. *Gesundheitliche Belastungen von Kindern ohne deutschen Pass*

Der Antrag von Frau Dr. Schulenberg, Frau Dr. Rothe-Kirchberger, Dr. Gloning und Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache VII-78) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Um gesundheitlichen Schäden vorzubeugen, dürfen Kinder ohne deutschen Pass (z. B. von Migranten und Asylsuchenden) keine schlechteren Lebensbedingungen als Kinder mit deutschem Pass zugemutet werden. Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention zurückzunehmen.

Begründung:

Das Kindeswohl ist erheblich gefährdet durch tägliche Belastungen infolge Unterbringung in beengten Gemeinschaftsunterkünften, Dauerstress durch "Kettenduldungen" ohne Zukunftsperspektive, Polizeieinsätze, Asylmündigkeit ab 16 Jahren und Abschiebung mit 18 Jahren.

Disease-Management-Programme (DMP)

1. *Disease-Management-Programme*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-03) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Nachdem Mitte 2002 die ersten Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V in Kraft getreten waren, liegen mittlerweile höchst unterschiedliche Einschätzungen zum Erfolg der DMPs vor. Von Politik und Vertragsbeteiligten wurde eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Patienten gelobt und ungeachtet der Ermangelung valider Vergleichsdaten und Langzeitergebnisse auch als nunmehr ausreichend bewiesen deklariert.

Diesen optimistischen Einschätzungen standen und stehen jedoch viele kritische Erfahrungen gegenüber:

- Versäumnis einer Pilotierung von DMPs vor der flächendeckenden Einführung und damit auch Versäumnis eines methodisch belastbaren Vergleichs zwischen Regelversorgung und DMPs,
- Bewertung der medizinischen DMP-Effekte vor allem auf Basis kurzfristiger Surrogatparameter, nicht jedoch von Langzeitfolgen, die bei chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus entscheidend wären. Vorgeschriebene Löschrfristen personenbezogener DMP-Daten behindern dies aber schon im Ansatz,
- technische und organisatorische Schwierigkeiten bei der Steuerung der Programme, die zu einer enormen Steigerung der Bürokratie und damit zu einer massiven Zusatzbelastung der Ärztinnen und Ärzte geführt haben,
- unzureichend funktionierende Feedbacksysteme für den Behandlungsverlauf, was zur Demotivation für ein Engagement in den DMPs bei den Ärztinnen und Ärzten führte,
- starre Fixierung der einzelnen Programme auf einzelne Krankheitsbilder ohne Berücksichtigung von Überschneidungen bei häufig multimorbiden Patienten,

- unveränderte Koppelung der DMPs an den Risikostrukturausgleich der Kassen, dessen monetärer Umverteilungsmechanismus fortlaufend Fehlanreize für die Versorgungsgestaltung liefert.

Die Bundesärztekammer beurteilt die Strategie einer strukturierten Versorgung insbesondere chronisch kranker Patienten grundsätzlich positiv. Der sektorenübergreifende Ansatz sowie die systematische Berücksichtigung aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse können die individuelle Betreuung der Patienten sinnvoll unterstützen. Die Bundesärztekammer leistet durch das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien einen entsprechenden Beitrag für eine auf Leitlinien gestützte, patientenzentrierte Versorgung mit breitem fachlichen Konsens. Angesichts der genannten Schwächen der bestehenden DMPs besteht für den nach Sozialrecht zuständigen Verordnungsgeber weiterhin Handlungsbedarf. Der Deutsche Ärztetag fordert daher die Berücksichtigung folgender Eckpunkte zur Verbesserung der Strukturierten Behandlungsprogramme:

- Anpassung der bestehenden DMPs an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Hinblick auf Multimorbidität und Lebensalter,
- weitere Reduzierung der Dokumentationsanforderungen,
- zügige Auswertung und Rückmeldung von Behandlungsdaten an die Ärztinnen und Ärzte,
- Berücksichtigung von Langzeitergebnissen bei der wissenschaftlichen Auswertung der DMPs,
- fairer Vergleich der Wirksamkeit von DMPs mit der Regelversorgung,
- sorgfältige Prüfung der Programme durch das zuständige Bundesversicherungssamt im Rahmen des gesetzlichen Evaluationsauftrags,
- Entkoppelung der DMPs vom Risikostrukturausgleich der Krankenkassen zur Senkung der durch die Umverteilung resultierenden Verwaltungskosten und der fehlsteuernden Wirkung bei der Einschreibung von Patienten,
- Entwicklung neuer DMPs erst nach methodisch valider Feststellung von Versorgungsdefiziten und anschließender Pilotierung.

Pflege

1. Sicherung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-04) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Anlässlich eines der kommenden Deutschen Ärztetage wird ein Tagesordnungspunkt das Thema:

"Sicherung einer umfassenden Versorgung pflegebedürftiger Menschen – Bestandsaufnahme und Verbesserung ihrer Betreuungssituation in medizinischer, pflegerischer und sozialer Hinsicht" behandeln.

Angesichts der stetig steigenden Zahl zu pflegender alter, schwerkranker und demen- ter Patientinnen und Patienten soll dieser Tagesordnungspunkt zeitnah aufge- griffen werden.

Begründung:

Dank des medizinischen Fortschrittes steigt die Lebenserwartung unserer Bevölke- rung stetig an. Hierdurch erhöht sich aber auch kontinuierlich die Zahl derjenigen kranken Kinder und alten Menschen, der Multimorbiden, Schwerstbehinderten und Dementen, die ständig auf Pflege und Betreuung angewiesen sind. 650 000 Men- schen leben derzeit in Deutschland in Pflegeheimen, eine weitaus größere Zahl wird von Angehörigen und Pflegediensten zuhause betreut, darunter etwa 1 Mio. demen- te Patientinnen und Patienten.

Betroffene klagen immer wieder über eine angeblich unzureichende ärztliche, pfl- egerische wie soziale Versorgung. Dies resultiere vor allem aus einer mangelhaften Finanzierung von Pflegeheimen und häuslichen Pflegekräften, aus einer in bestimm- ten Regionen weg brechenden ärztlichen Versorgung und als Folge eines Mangels an qualifizierten Pflegekräften. Neben einer großen Anzahl von Initiativen und Orga- nisationen, die sich bereits mit dem Problemkomplex befassen, greift auch die Deutsche Ärzteschaft dies auf. Denn es ist Teil des ärztlichen Selbstverständnisses, unseren Patientinnen und Patienten durch Prävention und Früherkennung ein mög- lichst gesundes Alter und bei Pflegebedürftigkeit und schwerer Krankheit eine hochwertige Versorgung zu ermöglichen.

Dies umfasst neben professioneller ärztlicher Tätigkeit auch die optimale Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer beteiligten Gesundheitsberufe sowie Information der und Intervention in der Politik.

2. *Situation von pflegebedürftigen Menschen in Deutschland*

Auf Antrag von Dr. Albrecht (Drucksache VII-39) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Die Situation alter und pflegebedürftiger Menschen wird in Deutschland dem An- spruch auf ein Leben in Würde vielfach nicht gerecht. Es handelt sich bei ihnen im- merhin um ca. 2 Millionen Menschen, Tendenz steigend. Es ist eine verletzte Personengruppe, die ihre Interessen nicht selbst vertreten kann.

Aufgrund des Berichtes, den die Bundesregierung dem UN-Ausschuss über wirt- schaftliche, soziale und kulturelle Rechte vorgelegt hat, wurde sie – zuletzt 2001 – aufgefordert, durch Sofortmaßnahmen bestehende Defizite zu beheben. Diese Defi- zite betrafen die Rechte auf Gesundheit, auf soziale Sicherheit und auf einen ange- messenen Lebensstandard. Aber trotz völkerrechtlicher Verpflichtungen auf UN- und europäischer Ebene und trotz zahlreicher Publikationen innerhalb und außer- halb der medizinischen Fachpresse scheint die Dringlichkeit, hier Lösungen finden zu müssen, im politischen Bewusstsein nicht hinreichend verankert. Auch aus dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD 2005 geht nicht hervor, welchen Stellen- wert dieses Problem auf der Rangliste der Politiker einnimmt.

Die Wahrung der Menschenrechte gerade bei diesem Personenkreis hat jedoch auch, eine präventive Funktion. Nicht zuletzt deswegen ist es ein wichtiges Motiv für Ärzte, sich hier zu engagieren.

Im Einzelnen ist zu fordern:

- Die Schaffung einer wirksamen Kontrolle als Voraussetzung für mehr Transparenz
 - Kontrollbegehungen sollen künftig häufiger und ohne Voranmeldung erfolgen, Berichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wie der Heimaufsicht müssen öffentlich zugänglich sein.
- Ein sinnvoller Rückbau der Bürokratie
 - Hier wird von Fachleuten aus dem Arbeitskreis "Klinische Geriatrie" der Ärztekammer Berlin ein Drittel der jetzt für Dokumentationen verwendeten Zeit für ausreichend gehalten, ohne dass die erforderliche Kontrolle Schaden nähme.
- Eine ausgereifte Qualitätssicherung der Pflege
 - Es gibt bislang keinen allgemeinverbindlichen Standard für die Grundversorgung. Die Arbeit des so genannten "Runder Tisch Pflege" sollte fortgesetzt werden, für alle wesentlichen Bereiche der Pflege sind Leitlinien anzustreben. Bei Verstößen und Mängeln sind gegenüber dem Träger ordnungsrechtliche Maßnahmen zu ergreifen.
- Befriedigende Arbeitsbedingungen sowie Möglichkeiten zu Fort- und Weiterbildung für das Pflegepersonal.
- Bundesweiter Ausbau von Beratungs- und Beschwerdestellen auf kommunaler Ebene. Stärkung der Rechtsposition alter und/oder pflegebedürftiger Menschen.
 - Sie sind in den Kreis derer einzubeziehen, für die das Antidiskriminierungsgesetz erarbeitet wird; dazu gehört auch, dass eine wirkliche Wahlmöglichkeit besteht zwischen der Unterbringung in einem Ein- oder Mehrbettzimmer. Das setzt immerhin eine ausreichende Bereitstellung von Einbettzimmern voraus.
- Die Förderung von alternativen Wohn- und Betreuungsangeboten
 - wie jetzt schon im Koalitionsvertrag vorgesehen, einstweilen aber nicht einmal überall bekannt; dazu gehört die Anpassung der starren Regeln der Heimaufsicht an diese Wohnformen und die Verabschiedung vom Leitbild "Klinik".

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, bei den politisch Verantwortlichen darauf zu dringen, dass diese Forderungen erfüllt werden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird weiterhin aufgefordert, das Thema "Situation pflegebedürftiger Menschen" auf die Tagesordnung einer der nächsten Ärztetage zu nehmen.

Ärztestreik

1. **Solidarität mit streikenden Ärzten**

Auf Antrag von Dr. Crusius, Dr. K. Schulze, Dr. Schimanke, Frau Dr. Frenz und Frau Dr. Pinnow (Drucksache VII-72) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag solidarisiert sich mit den streikenden Universitätsärzten und wendet sich gegen die streikablehnende Haltung der Finanzministerien der Länder, ärztlichen Directorate und Personaldezernate der Kliniken.

2. **Ärztestreiks**

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Dr. Mitrenga, Dr. Emminger, Frau Dr. Gitter, Dr. Ungemach, Dr. Wolter und Herrn R. Henke (Drucksache VII-74) fasst der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag stellt fest: Der Marburger Bund ist die einzig legitimierte Gewerkschaft der Krankenhausärztinnen und -ärzte. Dies belegt die Stellungnahme des renommierten Arbeitsrechtlers Prof. Löwisch, Freiburg:

"Die von der Tarifgemeinschaft deutscher Länder vertretene Auffassung, eine Fortsetzung des Ärztestreiks durch den Marburger Bund sei wegen des mit ver.di geschlossenen Tarifvertrags für den gesamten öffentlichen Dienst der Länder unzulässig, ist falsch. Der Marburger Bund ist eine tariffähige Gewerkschaft. Ihm kommt nach Artikel 9 Absatz 3 des Grundgesetzes Tarifautonomie zu. Damit hat er das Recht, für seine Mitglieder diejenigen Arbeitsbedingungen zu vereinbaren und notfalls zu erkämpfen, die er für richtig hält.

Der vom Bundesarbeitsgericht entwickelte Grundsatz der sogenannten Tarifeinheit kann daran nichts ändern. Dieser Grundsatz betrifft nur die Frage, wie zu verfahren ist, wenn in einem Betrieb mehrere Tarifverträge gelten. Er suspendiert nach im Einzelnen komplizierten Regeln, die vor allem auf die größere Zahl abstellen, die Anwendung des einen oder des anderen Tarifvertrags, lässt aber, wie es der frühere Präsident des Bundesarbeitsgerichts, Kassel, in seinem Leitfaden des Arbeitskampfrechts ausdrückt, "die Existenz der konkurrierenden Tarifverträge unangetastet". Das hat zur Konsequenz, dass solche Tarifverträge auch vereinbart und notfalls erstreikt werden können. Die Frage der Tarifkonkurrenz kann erst nach Zustandekommen der Tarifverträge gelöst werden und nicht präventiv. Dementsprechend hat das Hessische Landesarbeitsgericht in dem parallelen Fall des vor einigen Jahren geführten Streiks der Gewerkschaft der Lokomotivführer entschieden, dass "das Recht einer Berufsgewerkschaft, einen Spartentarifvertrag zu erstreiken, aus der grundgesetzlich garantierten Koalitionsfreiheit folgt und nicht unter Berufung auf den Grundsatz der Tarifeinheit eingeschränkt werden kann" (Hess. LAG 2. Mai 2003, AZ: 9 Sa Ga 638/03).

Davon abgesehen greift der Grundsatz der Tarifeinheit im Falle des Ärztestreiks jedenfalls für die Universitätskliniken Baden-Württembergs überhaupt nicht. Ärzte auf der einen Seite und Pflege- und Verwaltungspersonal auf der anderen Seite haben hier verschiedene Arbeitgeber, die Ärzte das Land und das Pflege- und Verwaltungspersonal die Universitätsklinika selbst. Für letztere sind eigene Tarifverträge geschlossen worden. Deshalb lassen sich bei der Frage, welcher Tarifvertrag sich in der Konkurrenz durchsetzen würde, nur die bei ver.di organisierten Ärzte den im Marburger Bund organisierten Ärzten gegenüberstellen. Das aber sind verschwindend wenige.

Dass ver.di und die Tarifgemeinschaft deutscher Länder möglichst nur ein einheitliches, für alle Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes geltendes Tarifwerk haben und deshalb Berufsgewerkschaften wie den Marburger Bund ausgrenzen möchten, ist verständlich. Mit dem Grundrecht der Koalitionsfreiheit lässt sich diese Vorstellung aber nicht vereinbaren. Wenn Artikel 9 Abs. 3 Grundgesetz das Recht, zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen Vereinigungen zu bilden, für jedermann und "für alle Berufe" gewährleistet, sieht er das Berufsver-

bandsprinzip sogar ausdrücklich als eine mögliche Form der Gewerkschaftsbildung an."

3. *Ärztestreiks*

Auf Antrag von Dr. Lindhorst, Dr. Köhne, Dr. Scholz, Dr. M. Schulze und Dr. Reuther (Drucksache VII-87) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitgeber auf, Repressalien gegen Streik vorbereitende und/oder streikende Ärzte zu unterlassen. Nachgeordnete und leitende Ärzte werden unter Druck gesetzt durch Bedrohung mit Kündigung, Nichtvertragsverlängerung etc. (z. B. Ulm, Heidelberg, Tübingen, Freiburg, Aachen).

Gleichzeitig verurteilt der 109. Deutsche Ärztetag das Verhalten von leitenden und auch nachgeordneten Ärzten, die Streiks zu unterlaufen. Sie zeigen, dass sie ihren persönlichen Vorteil wichtiger als das Wohl der Berufsgruppe ansehen.

Der 109. Deutsche Ärztetag erinnert die ärztlichen Direktoren daran, dass sie der Berufsgruppe der Ärzte angehören. Sie sollten sich deshalb aktiv unterstützend zeigen, statt Streiks niederzuschlagen.

4. *Streik der Krankenhausärzte*

Auf Antrag von Dr. M. Schulze, Dr. Reuther, PD Dr. Benninger und Dr. Montgomery (Drucksache VII-60neu) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag ruft zur finanziellen Unterstützung in Not geratener Krankenhausärzte auf. Der Marburger Bund hat hierzu ein Spendenkonto eingerichtet. Spendenbescheinigungen können nicht erstellt werden.

Marburger Bund Stiftung
Stichwort "Streikunterstützung"
Kto.-Nr.: 000 27 97 259
Blz.: 370 606 15
Apo Bank Köln

Pandemie/Katastrophenschutz

1. *Konsequente Vorbereitung auf eine potentielle Influenza-Pandemie ist eine gesamtstaatliche Aufgabe*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-05) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Bunte, Dr. Schüller, Frau Dr. Gitter, Frau Dr. Groß, Dr. Ungemach, Dr. Josten und Dr. Mayer (Drucksache VII-67) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Vogelgrippe Influenza A/H5N1 grassiert in Vogelbeständen seit 1997 weit entfernt von Deutschland im asiatischen Raum. Die Bevölkerung in Deutschland fühlte sich lange auf Grund der Entfernung sicher. Doch seit Mitte 2005 breitete sich die Vogelgrippe unter Wildvögeln innerhalb weniger Monate bis nach Skandinavien aus. Anfang April 2006 wurde die Vogelgrippe A/H5N1 erstmalig im deutschen Nutztier-

bestand nachgewiesen – die Bedrohung durch einen solchen Erreger ist real. Aufgabe muss es sein, Hysterie zu dämpfen und besonnen antiepidemische Maßnahmen für den Ernstfall vorzubereiten. Bisher gilt die Vogelgrippe als Tierseuche. Nur nach intensivem Kontakt mit infiziertem Geflügel ist es – vorrangig in asiatischen Ländern – in Einzelfällen zu einer Übertragung von Geflügel auf den Menschen gekommen. Aktuelle WHO-Angaben verzeichnen weltweit bisher etwa 180 Erkrankungsfälle. Um von Mensch zu Mensch übertragbar zu sein, muss das Vogelgrippevirus A/H5N1 oder ein anderer Subtyp genetisch so mutieren, dass es die dafür erforderlichen pathogenetischen Eigenschaften erlangt. Dieser Prozess – sollte er stattfinden – ist vom Menschen nicht beeinflussbar. Auf eines kann aber prophylaktisch Einfluss genommen werden: auf die Ausbreitung des Infektionsgeschehens und die Minderung der Auswirkungen. Deshalb wurden der Nationale Pandemieplan (Teile I – III) auf Bundesebene und – derzeit im Aufbau – entsprechende Umsetzungen auf regionaler Ebene bis in Krankenhäuser und Arztpraxen hinein erarbeitet.

Eine Influenzapandemie, die von einem hochvirulenten Subtyp des H5N1 Vogelgrippevirus verursacht wird und gegen den in der Bevölkerung keinerlei Immunität besteht, stellt eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten innerhalb des Gesundheitssystems dar.

Die deutsche Ärzteschaft ist bereit, ihren Beitrag zur Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie zu leisten. So hat die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Mitwirkung einer Experten-Arbeitsgruppe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft die Positionierung der Ärzteschaft "Saisonale Influenza, Vogelgrippe und potentielle Influenzapandemie – Empfehlungen zum Einsatz insbesondere von antiviralen Arzneimitteln und Impfungen" am 9. Dezember 2005 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Ferner hat die Bundesärztekammer ein Koordinierungsgremium mit den Pandemiebeauftragten der Landesärztekammern gebildet, um die zahlreichen Aktivitäten auf Bundes- und Landesebene aufeinander abzustimmen. Die Ärztekammern einschließlich der Bundesärztekammer geben ihren ärztlichen Sachverstand in die Erarbeitung von Pandemieplänen und deren Umsetzung ein und stehen dabei in einem konstruktivem Dialog mit Vertretern von Bund, Ländern, Kommunen und deren zuständigen Behörden. Die Ärztekammern führen Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte durch und erarbeiten einen bundeseinheitlichen Fortbildungskatalog. Zahlreiche Informationen und Hinweise in den Ärzteblättern sollen niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte dabei unterstützen, sich auf der Grundlage aktuellen Wissens und eingehender Kenntnisse für ihr Personal und den ihnen anvertrauten Patienten einsetzen zu können.

Der 109. Deutsche Ärztetag stellt daher fest:

- Bund und Länder sind aufgerufen, ihre staatliche Verpflichtung zur Daseinsfürsorge für die Bevölkerung nach Art. 2 des Grundgesetzes zu übernehmen und sich umfassend auf eine potentielle Influenzapandemie vorzubereiten. Hierzu gehört vor allem eine konsequente Vorgehensweise zur Bevorratung und Vergabe von antiviralen Arzneimitteln zu therapeutischen und/oder prophylaktischen Zwecken und eine zeitadäquate Verfügbarkeit von wirksamen Pandemieimpfstoffen für die Bevölkerung. Dies hat im Interesse der gesamten Bevölkerung zu erfolgen. Eine bundeseinheitliche Anwendungsstrategie von Arzneimitteln ist auch die notwendige Voraussetzung für eine überzeugende Außenvertretung der Bundesrepublik in internationalen Fachgremien, wie in der Europäischen Union oder in der Weltgesundheitsorganisation, mit dem Ziel, eine wirksame Pandemieeindämmung vereinbaren zu können.

- Im nationalen Rahmen beabsichtigen Bund und Länder – wie auch im Nationalen Pandemieplan Teil I festgelegt – die Pandemie weitestgehend im Rahmen der Regelversorgung zu bekämpfen, um nicht den Katastrophenfall ausrufen zu müssen. Zu konkreten Planungsmaßnahmen im Rahmen der Regelversorgung stehen aber noch viele Zuständigkeits- und haftungsrechtliche Fragen sowie auch die Frage der Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen offen. Hier muss dringend Klärung durch konsequente Aufgabenwahrnehmung herbeigeführt werden.
- Ziel muss sein, dass der Nationale Pandemieplan mit Festlegungen der Verantwortlichkeiten bis in den kommunalen Bereich hinein ausdifferenziert wird. Aufgrund des föderalen Aufbaus der Bundesrepublik ist eine Abstimmung und eine klare Festlegung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von Bund und Ländern unabdingbar. Für Aufgabenbereiche, für die keine Bundeskompetenz besteht, aber von der Sache her ein einheitliches Handeln zur flächendeckenden gleichmäßigen Gesundheitsversorgung geboten ist, muss zumindest eine funktionierende Koordinierungsstelle mit Entscheidungsbefugnis gemeinsam von Bund und Ländern eingerichtet werden. Diese könnte ggf. die Bund-Länder-Arbeitsgruppe oder die beim Bundesministerium des Inneren eingerichtete Bund-Länder-Koordinierungsgruppe sein.
- Darüber hinaus muss es Aufgabe sein, die internationale Kooperation zu verbessern und eine enge Zusammenarbeit insbesondere mit den direkten Nachbarn Europas aufzubauen, denn eine Pandemie hört nicht an den Grenzen eines Landes oder auch eines Kontinents auf. Mit der Wahrnehmung dieser Außenvertretung fällt dem Bund eine besondere Verantwortung zu.
- Ärztinnen und Ärzte erkennen die Aufgabe, ihren Beitrag zur Vorbereitung auf eine Pandemie zu leisten und Verantwortung für ihr Personal und den ihnen anvertrauten Patienten zu übernehmen.
- Ärztinnen und Ärzte nehmen ihre Aufgaben bei dieser Vorbereitung wahr, erwarten aber auch eine präzise Aufgabenabgrenzung zu den anderen Beteiligten auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.
- Ärztinnen und Ärzte setzen sich für eine hohe Beteiligung an den empfohlenen Impfungen, insbesondere an der (saisonalen) Gripeschutzimpfung sowohl beim medizinischen Personal als auch bei Ihren Patienten ein.
- Ärztekammern führen Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte durch und informieren die Bevölkerung.
- Bund, Länder und Kommunen werden aufgefordert, ihre Aufgaben im Rahmen der nationalen Pandemieplanung unter Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte wahrzunehmen.
- Organisierte "Nicht"-Verantwortlichkeit muss bei der Pandemievorsorgeplanung unbedingt vermieden werden.

2. *Mangelnde Katastrophenvorsorge*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-08) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Josten, Frau Dr. Gitter, Prof. Dr. Knichwitz und

Frau Dr. Bunte (Drucksache VII-08a) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Vor dem Hintergrund der Bedrohung der Bevölkerung durch Katastrophen fordert der Deutsche Ärztetag die Verantwortlichen aller Ebenen in Bund und Ländern, unter Einbeziehung der weiteren zuständigen Behörden und Organisationen auf, Grundlagen zu schaffen, dass die Umsetzung der "Neuen Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland"¹, Beschluss der Ständigen Konferenz der Innenminister und –senatoren der Länder 2002, gewährleistet ist.

Maßnahmepläne und Umsetzungsstrategien, die eine reibungslose und erfolgreiche Schadensbekämpfung durch ein effizientes Zusammenwirken aller betroffenen Stellen (horizontale und vertikale Ebenen) sichern sollen, müssen beispielsweise vor dem Hintergrund der aktuellen Erfahrungen der Überschwemmungen und der Bedrohung durch die Vogelgrippe auf den Prüfstand gestellt werden.

Der besonderen Herausforderung der Kommunikation und Arbeit an den Schnittstellen ist durch geeignete Maßnahmen jenseits von schriftlichen An- und Verordnungen zu begegnen. Dies muss auf und von allen politischen, administrativen und operativen Ebenen verfolgt werden. "Nicht leistbare Vorsorgeziele" sind der Bevölkerung offen zu benennen (Beispiel: Diskussion Krankenhausbettenvorhaltung).

Die Diagnosis-Related-Groups (DRGs) führen zu Personal- und Bettenabbau in den vorhandenen Krankenhäusern und zur Schließung von Krankenhäusern. Sie sichern nicht die Finanzierung von Vorhaltekosten für Großschadensfälle und Katastrophen. Die Reservelazarett-Organisation der Bundeswehr ist weitgehend aufgelöst, gleiches gilt für die Vorsorge im Zivilschutz.

3. *Patientenversorgung in Deutschland "Pandemieplanung"*

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Dr. Hesse, Dr. Reisp und Prof. Dr. Kunze (Drucksache VII-27) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu erstellen, damit der Staat die Kosten für die Umsetzung der Pandemiepläne und die Behandlung der Patienten übernimmt. Der ärztliche Sachverstand ist bei der Pandemieplanung unabdingbar. In Zeiten gedeckelter Budgets müssen die Kosten für die Prävention einer Pandemie und die Behandlung der Patienten im Rahmen einer Pandemie vom Staat übernommen werden.

Telematik

1. *Keine Einführung einer unsicheren und nicht funktionsfähigen elektronischen Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur!*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-06) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Gitter (Drucksache VII-06a) sowie Frau Dr. Groß, Dr. Berson und Frau Künanz (Drucksache VII-06b) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

¹ Download: <http://www.bbk.bund.de> (Suchfunktion: WissenschaftsForum, Band 4)

Der Zeitdruck bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte darf nicht dazu führen, dass wichtige Forderungen der Ärzteschaft nach einer sicheren und funktionsfähigen Telematik im Gesundheitswesen vernachlässigt werden.

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt daher die bereits im Vorjahr formulierten unabdingbaren Voraussetzungen für das Gelingen von Telematik im Gesundheitswesen:

- Schaffung eines rechtlich, organisatorisch und technologisch vertrauenswürdigen Rahmens bei der Nutzung von Telematik.
- Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt, so dass sich Patienten auch weiterhin vertrauensvoll dem Arzt offenbaren und auch künftig entscheiden können, welche Daten welchen dritten Personen zugänglich gemacht werden.
- Entwicklung einer bedienerfreundlichen und für Patienten und Ärzte durchschaubaren Technik, die den Schutz der hochsensiblen Gesundheitsdaten aktiv unterstützt und in keinem Fall die Sicherheit der Patienten gefährdet.
- Angemessene Vergütung der erheblichen finanziellen und organisatorischen Aufwendungen der Ärzte und Leistungserbringer und der Nachweis, dass der Nutzen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte langfristig die Kosten übersteigt und die erzielten Einsparungen der Patientenversorgung zugute kommen.
- Wissenschaftliche Begleitung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, um frühzeitig auf negative Entwicklungen aufmerksam zu werden und Fehlentwicklungen korrigieren zu können. Bei der wissenschaftlichen Evaluation muss auch untersucht werden, in welchem Maße die Arzt-Patienten-Beziehung durch den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte beeinflusst wird.
- Anpassung der unrealistischen und kontraproduktiven Zeitplanung, da die Schaffung einer sicheren und vertrauenswürdigen IT-Infrastruktur für das Gesundheitswesen angemessene Test-, Lern- und Einführungsphasen für alle Beteiligten erfordert.

Die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland unterstützen den Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechnologien solange diese zum Wohl der Patienten eingesetzt werden und zur Verbesserung von Arbeitsabläufen im Gesundheitswesen beitragen. Dies belegt u.a. die jahrelange erfolgreiche Nutzung von Telematik und Telemedizin durch Ärztinnen und Ärzte in einer Vielzahl regionaler Modellprojekte. In allen acht zwischenzeitlich benannten Testregionen für die elektronische Gesundheitskarte beteiligen sich die Ärztekammern konstruktiv an den Testvorhaben mit dem Ziel, die Belange von Patienten und Ärzten in die Tests einzubringen.

Die Ärztekammern in Deutschland betreiben erfolgreich und mit hohem Aufwand die Einführung der Schlüsseltechnologie Elektronischer Arztausweis und schaffen damit wichtige Voraussetzungen für die Einführung von Telematik.

Angesichts der sich jetzt konkretisierenden Planungen für Testprojekte der elektronischen Gesundheitskarte in verschiedenen Bundesländern betont der 109. Deutsche Ärztetag:

- Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kann nur dann erfolgen, wenn sie dazu beiträgt, dass weniger anstelle von mehr Bürokratie und Administration in der Patientenversorgung realisiert wird. Eine weitere Belastung der

Ärztinnen und Ärzte und des medizinischen Personals mit patientenfernen Tätigkeiten ist nicht hinnehmbar und wird zu einer Ablehnung der Einführung von Telematik im Gesundheitswesen führen.

- Die Ärzteschaft wird der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und einer Telematikinfrastruktur eine klare Absage erteilen, wenn diese seitens der Politik oder der Kostenträger im Gesundheitswesen dazu missbraucht werden soll, weitere Überwachungs-, Kontroll- und Steuerungsinstrumente in der medizinischen Versorgung zu etablieren oder zu perfektionieren.
- Die wichtigste Grundlage ärztlichen Handelns ist die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt. Sie muss uneingeschränkt geschützt bleiben. Allein die Patientinnen und Patienten müssen darüber entscheiden können, welche Daten – ggf. nach ärztlicher Beratung – wem zur Verfügung gestellt werden. Hierbei ist es unabdingbar, die stellenweise dogmatisch vorgetragene Forderung nach einer permanenten Online-Verfügbarkeit sämtlicher medizinischer Daten für die verschiedenen Anwendungs- und Nutzungsszenarien differenziert und kritisch zu prüfen. In den Testvorhaben für die elektronische Gesundheitskarte ist daher die Machbarkeit verschiedener technischer Lösungen besonders unter dem Aspekt des Datenschutzes und der Wahrung der Vertraulichkeit medizinischer Daten sorgfältig zu untersuchen und zu bewerten. Dabei müssen dem mündigen Patienten und Bürger Wahlrechte gerade auch hinsichtlich des Speicherortes und des Umgangs mit seinen Gesundheitsdaten eingeräumt werden, wenn dieses machbar und sinnvoll erscheint.
- Eine Kosten-Nutzen-Analyse ist dringlich geboten. Bislang ist der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) behauptete Nutzen gegenüber den Kosten noch nicht nachgewiesen. Da nach derzeitiger Konzeption die Kosten der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vorwiegend den Versicherten abverlangt werden, sollte der Nutzen – auch finanzieller Art – für die Versicherten konkret erkennbar sein.

Der 109. Deutsche Ärztetag unterstreicht, dass eine übereilte Einführung unsicherer und ungeprüfter Informations- und Kommunikationstechnologie in das Gesundheitswesen den Interessen von Patienten und Ärzte gleichermaßen widerspricht und daher nicht die Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte finden wird.

Prävention/Impfen

1. *Nichtraucherschutz*

Auf Antrag von Dr. Bolay, Prof. Dr. Kunze und Dr. Voigt (Drucksache VII-62) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, dem Beispiel anderer Länder der Europäischen Union zu folgen und durch geeignete gesetzliche Maßnahmen sowohl den Nichtraucherschutz zu verbessern als auch dem frühen Einstiegsalter in den Nikotinkonsum entgegenzuwirken. Eine solche gesetzliche Maßnahme hat ein Rauchverbot in öffentlichen Räumen und ein Werbeverbot für Tabakprodukte zu beinhalten.

Begründung:

Die Folgeschäden von Nikotinkonsum sind bekannt. Das Ausmaß der Abhängigkeit korreliert in einem hohen Maße mit einem frühen Einstiegsalter.

2. Schutz vor Passivrauch in öffentlichen Gebäuden

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-07) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Um Beschäftigte wirksam vor Tabakrauch schützen zu können, fordert der 109. Deutsche Ärztetag vom Gesetzgeber wirksame Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauch am Arbeitsplatz einschließlich medizinischer Einrichtungen und der Gastronomie. Die bislang noch in der Arbeitsstätten-Verordnung vom Gesetzgeber eingeräumten Ausnahmeregelungen für Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr sind deshalb ersatzlos zu streichen. Die Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen muss wirksam überprüft werden.

Begründung:

Gesundheitliche Belastungen gehen nachweislich nicht nur vom aktiven Rauchen, sondern auch von der passiven Aufnahme des Tabakrauchs aus. Nach neueren Berechnungen des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) versterben in Deutschland jährlich über 3 000 Menschen an den Folgen von passiv aufgenommenem Tabakrauch. Die MAK²-Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die Grenzwertbelastungen für gefährliche Arbeitsstoffe am Arbeitsplatz festlegt; hat bereits Ende der 90er Jahre Tabakrauch in die höchste Gefahrenklasse krebserzeugender Arbeitsstoffe eingestuft.

Die bestehende Arbeitsstättenverordnung verpflichtet den Arbeitgeber schon jetzt zur Durchführung wirksamer Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten vor Tabakrauch. Diese Maßnahmen müssen jedoch flächendeckend durchgeführt und wirksam überprüft werden. Sie greifen zudem bislang noch nicht für Einrichtungen mit Publikumsverkehr, in denen die dort Beschäftigten weiterhin ungeschützt dem Tabakrauch ausgesetzt sind.

Freiwillige Selbstverpflichtungen leisten dort, wo es um die Gewährleistung eines wirksamen Gesundheitsschutzes vor Schadstoffen geht, keinen wirksamen Beitrag. Ein Beispiel ist die 2005 von der Bundesregierung mit dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) geschlossene Vereinbarung zur Einrichtung von Nichtraucherbereichen in der Gastronomie, die ihr Ziel, trotz anderslautender Erfolgsmeldungen, bei weitem nicht erreichen konnte.

3. Gesundheitsförderung an Schulen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-10) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, dass Gesundheitsförderung in allen Bundesländern ein obligates Element der schulischen Bildung wird. Ärzte sind bereit, an der inhaltlichen Ausgestaltung mitzuwirken und den Schulunterricht in diesen Themenfeldern mitzugestalten. Schulen sollen zudem als bedeutsamer Lebensbereich von Kindern und Jugendlichen so gesundheitsförderlich wie möglich gestaltet werden.

Begründung:

Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und von Schuleingangsuntersuchungen weisen für die letzten Jahre bei Kindern und Jugendlichen eine deutliche

² MAK = Maximale Arbeitsplatzkonzentration

Gewichtszunahme und Bewegungsmangel aus. Hieraus resultiert mittel- und langfristig die Gefahr einer massiven Zunahme relevanter chronischer Krankheitsbilder. Dabei sind Kinder und Jugendliche aus armen Familien von diesen Entwicklungen im besonderen Maße betroffen. Ohne präventive Erfolge muss in Zukunft mit einem massiven Anstieg von Diabetes-Erkrankungen, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems wie auch des Stütz- und Bewegungsapparates gerechnet werden, verbunden mit anwachsenden Behandlungskosten, verlorener Lebensqualität und eingeübten Lebensjahren.

Schulische Gesundheitsförderung stellt einen wirksamen präventiven Ansatz dar, weil sie an einem zentralen Lebensbereich von Kindern und Jugendlichen ansetzt und darüber auch Zugangsmöglichkeiten zu besonders belasteten Bevölkerungsgruppen schafft. Die Ärztekammer Nordrhein hat bereits 1995 mit dem Aufbau des ärztlich begleiteten Programms "Gesund macht Schule" begonnen, in einigen anderen Landesärztekammern bestehen vergleichbare Programme. Ärzte zeigen damit ihre Bereitschaft, sich in der Gesundheitsförderung zu engagieren und aktiv an der Änderung des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen mitzuwirken.

4. Schuleingangsuntersuchung durch Ärztinnen und Ärzte

Auf Antrag von Frau Dr. Schulenberg (Drucksache VII-31) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern möge darauf einwirken, dass bundesweit die Schuleingangsuntersuchung durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt wird.

Begründung:

Die Landesregierung Baden-Württemberg plant, die Schuleingangsuntersuchung nur noch durch Assistenzpersonal durchführen zu lassen. In Bayern ist dies schon so. Lediglich bei Auffälligkeiten (Hör- und Sehtest, "Hampelmann") wird die ärztliche Kompetenz gesucht.

5. Präventionsgesetz

Auf Antrag von Prof. Dr. Schulze (Drucksache VII-41) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, der Prävention in allen gesellschaftlichen Bereichen eine größere Bedeutung beizumessen und zu diesem Zweck ein Präventionsgesetz mit fachlicher Unterstützung der Ärzteschaft auf den parlamentarischen Weg zu bringen.

Zur Stärkung der Prävention fordert der 109. Deutsche Ärztetag, die Gesundheitsförderung und Prävention auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu stärken sowie weiterzuentwickeln und über die Sozialversicherungen, als auch über Steuermittel und private Zuwendungen in einem gesamtgesellschaftlichen Ansatz zu finanzieren.

Begründung:

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.

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.

Dazu ist es unabdingbar, Prävention in unserem Gesundheitswesen zu stärken und als eine weitere Säule zu etablieren sowie eine Konkretisierung ihrer Aufgabenfelder, ihrer Akteure und ihrer Finanzierungsgrundlagen vorzunehmen.

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.

Bund und Länder sind verpflichtet, ihre Verantwortung für wichtige präventive Aufgaben außerhalb der Medizin umzusetzen, zum Beispiel in der Bildungs-, Arbeits-, Umwelt- und Verkehrspolitik sowie im Verbraucherschutz.

Ein Präventionsgesetz muss bestehende Präventionsprogramme stärken und weiter entwickeln. Es 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.

Wir Ärzte haben die Kompetenz, gesundheitliche Risiken abzuklären, über geeignete Maßnahmen aufzuklären und deren Erfolg zu überprüfen. Dies ist bei der Formulierung eines Präventionsgesetzes zwingend zu berücksichtigen – denn Vorbeugen ist besser als Heilen!

6. Präventionsgesetz

Auf Antrag von Dr. Kaplan, Prof. Dr. Kunze und Dr. Rechl (Drucksache VII-13) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Die Bundesärztekammer, insbesondere die Ständige Konferenz Prävention, möge sich gerade jetzt im Vorfeld des Gesetzentwurfes dafür einsetzen, dass in einem Präventionsgesetz der Ärzteschaft eine zentrale Aufgabe zukommt und die Arztpraxis sowie das Krankenhaus in ihrer Schlüsselfunktion eine adäquate Berücksichtigung finden. Viele Maßnahmen in der Primärprävention müssen auch als "hoheitliche Aufgaben" der zuständigen Länder anerkannt werden.

Neue Setting-Bereiche müssen erschlossen werden, bereits vorhandene Präventionsmaßnahmen sowohl der Primär- und Tertiärprävention, aber insbesondere der Sekundärprävention, müssen weiter ausgebaut und gefördert werden. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, noch in dieser Legislaturperiode ein Präventionsgesetz zu verabschieden.

Begründung:

Die Prävention wird in Zukunft gerade aufgrund der demographischen Entwicklung mit der dadurch verbundenen Zunahme von chronischen Erkrankungen einerseits und aufgrund der sozio-kulturellen Einflüsse mit der Zunahme gesundheitlicher Risiken besonders im Kindes- und Jugendalter andererseits, immer mehr zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe und somit zu einem zentralen Thema im Gesundheitssystem. Diese Aufgabe ist sicherlich von Ärzten nur gemeinsam mit den anderen Heilberufen, Pädagogen und Sozialarbeitern zu schultern, jedoch unter Leitung und Koordinierung durch die Ärzteschaft. Da der Arzt gleichermaßen von Angehörigen aller sozialen Gruppen und aller Altersstufen aufgesucht wird, somit einer der wichtigsten Setting-Bereiche ist, kommt ihm eine zentrale Bedeutung zu, einer sozialen Ungleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention entgegen zu wirken und vor allem auch diejenigen zu erreichen, die mit Prävention erreicht werden sollen. Dies müssen wir Ärzte und insbesondere unsere Körperschaften der Politik klarmachen, um absehbaren Fehlentwicklungen entgegen zu steuern.

7. *Prävention bei Kindern*

Auf Antrag von Herr Bodendieck (Drucksache VII-42) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Bundesregierung und Landesregierungen sollen Maßnahmen entwickeln, um Kindern sozial schwacher Familien die Teilnahme an kostenpflichtigen schulischen oder außerschulischen Arbeits- und Sportgemeinschaften zu ermöglichen.

Begründung:

Kinder von sozial schwachen Familien sind aus finanziellen Gründen von der Teilnahme an kostenpflichtigen schulischen oder außerschulischen Arbeits- und Sportgemeinschaften ausgeschlossen. Eine Förderung für präventives Verhalten durch Sport oder die Entwicklung von Gemeinschaftssinn ist bei diesen Kindern nicht ausreichend gegeben.

8. *Prävention von Misshandlung, Vernachlässigung und Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen*

Auf Antrag von Dr. Bolay und Dr. Voigt (Drucksache VII-77) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In der Diskussion um die Prävention von Misshandlung, Vernachlässigung und Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen fordert der 109. Deutsche Ärztetag die Bundesländer auf, die Kinder- und Jugendgesundheitsfürsorge innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stärken und auszubauen.

Im bestehenden Gesundheitssystem sind Kinder aus Familien mit sozialem Risiko oft nur durch eine aufsuchende Betreuung zu Hause, in Kindergarten oder Schule erreichbar und für Unterstützung zugänglich. Eine enge Kooperation mit den Möglichkeiten in der ambulanten Versorgung ist unerlässlich, mit dem Ziel, diese Familien in das Regelversorgungssystem zu integrieren und dort zu halten.

Der 109. Deutsche Ärztetag lehnt eine regelhafte Meldung durchgeführter Kinder- vorseorgeuntersuchungen durch Ärzte ab, da diese einen erheblichen Eingriff in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Familie bedeutet.

9. Kindesmisshandlung

Der Antrag von Frau Dr. Schulenberg (Drucksache VII-85) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Erstellung eines Systems, das jeden kindlichen Unfall erfasst, um die hohe Dunkelziffer von Kindesmisshandlungen zu verringern und um eine Fortführung von Misshandlungen zu vermeiden.

Begründung:

Hinter einem Unfall mit Kindern kann sich eine Misshandlung verbergen. Wenn die Familie aus dem Umfeld des Behandlers und Behandlungsortes wegzieht, ein anderes Krankenhaus oder eine andere Praxis aufgesucht wird, braucht es längere Zeit, bis die Misshandlung aufgedeckt werden kann. Bei einem Erfassungssystem, das für jeden Unfall gilt und damit keine Vorverurteilung darstellt, weil es selbstverständlich ist, könnte weiteren Misshandlungen vorgebeugt werden, und die Familie einer Therapie zugeführt werden.

10. Pflichtimpfung für Masern

Auf Antrag von Prof. Dr. Leupold (Drucksache VII-49) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, umgehend die Masernimpfung in Deutschland nach § 20 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) als eine Pflichtimpfung vorzusehen.

Begründung:

Deutschland hat sich im Rahmen der Politik "Gesundheit für Alle" 21 Ziele für das 21. Jahrhundert der WHO-Region Europa verpflichtet, die Masern bis zum Jahre 2007 zu eliminieren. Deutschland ist von diesem Ziel weit entfernt, wie die derzeitige Masernepidemie in Nordrhein-Westfalen beweist. Mit Stand vom 10. Mai 2006 wurden in Nordrhein-Westfalen 1 106 Masernfälle gemeldet, wobei von einer nicht unbedeutenden Dunkelziffer auszugehen ist. Als Ursache für die starke Ausbreitung gelten Impflücken insbesondere bei den schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen von 5 bis 19 Jahren (weitere Einzelheiten siehe Epid. Bull. Nr. 18 vom 5. Mai 2006 und Update in Nr. 19 vom 12. Mai 2006).

Deutschland zählt damit zu den Ländern mit der höchsten Masernmorbidity in der Europäischen Union und als Ursprungsland für Einschleppungen in andere Länder, auch den USA.

Dies widerspricht dem Ethos der deutschen Ärzteschaft und der Vorsorgepflicht des Staates für Kinder und Jugendliche. Eine wirksame Änderung ist daher dringend angezeigt (auch in anderen Ländern der EU gibt es Pflichtimpfungen: Belgien IPV; Frankreich D, T, IPV; Italien D, T, IPV, Hepatitis B; Slowenien, Tschechien, Ungarn alles Pflicht).

11. Impfungen

Auf Antrag von Prof. Dr. Leupold (Drucksache VII-50neu) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Ärztekammern auf, zu prüfen, ob gegen Ärzte, die sich explizit und wiederholt gegen empfohlene Schutzimpfungen nach § 20 (3) Infektionsschutzgesetz (IfSG) aussprechen, berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden können, da sie mit ihrem Verhalten gegen das Gebot der ärztlichen Sorgfalts- und Qualitätssicherungspflicht verstoÙen.

Begründung:

Schutzimpfungen gehören bekanntermaÙen zu den wirksamsten Maßnahmen der primären Prävention gegen Infektionskrankheiten. Die rechtlichen Grundlagen sind in Deutschland mit dem Infektionsschutzgesetz klar geregelt.

Um so erstaunlicher ist die Tatsache, dass in praxi auch ärztlicherseits in zunehmendem Maße von empfohlenen Standardimpfungen abgeraten wird. Den behandelnden Arzt trifft die Pflicht, den Patienten auf die Notwendigkeit und Möglichkeit der Impfung gegen verschiedene Ansteckungskrankheiten aufmerksam zu machen, ganz unabhängig von seiner persönlichen Auffassung. Entscheidend ist die vorherrschende Ansicht in den Kreisen der wissenschaftlichen Medizin.

Disziplinarisch und rechtlich bleibt dies zurzeit in Deutschland leider noch unbeachtet.

12. Impfstatus in Gemeinschaftseinrichtungen

Auf Antrag von Prof. Dr. Leupold (Drucksache VII-51) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Länderministerien auf, die notwendigen Rechtsbestimmungen zu erlassen, dass in Gemeinschaftseinrichtungen, wie Kindergärten und Schulen, nur Kinder aufgenommen werden dürfen, die einen vollständigen Impfstatus entsprechend den nach § 20 (3) IfSG von den obersten Landesgesundheitsbehörden öffentlich empfohlenen Schutzimpfung dokumentiert vorweisen können; es sei denn nach ärztlichem bzw. amtsärztlichem Urteil ist eine Impfung bei dem Kind oder Jugendlichen kontraindiziert.

Begründung:

Noch auszubauende Rechte von Familien mit Kindern auf einen Kindergartenplatz oder einen Platz in einem Gymnasium sind untrennbar auch mit Pflichten verbunden. Dazu gehört unter anderem auch die Prophylaxe von Infektionskrankheiten durch Schutzimpfungen. Auch notorische Impfgegner lassen ihre Jugendlichen impfen, wenn sie ein Highschooljahr in einem anderen Land absolvieren wollen. Wir sollten daher in Deutschland ebenso wie den USA in den jeweiligen Ländergesetzen festlegen: keine altersgerechte Impfung – kein Kindergartenplatz und kein Gymnasienbesuch (no vaccination, no school).

Die gesetzlichen Krankenkassen sollten aufgefordert werden, neben mehr oder weniger wirksamen Bonusregelungen (wie z. B. Zahnersatzbonus bei der AOK Sachsen für Säuglingsimpfung) auch Malussysteme in Form von Nichtübernahme der Kosten für impfpräventable Erkrankungen festzuschreiben.

13. Höhere Durchimpfungsrate

Auf Antrag von Prof. Dr. Kunze, Prof. Dr. Leupold, Prof. Dr. Keller, Dr. Voigt, Dr. Bolay, PD Dr. Benninger, Prof. Dr. Mau, Dr. Peters und Dr. Zimmermann (Drucksache VII-53) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Ministerien der Bundesländer auf, eine vollständig erfolgte Durchimpfung von Säuglingen und Kleinkindern – entsprechend den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) – zur Voraussetzung für die Aufnahme in überwiegend staatlich finanzierten Kinderkrippen und Kindergärten zu machen und diese in dem künftigen Präventionsgesetz auch gesetzlich zu verankern.

Begründung:

Die ständig sich verringernde Durchimpfungsrate und zunehmende Zahl von Impflichten und Impfgegnern führen zu einem Gesundheitsrisiko für die Bevölkerung. Eine höhere Durchimpfungsrate kann – entsprechend den Beispielen in anderen Ländern – nur erreicht werden, wenn flächendeckend solche Voraussetzungen bestehen.

Arzneimittel

1. Transparenz bei Arzneimittelpreisen

Auf Antrag von Dr. Heinz (Drucksache VII-14) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Ärztetag fordert vom Gesetzgeber die Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen für eine Transparenz bei der Kalkulation von Medikamentenpreisen, insbesondere im Bereich der Generika. Die Kalkulation der ärztlichen Leistung ist zu 100 % transparent, wir fordern hier eine Gleichbehandlung.

Begründung:

Im Verordnungsbereich des Arzneimittelmarktes sind die Gesetze des Freien Marktes hinsichtlich Angebot und Nachfrage nicht gültig. Die Pharmaka werden nicht vom Verbraucher nachgefragt, sondern verordnet. Der Endverbraucher ist über den Preis des von ihm konsumierten Produktes nicht informiert. Es gibt für ihn keinen Anlass, nach einem günstigeren Produkt zu fragen. Diese besondere Konstellation ermöglicht es den Herstellern, ohne die Regelmechanismen des freien Marktes, weit überhöhte Preise zu verlangen.

Dies sei am Beispiel des Wirkstoffes Omeprazol verdeutlicht:

Zu den am besten gehüteten Geheimnissen der Industrie gehören die Einkaufspreise der Wirkstoffe. Es ist mir aus sicherer Quelle bekannt, dass einer der größten deutschen Generikaanbieter den Wirkstoff Omeprazol im WirkstoffgroÙhandel zu einem Kilopreis von 500 Euro bezieht.

Eine Verkaufspackung mit 100 Kps. Omeprazol 20 mg enthält somit nur Wirkstoff für 1 Euro.

Eine Packung mit 100 Kapseln herzustellen, inklusive Qualitätskontrolle, Druck und Material, kostet maximal 2 Euro (ASS ist zu 100 Tabletten für 2,80 Euro im Handel und hier macht man auch noch Gewinn). Somit ergibt sich ein Herstellungspreis von

etwa 3 Euro. Der Apothekenverkaufspreis bewegt sich bei 22 verschiedenen Herstellern in Deutschland in einer Spanne von 82,78 bis 99,90 Euro und ist in keiner Weise nachvollziehbar. De facto handelt es sich hier um eine Lizenz zum Plündern der Krankenkassen. Gleichzeitig prahlen diese Firmen mit ihren enormen Preisnachlässen und erwecken so den Eindruck knappster Kalkulation.

2. *Wirkstoffdatenbank zur Verordnung*

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

Der Ärztetag fordert die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, gemeinsam eine praxisgerechte Medikamentendatenbank nur mit Wirkstoffnamen und Packungsgrößen zu erstellen. Diese Datenbank soll in die bestehenden Praxissysteme so eingebunden werden können, dass ein Großteil der täglichen Verordnungen aus dieser Datenbank erfolgen kann.

Begründung:

Nachdem wir jahrelang erfolglos eine Positivliste gefordert haben und nun die Apotheker weitgehende Substitutionsberechtigungen fordern, sollten wir dieses Thema offensiv aufgreifen.

Eine Verordnung eines Wirkstoffes in einer bestimmten Dosierung als Kapsel oder Tablette ohne Nennung eines Markennamens macht uns frei von jeglicher Preisverantwortung. Auch wenn man uns in der Vergangenheit immer wieder einreden wollte, wir könnten die Qualität von Pharmazeutika beurteilen, trifft dies nicht zu. Wir haben dies als Ärztinnen und Ärzte nicht gelernt und es gehört auch gar nicht zu unserer Profession. Für uns sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, dass ein verordneter Wirkstoff von den Pharmazeuten in optimaler Qualität vorgehalten wird. Es gibt für uns nicht den geringsten Grund, ohne Honorar die billigsten Medikamente herauszusuchen und uns dann noch Gedanken über deren Qualität zu machen.

Eine Verordnung nur von Wirkstoffen und Mengen überträgt die Auswahl des Produktes auf den Patienten. Dieser ist natürlich frei, sich sein gewohntes Medikament vom Apotheker geben zu lassen. Sollte dort nur eine andere Marke bevorratet sein, weil diese günstig eingekauft wurde, geht der Patient eben in eine andere Apotheke. In Verbindung mit einer prozentualen Zuzahlung (siehe separater Antrag) beginnt hier echte Marktwirtschaft.

3. *Kosten-/Nutzenbewertung von Arzneimitteln*

Der Antrag von Dr. Munte (Drucksache VII-20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, durch eine entsprechende Ergänzung des § 139 a Abs. 3 Ziffer 5 SGB V das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dazu zu verpflichten, über die bereits vorgesehene Nutzenbewertung von Arzneimitteln hinaus auch eine Kosten-/Nutzenbewertung von Arzneimitteln durchzuführen, wie dies in anderen Ländern (z. B. Frankreich, England, Canada) bereits üblich ist.

Begründung:

In Deutschland kann jeder Hersteller seine Produkte zu von ihm festgesetzten Preisen vermarkten. Dies geschieht ohne Unterschied, ob es sich um eine therapeutische Innovation oder ein Nachahmerpräparat handelt. Eine wirtschaftliche Verordnung lässt sich aber nur mit dem Wissen um das Kosten-Nutzen-Verhältnis realisieren. Diese Größe könnte das IQWiG liefern, da es die Nutzenbewertung derzeit bereits akribisch vornimmt.

Krankenhaus

1. **Finanzierung der Pflichtfortbildung von Krankenhausärzten**

Auf Antrag von Dr. Albrecht (Drucksache VII-17) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Auf gesetzlicher Grundlage (§ 137 SGB V) wurde auch für Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus eine Pflicht zur Fortbildung eingeführt.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, zur Finanzierung der Fortbildung und den dafür notwendigen Freistellungen die Voraussetzungen zu schaffen.

Diese neuen Anforderungen müssen unverzüglich in die Kalkulation der DRG aufgenommen und finanziert werden.

2. **Kalkulationsgrundlage der DRG-Fallpauschalen**

Auf Antrag von Herrn Veelken und Frau Dr. Lutz (Drucksache VII-71) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, in geeigneter Form darzustellen, inwieweit bei der Kalkulation der Diagnosis-Related-Groups (DRGs) durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INeK) ärztliche Personalkosten auf Grund nicht bezahlter oder anderweitig ausgeglichener Überstunden bei weitem zu tief kalkuliert wurden.

Begründung:

Der 108. Deutsche Ärztetag in Berlin hat vor einem Jahr beschlossen, die einzelnen Landesärztekammern aufzufordern, in ihrem jeweiligen Bereich die Kalkulationsgrundlage des INeK zur Festlegung der DRG-Fallpauschalen zu überprüfen hinsichtlich der Einhaltung tarifrechtlicher Bestimmungen des ärztlichen Personals.

Eine zusammenfassende Darstellung über das Ergebnis dieser Überprüfung ist im Tätigkeitsbericht nicht enthalten.

Die Subventionierung der DRG-Fallpauschalen durch die vermutete Nichtberücksichtigung der geleisteten ärztlichen Überstunden erhöht den Kostendruck auf klinische Abteilungen in existenzgefährdender Weise.

3. **Bezahlung chirurgischer Weiterbildung im DRG-System**

Auf Antrag von Herr Veelken und Frau Dr. Lutz (Drucksache VII-26) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit großer Sorge registriert der 109. Deutsche Ärztetag, dass durch die Einführung der DRG die Weiterbildung im Krankenhaus akut gefährdet ist.

Der Ärztetag fordert Zuschläge im DRG-System zur Sicherstellung der Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses.

Begründung:

Große chirurgische Eingriffe werden im DRG-System je nach Basisfallwert mit knapp 10.000 Euro vergütet (z. B. Kraniotomie mit Entfernung eines Hirntumors ohne schwere Nebendiagnosen).

Bei einer moderaten Rendite-Erwartung eines privaten Krankenhausträgers wird mit 3 bis 4 % Umsatzrendite gerechnet, das ist im obigen Beispiel 300 bis 400 Euro.

Bei angenommenen Kosten für die OP-Minute von 10 bis 15 Euro ist dieser mögliche Gewinn bei einer verlängerten OP-Dauer von 20 bis 30 Minuten aufgebraucht.

Die durchschnittliche OP-Dauer im genannten Beispiel beträgt bei einem erfahrenen Facharzt zwischen 2,5 und 4 Stunden, eine Ausbildungsoperation dauert schnell 50 bis 100 Prozent länger, so dass der mögliche Gewinn von 300 Euro sich in einen Verlust von ca. 1.500 Euro umwandelt allein durch die Tatsache, dass ein Assistent ausgebildet wird.

Private Träger und auch Universitätskliniken schlagen daher unter der Hand zunehmend vor, Weiterbildungsassistenten in der Regelarbeitszeit nicht mehr auszubilden.

4. Erfassung von Überstunden in elektronischen Zeiterfassungssystemen

Auf Antrag von Frau Dr. Lutz und Herrn Veelken (Drucksache VII-29) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Tarifparteien auf, klare Regelungen zur Erfassung von Arbeitszeit im Krankenhaus zu treffen und flächendeckend elektronische Zeiterfassungssysteme einzuführen.

Begründung:

Zwar ist mit dem Arbeitszeitgesetz ein gewaltiger Schritt zur Begrenzung der Arbeitszeit gemacht, die tatsächliche Arbeitszeit damit allein jedoch noch nicht dokumentiert. Schon der Versuch, diese zu dokumentieren, wird von den Vorgesetzten meist konterkariert und noch als "fehlendes Engagement" ausgelegt.

Die bisher geübte Praxis, die Überstunden durch den Chefarzt zu "bestätigen", muss beendet werden, zumal meist Abhängigkeitsverhältnisse im Rahmen von Weiterbildung und befristeten Arbeitsverträgen bestehen, die keinen wirklichen Konflikt zulassen.

5. Familienfreundliches Krankenhaus

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Frau Dr. Gitter, Dr. Ungemach, Dr. Emminger, Dr. Mitrenga und Herrn R. Henke (Drucksache VII-36) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die deutschen Krankenhäuser auf, sich aktiv an der von Marburger Bund und "berufundfamilie gGmbH" initiierten Kampagne "Für ein familienfreundliches Krankenhaus" zu beteiligen.

Ziel dieser Kampagne ist es, ein Netzwerk von Krankenhäusern zu bilden, die vorbildhaft familienfreundliche Maßnahmen erarbeiten und umsetzen. Dabei geht es insbesondere um die Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle, um die Erarbeitung kreativer Lösungen zur Kinderbetreuung sowie spezifische Wiedereingliederungskonzepte.

Die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist eine wesentliche Zukunftsaufgabe im Krankenhaus. Sie führt zu einer Stärkung von Motivation und Arbeitszufriedenheit und kommt somit Patienten und Mitarbeitern zugute. Krankenhäuser sollten dies auch als Wettbewerbs- und Standortfaktor nutzen.

6. *Flache Hierarchien im Krankenhaus*

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache VII-40) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert eine Neustrukturierung des veralteten deutschen Kliniksystems hin zu flexiblen und selbständigen Teameinheiten und Installierung einer zweistufigen Hierarchie mit individueller Eigenverantwortlichkeit der Leiter.

Begründung:

Von diesem aus unserer Sicht längst notwendigen Paradigmenwechsel in der Organisation von Klinikabteilungen versprechen wir uns die zwingend notwendigen direkten Auswirkungen auf die Attraktivität, Flexibilität und letztlich die Leistungsfähigkeit des gesamten Klinikapparates. Wesentlicher Grund hierfür sind das für die betroffenen Kollegen fühlbare bessere Berufs- und Arbeitsklima und größere Gestaltungsspielräume, was direkte Auswirkungen auf Motivation, Aufnahmefähigkeit und Leistungsbereitschaft auch für die weitere Zukunft bedingt.

7. *Mitarbeiterbeteiligung bei neuen Chefarztverträgen*

Auf Antrag von Prof. Dr. Haubitz (Drucksache VII-63) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, in geeigneter Weise darauf hinzuwirken, dass das Problem der ärztlichen Mitarbeiterbeteiligung an den Honoraren aus der Behandlung von Privatpatienten unter den Bedingungen der neuen Chefarztverträge und der W-Besoldung der klinischen Abteilungsleiter an den Universitätskliniken bei den Klinikleitungen mit Nachdruck thematisiert und einer einheitlichen transparenten Lösung zugeführt wird.

Qualitätssicherung

1. ***Angleichung Qualitätsstandards Gesetzliche Krankenversicherung/Private Krankenversicherung/ambulant/stationär***

Der Antrag von Dr. Munte (Drucksache VII-22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die zuständigen Gremien und Entscheidungsträger werden aufgefordert, für ambulante und stationäre Leistungen einheitliche Standards für die Qualitätssicherung der ärztlichen Leistungserbringung zu definieren und zu implementieren, unabhängig davon, ob diese Leistungen im Rahmen der GKV, der PKV, ambulant oder stationär erbracht werden.

Begründung:

Bislang ist es nicht gelungen, für die Behandlung gesetzlich und privat krankenversicherter Patienten einheitliche Standards für die Qualitätssicherung ärztlicher Leistungserbringung zu definieren. Dasselbe gilt für die ambulante und stationäre Patientenbehandlung.

Als Beispiel sei insoweit die kurative Mammographie genannt.

Die Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sieht vor, dass Vertragsärzte, denen eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen erteilt worden ist, periodisch alle 24 Monate verpflichtet sind, sich an einem Verfahren zur Selbstüberprüfung zu beteiligen. Im Rahmen dieses bundesweit einheitlichen, fachlich anspruchsvollen Verfahrens werden dem zu prüfenden Vertragsarzt 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen aus einer Fallsammlung zur Beurteilung vorgelegt. Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) wurden hierfür drei digitale Befundungsstationen eingerichtet. Die Ergebnisse der Beurteilung werden ausgewertet und mit den bundesweiten Ergebnissen verglichen. Werden die Anforderungen an Sensitivität und Spezifität der Beurteilung nicht erfüllt, ist der Vertragsarzt verpflichtet, sich einer erneuten Selbstüberprüfung zu unterziehen oder ggf. an einem Kolloquium teilzunehmen. Werden die Anforderungen weiterhin nicht erfüllt, ist die Genehmigung zur Abrechnung und Ausführung mammographischer Leistungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu widerrufen.

Die Durchführung von Mammographien bei privat versicherten Patientinnen wäre demgegenüber – aufgrund des Fehlens vergleichbarer Regelungen – grundsätzlich auch dann weiterhin möglich, wenn die für die GKV verbindlichen Anforderungen nicht erfüllt sind.

Aufgrund der politischen Zielsetzung werden zukünftig ambulante Behandlungen auch zunehmend in Krankenhäusern durchgeführt werden. Nachdem weder die Methodenbewertung noch die Qualitätssicherung der einzelnen Leistungen bislang einheitlich im ambulanten und stationären Sektor gestaltet sind, ist es erforderlich, eine sektorenübergreifende einheitliche Qualitätssicherung zu etablieren. Derzeit ist im ambulanten vertragsärztlichen Bereich über § 136 SGB V in Verbindung mit § 135 SGB V eine enge Anbindung der Leistungserbringung an die Qualitätssicherung verpflichtend vorgesehen. Über die Methodenbewertung nach § 137 c SGB V (Verbotsvorbehalt) in Kombination mit Empfehlungen nach § 137 b SGB V wurde dagegen bislang in vielen Fällen keine vergleichbare Qualitätssicherung für den stationären Bereich entwickelt.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

1. **Berechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Information der Heilberufe-Kammern über unzuverlässige oder unqualifizierte Ärzte**

Der Antrag von Dr. Munte (Drucksache VII-19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Möglichkeit zu schaffen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den örtlich zuständigen Heilberufe-Kammern auch Informationen darüber weitergeben können, dass einzelne Ärzte für die Erbringung bestimmter einzelner Leistungen bzw. Leistungskomplexe nicht qualifiziert sind.

Begründung:

Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung stellt – ungeachtet des Versichertenstatus der einzelnen Patienten – ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut dar. Er kann nur gewährleistet werden, wenn die zuständigen Stellen die insoweit notwendigen Maßnahmen ergreifen können. Dies bedingt zunächst deren unverzügliche Kenntnis über entsprechende Sachverhalte.

Die fachliche Geeignetheit des Leistungserbringers erfordert insbesondere eine erfolgreiche Ausbildung, eine abgeschlossene Weiterbildung und/oder besondere Kenntnisse und Erfahrungen bezogen auf die Ausführung bestimmter Leistungen. Bedingt die Ausführung und Abrechnung bestimmter Leistungen den Nachweis über eine besondere Qualifikation, darf der Leistungserbringer diese erst erbringen, nachdem er über die entsprechende Genehmigung verfügt. Die Berechtigung zur Erbringung solcher Leistungen endet, wenn die diesbezügliche Genehmigung beispielsweise im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen (vgl. §§ 135 und 136 SGB V) widerrufen bzw. entzogen wird.

Eine entsprechende gesetzliche Regelung könnte wie folgt lauten:

§ 75 SGB V wird wie folgt geändert:

1. Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

"Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Rahmen ihrer Aufgaben gemäß Absatz 1 auch mit anderen Stellen, vor allem mit den örtlich zuständigen Heilberufe-Kammern, zusammenzuwirken und diesen insbesondere dann Mitteilung zu machen, wenn ihnen Erkenntnisse dahingehend vorliegen, dass ein Leistungserbringer sich eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich eine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung seines Berufes als Arzt oder Psychotherapeut ergibt, in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung seines Berufes ungeeignet ist oder in fachlicher Hinsicht unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung ungeeignet ist. Die Mitteilungspflicht unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung umfasst auch die Nichteignung zur Erbringung bestimmter einzelner Leistungen bzw. Leistungskomplexe."

2. Die bisherigen Absätze 7 bis 9 werden zu Absätzen 8 bis 10.

2. **Erhalt der Privaten Krankenversicherung neben der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Auf Antrag von Dr. Munte (Drucksache VII-23) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag unterstützt ausdrücklich die Initiative für den Erhalt der Privaten Krankenversicherung, die durch Übergabe einer von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit unterzeichneten Erklärung an Frau Bundeskanzlerin Merkel am 20. April 2006 zum Ausdruck gebracht worden ist. Er bittet die Bundeskanzlerin, sich für den Erhalt der Privaten Krankenversicherung einzusetzen.

Begründung:

Im Vorfeld der Gesundheitsreform haben sich sieben Bundesverbände und vier Ärzteorganisationen, darunter die Kassenärztliche Bundesvereinigung, in einer gemeinsamen Erklärung für den Erhalt der Privaten Krankenversicherung (PKV) ausgesprochen. Das Papier wurde am 20. April 2006 in Berlin an Bundeskanzlerin Angela Merkel übergeben.

Diese Initiative ist zu unterstützen, da das Nebeneinander der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung fördert.

Während die gesetzliche Krankenversicherung engen Schranken und Gesetzen unterworfen ist (z. B. Wirtschaftlichkeitsgebot), können gerade private Krankenversicherungen durch Innovationen den medizinischen Fortschritt schneller vorantreiben. Führt die Innovation durch häufigen Einsatz zu einer kostengünstigen Behandlung der Patienten, kann diese auch leichter in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Hiervon profitieren letztendlich alle Patienten.

3. Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems in Deutschland

Der Antrag von Dr. Albers, Dr. Pickerodt und Dr. Schwarzkopf-Steinhauser (Drucksache VII-30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland muss dringend auf eine neue Grundlage gestellt werden, da auf Grund der wirtschaftlichen Entwicklung und der zunehmenden Arbeitslosigkeit die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen immer geringer werden.

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung daher auf, dass auch in Zukunft bei der Finanzierung des Gesundheitswesens folgende Grundprinzipien erhalten bleiben oder weiter ausgebaut werden:

1. das Solidarprinzip gewahrt wird, d. h. das allgemeine Krankheitsrisiko unabhängig von Alter, Geschlecht, körperlichen Einschränkungen, Krankheitshäufigkeit und sozialem Status abgesichert bleibt,
2. keine einseitigen zusätzlichen Belastungen für Kranke zugunsten der Gesunden geschaffen werden,
3. die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben wird, also alle Menschen einschließlich der bisher privat Versicherten unter Mitnahme ihrer Altersrückstellungen in das solidarisch finanzierte System aufgenommen werden,

4. nicht nur Löhne und Gehälter, sondern grundsätzlich alle Einkünfte unter Wahrung ausreichender Freibeträge zur Finanzierung herangezogen werden,
5. auch die Arbeitgeber einen angemessenen, möglichst paritätischen Beitrag zur Finanzierung leisten, z. B. über gewinnbezogene Wertschöpfungsabgaben,
6. die Beitragsbemessungsgrenze angehoben bzw. langfristig aufgehoben wird, mit dem Ziel einer dem Steuersystem entsprechenden gerechteren Inanspruchnahme höherer Einkommen,
7. die Zuzahlungen für Kranke wieder abgeschafft werden, weil sie chronisch Kranke und Arme benachteiligen und damit vor allem unerwünschte Steuerungseffekte haben.

Allerdings bleibt die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung unser Hauptanliegen. Diese kann nicht nur neue finanzielle Spielräume schaffen, sondern wird auch zu einer humaneren und effizienteren medizinischen Versorgung führen.

4. Arzneimittelversorgung – Einführung einer Positivliste

Der Antrag von Dr. Munte (Drucksache VII-21) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Rechtsgrundlagen für die Erstellung einer Positivliste wieder herzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass die Arbeiten zur Erstellung einer Positivliste wieder aufgenommen und unter Einbeziehung der Bewertungen durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu einem dauerhaften Abschluss gebracht werden.

Begründung:

Deutschland ist mittlerweile in Europa das einzige Land ohne Positivliste.

Der deutsche Markt und seine hohen Preise müssen erhalten, um international ansprechende Preise für die Pharmaindustrie zu erzielen. Das alles bezahlen die Ärzte bei Regressen mit dem eigenen Honorar.

Die stete Regulierung des Gesundheitswesens durch immer neue Instrumente bewirkt keine dauerhafte Ökonomisierung des Marktes, da die Beteiligten diese vielfältigen Mechanismen nicht verinnerlichen können. Vor allem Teile der Pharmaindustrie unterlaufen partiell solche Regelungen und tragen so zur Verunsicherung der Ärzteschaft und damit zum Kostenanstieg bei.

Eine dauerhafte Regelung durch Einführung einer Positivliste würde dagegen den Vertragsarzt von bürokratischem Aufwand entlasten und eine verlässliche Grundlage für eine individuelle Praxisliste und eine gezielte Pharmakotherapie bieten.

Eine Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG kann den Wert einer Therapie unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten darstellen. Durch eine Reevaluation der Ergebnisse in bestimmten Abständen durch das IQWiG kann diese Liste immer aktuell gehalten werden.

5. Rahmenbedingungen – Positivliste

Auf Antrag von Dr. Pickerodt (Drucksache VII-33) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und lehnt eine Bonus-Malus-Regelung ab.

6. Änderung des Hochschulrahmengesetzes

Der Antrag von PD Dr. Scholz und Dr. Hecker (Drucksache VII-38) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, eine Gesetzesinitiative zur Änderung des Hochschulrahmengesetzes (HRG) zu bewirken. Dabei soll § 73 (1) derart geändert werden, dass der Satz "Im Bereich der Medizin gehören zu den wissenschaftlichen Dienstleistungen auch Tätigkeiten in der Krankenversorgung." ersatzlos gestrichen wird. Beim 110. Deutschen Ärztetag wird über den Stand der Umsetzung berichtet.

Begründung:

An den Universitätskliniken verstecken sich die Krankenkassen hinter den oft höheren Behandlungskosten, indem Mittel aus Forschung und Lehre mitverwendet werden. Außerdem wird von Seiten der Wissenschaftsministerin keine stringente Kontrolle über die Verwendung der Forschung und Lehre-Mittel ausgeübt, mit der Begründung, dass klinische Tätigkeit auch Forschung sei. Bei Streichung dieses Satzes im § 73 HRG wird die Grundlage geschaffen, dass an den Universitätskliniken wenigstens die der Forschung und Lehre zustehenden Mittel wieder Ihrem ursprünglichen Zweck zugeführt werden.

7. Neuaufnahme von Leistungen in den GKV-Leistungskatalog

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VII-44) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der deutsche Ärztetag lehnt weitere Aufnahmen von Leistungen in den GKV-Katalog ohne finanziellen Ausgleich ab.

Begründung:

Schon jetzt werden durch Honorarverteilungsmaßstab und Regelleistungsversorgung die Defizite einer unterfinanzierten Betreuung im ambulanten Sektor für alle deutlich. Dies schlägt sich beispielsweise darin nieder, dass je nach Fachgruppe ca. 30 % der erforderlichen ambulanten Vergütung nicht bezahlt werden. Dadurch erfolgt immer mehr eine Versorgung reduziert auf das Nötigste, deutlich werdend durch Nichtverschreibbarkeit von Medikamentengruppen und extrem lange Wartezeiten. Wenn weitere Leistungsausweitungen (z. B. in Bezug auf die Akupunktur) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss verordnet werden, stehen für die bisherigen Leistungen noch weniger Mittel zu Verfügung, die Dramatik steigt.

Eine Neuaufnahme von Leistungen kann nur erfolgen, wenn das erforderliche Finanzvolumen von den Kassen zusätzlich zur bisherigen befreienden Gesamtvergütung eingestellt wird.

8. Hartz IV-induzierte Verluste ausgleichen

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VII-46) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, unverzüglich die durch die Hartz IV Gesetze induzierten finanziellen Verluste in der ambulanten Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch geeignete Regelungen auszugleichen.

Begründung:

Die finanzielle Ausstattung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist allseits bekannt gering und führt von Land zu Land und abhängig von den Fachgruppen zu einer nachweisbaren Nichtbezahlung von etwa 30 % der erbrachten ambulanten Leistungen. Durch die Gesetzgebung Hartz IV wird der ambulanten Versorgung etwa 184 Mio. Euro entzogen. Damit verstärkt sich die mangelhafte Versorgung, ohne dass die wirklichen Beteiligten im Gesundheitswesen (Kassen, Ärzte, Patienten) in irgendeiner Weise Einfluss nehmen können. Durch einen Gesetzesakt wird die finanzielle Misere verstärkt, gleichzeitig wird mit großem Aufwand versucht, eine nachhaltige Gesundheitsreform zu erarbeiten. Der erste Schritt dahin sollte der erklärte Willen der Regierung sein, gesetztesinduzierte Schwächungen im Gesundheitswesen auszugleichen.

9. Vertragsarztänderungsgesetz – frauenspezifische Aspekte

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

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, das geplante Vertragsarztänderungsgesetz im Hinblick auf seine Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit und Möglichkeit der Berufsausübung für Frauen zu überprüfen.

Begründung:

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Gesetze und Ausführungsbestimmungen Einschränkungen in der praktischen Umsetzung für Frauen bedeuteten.

10. Struktur der ärztlichen Versorgung (ambulant/stationär)

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

Der Deutsche Ärztetag bekennt sich zu einer kostensparenden, synergistischen und gegliederten Versorgung ambulant/stationär.

Er fordert die zuständigen Selbstverwaltungsgremien auf, zur Optimierung dieses Spezifikums des deutschen Gesundheitswesens Regelungen zur Lösung der Schnittstellenproblematik zu schaffen. Insbesondere muss die Schnittstelle zwischen den niedergelassenen Hausärzten und den "Versorgungsfachärzten", die eine flächendeckende fachärztliche Versorgung anbieten, geklärt werden. Ebenso ist die Schnittstelle zwischen den hochspezialisierten ambulant tätigen Fachärzten und den Fachärzten am Krankenhaus klar zu definieren.

Begründung:

Die versorgungsbereichs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der unterschiedlichen Arztgruppen erfordert eine klare Definition der Aufgabenstellungen und Schnittstellen. Zur Gewährleistung einer optimalen Patientenversorgung ist sowohl eine flächendeckende hausärztliche Versorgung als auch eine wohnortnahe ambulante fachärztliche und daneben eine stationäre fachärztliche Versorgung erforderlich.

Nachdem diese an sich sinnvolle Gliederung aufgrund unscharfer Trennschärfe an den Schnittstellen immer wieder Kritik erfährt, ist eine klare Definition der Aufgabenstellung erforderlich.

11. Normenkontrollklage gegen das AVWG

Auf Antrag von PD Dr. Scholz, Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. Nowak, Dr. König und Dr. Piper (Drucksache VII-58) fasst der 109. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern auf, ihre Landesregierungen zu ersuchen – soweit nicht bereits erfolgt – unverzüglich die abstrakte Normenkontrollklage gegen das Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) zu betreiben, das zum 1. Mai 2006 in Kraft gesetzt wurde. Die Überprüfung auf Verfassungsmäßigkeit erscheint vor einer Anwendung dieses Gesetzes insbesondere bezüglich der im Gesetz enthaltenen Bonus-Malus-Regelung notwendig.

Begründung:

Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Dr. h.c. J.-D. Hoppe, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. med. Andreas Köhler, mehrere Kassenärztliche Vereinigungen der Länder, zahlreiche weitere Ärzteverbände, der Versichertenverband und sogar Krankenkassen – obwohl potentielle NutznieÙer einer verfassungswidrigen Verlagerung von Krankenversicherungspflichtleistungen auf Nicht-Versichertenträger – warnten vor der Verabschiedung dieses Gesetzestextes mit der darin enthaltenen Malus-Bonus-Regelung, weil sie die Behandlung insbesondere schwer- und chronisch Kranker gefährde.

Die Regelung läÙt zum Übergriff auf und Verletzung von Grundrechten von Ärzten ein, die durch ihren erpresserischen Charakter existentiell gefährdet und das verfassungsmäßige Grundrecht auf Freiheit der Berufsausübung zum Nachteil der Patientenschaft unzulässig einschränkt.

Der grundrechtlich durch Art. 14 GG geschützte Anspruch des Arztes auf einen angemessenen Arbeitslohn und die Verfügung hierüber wird ebenfalls verletzt. Durch die hierdurch quasi vorgeplante wirtschaftliche Bedrängung von freiberuflich in eigener Praxis tätigen ÄrztInnen – das Gesundheitsministerium sprach von 70 000 überflüssigen Facharztpraxen – bedroht in ihrer Planlosigkeit auch Menschenrechte von Versicherten und Kranken in der gesetzlichen Krankenversicherung, da deren Behandlung ohne erkennbare Alternative drastisch und gewaltsam abgebaut zu werden droht.

BDI-Präsident Herr Dr. Wesiack bezeichnete dieses Gesetz in seiner Eröffnungssprache vor dem diesjährigen Internistenkongress in Wiesbaden zu Recht als "staatlich verordnete Korruption eines ganzen Berufsstandes".

Die von zahlreichen gesellschaftlichen Gruppierungen deutlich und rechtzeitig vortragenen, aber ignorierten verfassungsrechtlichen Bedenken, können nur vom Bundesverfassungsgericht angemessen überprüft werden.

12. Angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen

Auf Antrag von Dr. Thierse (Drucksache VII-59neu) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die im GKV-Leistungskatalog enthaltenen ärztlichen Leistungen sollen angemessen und mit einem festen Eurobetrag honoriert werden.

13. Evaluation gesundheitspolitischer Entscheidungen

Auf Antrag von Prof. Dr. Schulze (Drucksache VII-68) fasst der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, an ihre gesundheitspolitischen Entscheidungen einen ähnlichen Maßstab anzulegen, wie an eine Evidence Based Medicine (EBM). Bevor künftige "Innovationen" zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt werden, müssen belastbare Daten aus Pilotversuchen vorgelegt werden, denn Versuch und Irrtum auf Kosten von Ärzten und Patienten führen zu einem Absinken der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland.

Begründung:

Die Gesundheitsreform wurde seitens des Gesetzgebers bisher nicht auf ihre Auswirkungen untersucht. Das unabhängige Fritz Beske Institut in Kiel hat 3 500 Daten und Literaturstellen zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz ausgewertet und ein vernichtendes Fazit gezogen. Aus diesem Grund sind maßgebliche gesundheitspolitische Entscheidungen des Gesetzgebers zukünftig mit dem gleichen Maßstab zu messen, wie bei EBM. Bezogen auf die Gesundheitsreform bedeutet das eine Vorlage von klaren Qualitätsparametern, Evaluationsdaten oder Vor- und Nach-Analysen zu den Auswirkungen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes und dessen Auswirkungen auf die Versorgungswirklichkeit.

Besonders gilt das für die neuen Versorgungsformen DMP, DRG und integrierte Versorgung, die als gut gemeinte Importe aus den USA und Australien in Deutschland flächendeckend eingeführt wurden und viel Geld aus der Versorgung in die Bürokratie und Verwaltung verlagerten.

14. Adäquate Arzneimittelversorgung

Auf Antrag von Dr. Streibl (Drucksache VII-75) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag wiederholt seinen Beschluss aus Vorjahren zur Arzneimittelverordnung:

Wer indikationsgerecht in adäquater Dosierung wirksame Medikamente verordnet, darf dafür nicht durch politische Beschränkungen und Strafandrohungen (auch Regresse) bedroht und bestraft werden.

Begründung:

Gesetzgebung und Umsetzung in Selbstverwaltungen haben besonders in den vergangenen Jahren eine sachgerechte und preiswerte Arzneimitteltherapie erschwert und behindert. So hat die Herausnahme der OTC³-Präparate aus der Erstattung der Gesetzlichen Krankenversicherung eine unwesentliche Einsparung bei gleichzeitiger Verschlechterung der Versorgung und weiter gestiegener Ausgaben im Arzneimittelbereich erbracht.

Gleichzeitig haben geänderte Prüfverhalten und die konsequente Umsetzung von jeweiligen Verordnungen der Gesetzgebung zu einer riesigen Zahl von Regress- und Geldrückforderungen geführt, die für die o. g. OTC-Umsetzung erst noch bevorstehen.

Aus Kostenersparnisgründen können besonders die niedergelassenen Ärzte auf bewährte preiswerte Medikamente auch in Zukunft nicht verzichten.

Approbation/Weiterbildung

1. **Thematik "Weibliche Genitalbeschneidung" als Inhalt eines Weiterbildungscurriculums**

Der Antrag von Frau Dr. Schulenberg (Drucksache VII-35) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Es soll ein Curriculum erstellt werden, das in den Weiterbildungsgang zumindest der Fachgebiete Gynäkologie, Kinder- und Jugendmedizin sowie Allgemeinmedizin aufgenommen wird, das den Ärztinnen und Ärzten Wissen über die medizinischen Folgen und Folgeerkrankungen der Female Genital Mutilation vermittelt. Die Behandlungsrichtlinien der Bundesärztekammer sollten in das Curriculum aufgenommen werden.

Begründung:

20 000 bis 38 000 Frauen – bei hoher Dunkelziffer – sind in Deutschland von Genitalbeschneidung betroffen. Um diese nach unserem medizinischem Standard behandeln zu können, müssen die Kenntnisse darüber vermittelt werden.

2. **Befristung von Arbeitsverträgen – Weiterbildungszeiten**

Auf Antrag von Herr Bodendieck (Drucksache VII-43) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass kurze und ultrakurze Laufzeiten von Arbeitsverträgen interkollegialem ärztlichen Verhalten nach der (Muster-)Berufsordnung widersprechen und eine Weiterbildung entsprechend der (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht gewährleisten.

In zugelassenen Weiterbildungsstätten, welche solche Arbeitsverträge ausstellen, ist die Weiterbildungsbefugnis des weiterbildenden Arztes an die Laufzeit der Arbeitsverträge anzupassen oder zu entziehen.

³ OTC = Over The Counter

Begründung:

Zunehmend ist eine Tendenz zu kurzen und ultrakurzen Arbeitsverträgen (reduziert auf bis zu ¼ Jahr) im Anstellungsverhältnis vor allem der Weiterbildungsassistenten zu beobachten. Dies widerspricht den Intentionen der §§ 2 und 29 der (Muster-)Berufsordnung sowie den §§ 5 und 6 der (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Ebenso stellen Arbeitsverträge, welche nicht auf den gesamten Zeitraum der Weiterbildungsbefugnis des weiterbildungsbefugten Arztes abstellen, einen Verstoß gegen das Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in Weiterbildung vom 15. Mai 1986, zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Dezember 2004, dar. Hierin ist explizit festgelegt, dass die arbeitsvertragliche Befristung den Zeitraum nicht unterschreiten darf, für den der weiterbildende Arzt die Weiterbildungsbefugnis besitzt.

Entsprechend § 7 der (Muster-)Weiterbildungsordnung liegen deshalb bei Verstoß gegen oben genannte Pflichten Gründe vor, die Weiterbildungsbefugnis ganz oder teilweise zu widerrufen, da innerhalb dieser kurzen Vertragslaufzeiten die in der Weiterbildungsordnung an den Inhalt der Weiterbildung gestellten Anforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt werden können.

3. Weiterbildungsstellen

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter (Drucksache VII-37) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert, bei der Finanzierung der Krankenhausleistungen Zuschläge für die ärztliche Weiterbildung auf der Grundlage der von den Ärztekammern erhobenen Daten zu vereinbaren.

4. Weiterbildungszuschlag im DRG-System

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VII-45) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, einen Weiterbildungszuschlag in den DRG zu verankern.

Begründung:

Die Realisierung des DRG-Systems verschärft die ökonomischen Aspekte der Patientenversorgung in den Krankenhäusern. Es kommt zwangsweise zu Spezialisierungen und Reduktionen auf das wirtschaftlich Allernotwendigste. Unter diesen Bedingungen ist die Weiterbildung für Krankenhäuser eine nicht rückfinanzierte finanzielle Belastung. Wenn Krankenhäuser keinen Vorteil, sondern eine finanzielle Belastung durch Weiterbildungsangebote haben, wird eine suffiziente Weiterbildung nicht mehr erfolgen. Die Problematik des Ärztemangels wird erheblich verschärft. Um dieser Misere abzuhelpen, bedarf es für aus- und weiterbildende Krankenhäuser eines Weiterbildungszuschlages.

5. Anerkennung Zugangsberechtigung Praktisches Jahr (PJ)

Der Antrag von Dr. Lipp (Drucksache VII-47) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert eine bundeseinheitliche Regelung zur Anerkennung der Zugangsberechtigung für das Praktische Jahr.

Begründung:

Durch die selbständige Festlegung der Querschnittsfächer (Kombi-Scheine) im Zuge der novellierten Approbationsordnung ist an den Universitäten kein bundesweit einheitliches Fächercurriculum gegeben. Der Wegfall des 2. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung von dem Praktischen Jahr führt dazu, dass eine wechselseitige Anerkennung zur PJ-Zulassung unter den verschiedenen Fakultäten unmöglich ist. Ein Universitätswechsel bei Scheinfreiheit vor dem Praktischen Jahr wird dadurch obsolet.

6. Vergütung der Tätigkeit im Praktischen Jahr

Auf Antrag von Dr. Lindhorst (Drucksache VII-83) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag lehnt die zunehmende Geringschätzung von Aus- und Weiterbildung in der Humanmedizin ab. Er fordert deshalb, dass die Finanzierung der Kosten der Ableistung des Praktischen Jahrs in den DRG oder über andere Re-finanzierungswege gewährleistet wird. Die Tätigkeit im Praktischen Jahr sollte aufgrund der erbrachten Arbeitsleistung in der Patientenversorgung analog zur Tätigkeit der Referendariate von Juristen bzw. Lehramtsstudiengängen vergütet werden. Die Tarifpartner sind aufgefordert, dies zu berücksichtigen.

7. Wertigkeit des Praktischen Jahres (PJ)

Auf Antrag von Dr. Lindhorst (Drucksache VII-84) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag lehnt die Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zum Praktischen Jahr ab. Die DKG hat eine Vergütung des Praktischen Jahres scharf abgelehnt, während sie die Situation der ehemaligen Ärzte im Praktikum (AiP) mit den Referendariaten der Jura- und Lehramtsstudentengänge verglichen hat. Diese Sichtweise ist historisch und inhaltlich falsch.

8. Arbeitsverträge in der Weiterbildung

Auf Antrag von Dr. König (Drucksache VII-54) fasst der 109. Deutsche Ärztetag in zweiter Lesung folgende EntschlieÙung:

Arbeitsverträge für Weiterzubildende sollen nicht kürzer als die vorgeschriebene Weiterbildungszeit begrenzt werden. Verbundbefugnisse sind anzustreben.

Begründung:

Ein/e in Weiterbildung befindliche/r Kollege/Kollegin braucht die Sicherheit, seine/ihre Weiterbildung ohne Unterbrechung beenden zu können.

9. Anpassung der Weiterbildungszeiten an europäische Regelungen

Der Antrag von PD Dr. Scholz, Dr. Nowak, Dr. Piper und Herr Dreyer (Drucksache VII-57) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer soll Sorge dafür tragen, die Weiterbildungszeiten der (Muster-)Weiterbildungsordnung an die europäischen Mindestzeiten unter Wahrung der Qualität anzupassen. Vorschläge sollen dem nächsten deutschen Ärztetag vorgelegt werden.

Begründung:

Aktuell ist die überwiegende Mehrheit der Gebiete in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer mit längeren Weiterbildungszeiten als in der Europäischen Union. Zur Sicherung des deutschen Weiterbildungsstandards und um die Diskriminierung der Inländer abzuschaffen, sollte eine möglichst rasche Angleichung an europäische Regelungen erfolgen.

10. Praktisches Jahr (PJ) in der Allgemeinmedizin

Auf Antrag von Frau Dr. Dörr (Drucksache VII-69) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Die gültige Approbationsordnung für Ärzte (ÄappO) vom 27. Juni 2002 sieht Allgemeinmedizin als Wahlfach im Praktischen Jahr vor (§ 3 Abs. 1 und 4); ein Beschluss der 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 1. Juli 2005, sieht sogar Allgemeinmedizin als Pflichtfach in einem viergeteilten Praktischen Jahr vor. Die Umsetzung dieser Beschlüsse ist im Hinblick auf eine praxisorientierte, an den Bedürfnissen des Gesundheitswesens und der Krankenversorgung orientierte medizinische Ausbildung notwendig und sinnvoll, gerade auch im Sinne einer hausärztlichen Nachwuchsförderung.

Bisher bieten nur sehr wenige medizinische Fakultäten einzelne PJ-Plätze an. Die Umsetzung droht trotz hoher Nachfrage daran zu scheitern, dass die meisten Universitäten nicht bereit sind, die dafür notwendigen Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Die Bereitstellung von Räumen und EDV-Arbeitsplatz sowie die zeitintensive 1:1-Betreuung von Studierenden kann jedoch in hausärztlichen Praxen nicht ohne eine angemessene Entschädigung geleistet werden. Die Verhältnisse in freiberuflich geführten Praxen unterscheiden sich grundlegend von den Bedingungen eines akademischen Lehrkrankenhauses.

Der Ärztetag beauftragt den Vorstand, sich auf allen Ebenen dafür einzusetzen, dass PJ-Plätze in allgemeinmedizinischen Praxen in sinnvollem Umfang eingerichtet und auch bezahlt werden. Es ist nicht statthaft, dass die Hochschulen die Bereitstellung einer gesetzlich vorgesehenen Lehrveranstaltung einfach verweigern und verlangen, dass eine hoheitliche Aufgabe der Länder (die Ausbildung von Medizinstudierenden) unentgeltlich in privaten Praxen erfolgen soll.

Organspende

1. Organspendekommission und Transplantationsgesetz

Der Antrag von Herr Deutschmann und Frau Dr. Correns (Drucksache VII-64neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, das Verhalten von Mitgliedern der Ständigen Kommission "Organtransplantation" der Bundesärztekammer zu überprüfen, die angeblich bewusst gegen das Transplantationsgesetz (TPG) verstoßen haben sollen und damit möglicherweise dem Ansehen und der Reputation der Bundesärztekammer erheblichen Schaden zugefügt haben. Sollte die Überprüfung dazu führen, dass sich die Presseberichte bestätigen, sollen umgehend die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden, zumal der medizinische Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) bereits angekündigt haben soll, in ähnlich gelagerten Fällen in gleicher Weise zu verfahren.

Begründung:

Der Mangel an Spenderorganen in der Transplantationsmedizin ist ein Thema mit hoher gesellschaftlicher Relevanz und Sensibilität. Bereits vor der Einführung des TPG 1997 gab es eine breite Diskussion in der Öffentlichkeit, Umfragen bestätigten eine hohe Spendenbereitschaft, allerdings werden die Gesetzesfolgen aufmerksam beobachtet, immer wieder werden Vorgänge um die Organtransplantation kritisch wahrgenommen.

Aufgabe der Ständigen Kommission "Organtransplantation" ist insbesondere die Erstellung von Richtlinien zur Organspende, -vermittlung und -transplantation. Die Aufgaben der Prüfungs- und Überwachungskommission bestehen in der Kontrolle der Arbeit der Koordinierungsstelle für Organtransplantation (DSO) und der Verteilungsstelle (Eurotransplant Leiden).

In der Sitzung der Ständigen Kommission "Organtransplantation" am 6. Dezember 2005 wurde in diesem Gremium über die "Problematik der Zustimmungsbeschränkung von Angehörigen zur Organspende" diskutiert, deren zahlenmäßige Dimension nicht bekannt sei. Es habe aber vermehrt Fälle gegeben, in denen Angehörige einer vorgesehenen postmortalen Organspende nur unter bestimmten Bedingungen hätten zustimmen wollen. Die Kommissionsmitglieder stellten in der Diskussion fest, dass es bei der Frage der Zulässigkeit von Bedingungen um das Verhältnis der "lex generalis" – der Wahrnehmung des zu Lebzeiten ausgeübten allgemeinen Persönlichkeitsrechts – und der "lex specialis" – des Transplantationsgesetzes als Vermittlungsrecht geht. Im Ergebnis seien Zustimmungsbegrenzungen unzulässig, insbesondere störe eine Beschränkung auf bestimmte Personen das gesamte System der Organspende. Letztlich könne man also keine Explantation vornehmen, wenn trotz eines gesonderten Gespräches mit den Angehörigen als Ergebnis herauskomme, dass der Einwilligende ausschließlich unter der getroffenen Bedingung zur Organspende bereit war.

Wie in der Süddeutschen Zeitung (SZ) vom 9. Februar 2006 berichtet wurde, wollten Angehörige eines am 20. Januar 2006 im Hirntod verstorbenen Patienten einer erweiterten Organentnahme und Transplantation nur zustimmen, wenn die dialysepflichtige Witwe des Verstorbenen eine Niere erhält. Schon zu Lebzeiten hatte der Verstorbene seiner Ehefrau, die inzwischen seit 5 Jahren auf der Warteliste für eine Nierentransplantation geführt wurde, eine Niere spenden wollen; die Ehefrau hatte dieses Angebot allerdings abgelehnt, um seine Gesundheit nicht zu gefährden.

Aus diesem Dilemma heraus wurde eine Telefonkonferenz zwischen drei Mitgliedern der Ständigen Kommission "Organtransplantation", nämlich dem Vorsitzenden (Jurist), dem medizinischen Vorstand der DSO (Transplantationschirurg) und dem Ärztlichen Direktor von Eurotransplant, arrangiert. Diese drei Transplantations-Experten verständigten sich darauf, die Wartenden auf der Liste zu übergehen und der Witwe die Niere ihres Mannes zuzuteilen. Der Verstoß gegen das TPG war den Beteiligten nach eigenem Bekunden bewusst, auch, dass einer der Übergangenen

Wartenden sterben könnte, dass damit das Rechtsgut anderer Wartender verletzt wird.

Zusammenfassend haben also angeblich Mitglieder der StäKo Organtransplantation – zunächst im Verborgenen – das Transplantationsgesetz übertreten und Organe entgegen den gesetzlich zugelassenen Verteilungsregeln unmittelbar und persönlich verteilt und später – nach Aufdeckung durch die Ärztezeitung und die Süddeutsche Zeitung – trotz negativer Presseberichte dazu aufgefordert, auch in Zukunft das Gesetz zu missachten. Als Begründung wird angegeben, dass das Gesetz geändert werden müsse und bis zur Änderung man entsprechend, in Absprache mit der Koordinierungsstelle und der Vermittlungsstelle für Organspende, die Organe in der gegebenen Situation nach eigener Entscheidung verteilen werde. Diese Verabredung steht im Gegensatz zum Diskussionsstand in der Ständigen Kommission "Organtransplantation" vom 6. Dezember 2005.

Die nunmehr öffentliche Demonstration der Missachtung und die Aufforderung auch weiterhin das Transplantationsgesetz zu übertreten, ausgerechnet durch den Vorsitzenden der Ständigen Kommission "Organtransplantation" der Bundesärztekammer, wurde trotz massiver Kritik von Verbänden (z. B. Verband der Leitenden Krankenhausärzte), angeblich bisher weder gerügt, noch führte es zu personellen Konsequenzen. Somit droht der Vorgang zu einer Demonstration der Unfähigkeit der ärztlichen Selbstverwaltungsgremien zur Selbstkontrolle zu werden. Dies wäre in der jetzigen Situation politisch fatal. Deshalb wird der Vorstand der Bundesärztekammer zu einer Überprüfung aufgefordert.

2. Gesetzesänderung zur Organspende

Der Antrag von Herrn Deutschmann und Frau Dr. Correns (Drucksache VII-65) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 109. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, auf eine Gesetzesänderung hinzuwirken, die eine gezielte postmortale Organspende an Familienmitglieder möglich macht.

3. Organspende und Transplantationsgesetz

Auf Antrag von Herr Deutschmann und Frau Dr. Correns (Drucksache VII-76) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Der 109. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer für einen der nächsten Deutschen Ärztetage einen eigenen Tagesordnungspunkt "Transplantationsgesetz, Organspende und Organmangel" vorzubereiten.

Sterbebegleitung

1. Humane Sterbebegleitung

Auf Antrag von Dr. Schimanke, Frau Dr. Frenz und Frau Dr. A. Müller (Drucksache VII-70) fasst der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag betrachtet mit Sorge die in der öffentlichen Diskussion wiederholt geforderte Legalisierung aktiver Sterbehilfe. Er sieht darin einen gefährlichen Bruch im Wertebild menschlichen Lebens, der das Humane in unserer Gesellschaft grundlegend in Frage stellt. In letzter Konsequenz gefährdet dieser Umbruch die Autonomie des einzelnen Menschen sehr viel mehr als er sie befördert, weil er die Gefahr der missbräuchlichen Fremdbestimmung einschließt. Wir Ärztinnen und Ärzte lehnen es kategorisch ab, uns zum Handlanger und Vollstrecker jedweder Forderung nach aktiver Sterbehilfe machen zu lassen. Die Aufgabe von Ärzten ist und bleibt die Vorbeugung und Heilung von Krankheiten sowie Linderung von Leiden. Diese entspricht dem berufsethischen Leitbild; darauf können sich kranke, alte und gebrechliche Menschen seit jeher verlassen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist um so bedeutender, wenn der Patient machtlos seiner Krankheit ausgeliefert ist und er begleitet vom Arzt einen schweren Leidensweg beschreitet. Die hierbei häufig erfahrene Angst vor einem qualvollen Ende ist verständlich und menschlich. Ihr darf aber nicht dadurch begegnet werden, dass der aktiven Sterbehilfe das Credo der Erlösung zugesprochen wird.

Statt eines Tötungsangebotes muss ärztliche und pflegerische Aufgabe sein, die Lebensqualität unheilbar kranker Menschen bis zuletzt zu erhalten. Palliativmedizin und Hospizarbeit bieten Möglichkeiten für ein Lebensende in Würde und ohne Schmerzen. Eine angemessene Schmerztherapie und die menschliche Zuwendung für die von Leiden, Krankheit und Behinderung Betroffenen müssen daher vorrangige gesellschaftspolitische Aufgabe sein. Dies erfordert,

- eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgungsstruktur durch den Auf- und Ausbau von Palliativstationen, stationären Hospizen und ambulanten Hospiz- und Palliativdiensten zu schaffen,
- eine bedarfsgerechte spezialisierte Palliativversorgung des Patienten durch eine gesetzliche Regelung abzusichern und die dafür erforderlichen Mittel bereit zu stellen,
- die Informations- und Beratungsangebote über palliativmedizinische Möglichkeiten zu erweitern, um das Bewusstsein und die Akzeptanz für die Sterbebegleitung zu fördern und entsprechende Wünsche in Vorsorgeverfügungen äußern zu können,
- die Palliativmedizin in die Aus- und Fortbildung aller betroffenen Berufsgruppen regelhaft einzubeziehen.

Verschiedene Aspekte der ärztlichen Beraufsausübung

1. *Klinische Forschung*

Auf Antrag von Frau Dr. Borelli, Herr Hesse, Dr. Reisp und Prof. Dr. Kunze (Drucksache VII-32) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 109. Deutsche Ärztetag betont die Notwendigkeit und Wichtigkeit klinischer Forschung. Klinische Forschung ist unverzichtbar, um neue und bessere Behandlungsmethoden und -möglichkeiten zum Wohle der Patienten zu entwickeln. Klinische Forschung muss nach den Grundsätzen von Good Clinical Practice erfolgen und die freiwillig teilnehmenden Probanden möglichst geringen Risiken aussetzen.

2. Qualitätssicherung: Freier Zugang zu Forschungsergebnissen

Auf Antrag von PD Dr. Scholz (Drucksache VII-82) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Zugang zu Forschungsergebnissen stellt eine der wesentlichsten Grundlagen der ärztlichen Weiter- und Fortbildung dar. Die Bundesärztekammer wird daher beauftragt, eine Initiative bei der Bundesregierung zu starten, die dann die öffentlichen Geldgeber verpflichtet, die Ergebnisse geförderter Forschung in Publikationen öffentlich und frei zugänglich zu machen (im Sinne des Open Access).

Begründung:

Gerade bei durch den Steuerzahler finanzierter Forschung, im Besonderen im Bereich der Lebenswissenschaften, kann es nicht angehen, dass es dem Interessierten oft nicht mehr möglich ist, die Ergebnisse offen einzusehen. Wollte sich also der Mediziner auf dem neusten Stand halten, muss er die Mehrheit der Artikel inzwischen auf Bezahlbasis abrufen. Die Initiative Open Access und Public Library of Open Science (PLOS) wirken genau darauf hin, dass jedermann auf der Welt freien Zugang zu den Publikationen hat. Allein die Diskussion der Verlage mit den Initiativen hat schon ein Reduktion der Sperrzeiten bewirkt (leider hauptsächlich in den USA).

3. Notarzdienst, Arbeitszeitgesetz

Der Antrag von Dipl.-Med. Michaelis (Drucksache VII-61) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, mit dafür zu sorgen, dass die Besetzung der Notarzdienste weiterhin möglich ist.

Begründung:

Die neuen Arbeitszeitregelungen lassen es möglich erscheinen, dass nicht ausreichend Notärzte für die Dienste zur Verfügung stehen. Die Versorgung von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen hat jedoch die höchste Priorität.

4. Arbeitsplatz der Delegierten

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

Der Deutsche Ärztetag bittet die Geschäftsführung, bei künftigen Ärztetagen eine Stromversorgung an den Delegiertenplätzen zu ermöglichen; Wünschenswert wäre auch die Einrichtung eines LAN statt nur einiger Arbeitsplätze im Foyer.

Begründung:

Die Akku-Kapazität der Laptops ist nicht nur bei den Pressevertretern begrenzt und ein W-LAN-Access ist sicher nicht teurer und aufwendiger als die PC-Arbeitsplätze im Foyer.

5. Vereinbarkeit von ärztlichem Beruf und Familie

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Buchalik, Frau Dr. Mieke und Frau Dr. Lutz (Drucksache VII-79) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Verantwortlichen (z. B. die Träger von Kliniken und Krankenhäusern, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Vereinigungen) dazu auf, dafür Sorge zu tragen, dass der Arztberuf und Familie vereinbar werden. Zum Beispiel sollten die Kliniken die Rahmenbedingungen so gestalten, dass dem berechtigten Anspruch von Ärztinnen und Ärzten auf Betreuung ihrer Kinder während der Dienstzeiten Rechnungen getragen wird.

Begründung:

Eine Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes ergab, dass nur knapp 7 % der deutschen Kliniken bisher familienfreundliche Kinderbetreuungsmöglichkeiten anbieten. Die Ergebnisse einer weiteren Umfrage unter den Hausärzten stehen noch aus.

Bei Studierenden ergab eine weitere Studie, dass der Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf an vordringlichster Stelle steht.

Das Bundesministerium für Gesundheit belegte in einer Untersuchung, dass die Abwanderung von Arztfamilien unter anderem mit familienfreundlichen Angeboten in den Zielländern begründet wird.

In Deutschland fehlen zunehmend Ärztinnen und Ärzte und es fehlen Kinder. Was liegt also näher, als diese beiden Fakten einander näher zu bringen.

Daher fordern die Delegierten des 109. Deutschen Ärztetages, die Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte so zu gestalten, dass Beruf und Kindererziehung vereinbar wird.

6. Mitwirkung von Ärzten bei Rückführung von Ausländern

Auf Antrag von Frau Dr. Rothe-Kirchberger, Dr. Lorenzen und Frau Dr. Schulenburg (Drucksache VII-86) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der in Nordrhein-Westfalen seit 16. Dezember 2004 umgesetzte Informations- und Kriterienkatalog für die Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge soll nach den positiven Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen allen Bundesländern zur Umsetzung empfohlen werden. Die Landesärztekammern sollen auf Landesebene dazu initiativ werden.

Begründung:

Auf der Ebene der Innenministerkonferenzen war 2004 vereinbart worden, bei positiven Erfahrungen nach einem Jahr eine Umsetzung in allen anderen Bundesländern zu empfehlen. Diese liegen offenbar vor, so dass die bundesweite Umsetzung jetzt aussteht.

7. Tagesordnungspunkt für einen der nächsten Deutschen Ärztetage

Auf Antrag von Dr. Bolay, Dr. Voigt, Dr. Peters, Prof.Dr. Kunze, Dr. Windhorst, Dr. Zinke und Dr. Müller (Drucksache VII-88) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Der 109. Deutsche Ärztetag beantragt, dass einer der nächsten Deutschen Ärztetage sich u. a. mit dem Hauptthema "Zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland" befasst.

8. Tagesordnungspunkt für einen der nächsten Deutschen Ärztetage

Auf Antrag von Prof. Dr. Hettenbach (Drucksache VII-89) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag:

Der 109. Deutsche Ärztetag beantragt, dass sich einer der nächsten Deutschen Ärztetage (z. B. in Münster) u. a. mit dem Hauptthema "Zur Stellung der Abteilungsleiter, Chefärzte und Ärztlichen Direktoren in Deutschland" befasst.

Zu Punkt VIII der Tagesordnung: **BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER** **BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2004/2005** **(01.07.2004 – 30.06.2005)**

1. Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-01) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V., Münster.

Der Jahresabschluss der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005) wird gebilligt.

Zu Punkt IX der Tagesordnung: **ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER** **FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005)**

1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer

Auf Antrag von Dr. Köhler (Drucksache IX-01) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2004/2005 (01.07.2004 – 30.06.2005) Entlastung erteilt.

Zu Punkt X der Tagesordnung:
HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR
2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007)

1. *Haushaltsvoranschlag*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache X-01) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2006/2007 (01.07.2006 – 30.06.2007) in Höhe von 15.777.000,00 Euro wird genehmigt.

Zu Punkt XI der Tagesordnung:
WAHL DES TAGUNGORTES FÜR DEN 111. DEUTSCHEN
ÄRZTETAG 2008

1. *Wahl des Tagungsortes für den 111. Deutschen Ärztetag 2008*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache XI-01) beschließt der 109. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Als Tagungsort für den 111. Deutschen Ärztetag vom 20. bis 23. Mai 2008 wird Ulm bestimmt.

Für die Richtigkeit
Berlin, den 26. Mai 2006

Dr. Hans-Jürgen Maas

unter Mitwirkung von

Dr. Annegret Schoeller

Karin Brösicke

Markus Rudolphi

Dana Hieksch