

*BESCHLUSSPROTOKOLL
DES
105. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
vom 28. – 31. Mai 2002
IN ROSTOCK*

Inhaltsverzeichnis

Zu Punkt I der Tagesordnung: Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	1
1. Förderung der Ärzteschaft: Medizin mit Menschlichkeit	1
2. Vorüberlegungen zu einer "Gesundheitspolitischen Analyse der Ärzteschaft"	4
3. Zunehmende Rationierung von Gesundheitsleistungen	7
4. Das Gesundheitswesen ist mehr als ein Wirtschaftszweig.....	8
5. Armut macht krank	9
6. Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft	10
7. Lohnnebenkosten – Diskussion	11
8. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus	11
9. Ärztemangel effektiv bekämpfen	13
10. Ärztemangel als Thema auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage	14
11. Abschaffung des Numerus Clausus zur Behebung des Ärztemangels.....	14
12. Zulassungsbeschränkungen aufheben	14
13. Steigerung der Attraktivität des Arztberufes	15
14. Anerkennung von ärztlichen Diplomen in der Europäischen Union.....	15
15. Ausbeutung junger Ärztinnen und Ärzte	17
16. Arbeitsbedingungen für Krankenhaus-Ärzte	17
17. Flache Hierarchien im Krankenhaus	18
18. Abbau von Krankenhaushierarchie	18
19. Aktuelle ärztliche Arbeitszeitbedingungen im Krankenhaus	18
20. Der "gläserne Beruf" (Datenlieferungen an Krankenkassen)	20
21. DRG-Einführung auf unzureichender Datengrundlage gefährdet Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit.....	20
22. DRG-Fallpauschalen dürfen nicht zur Benachteiligung einzelner Fachbereiche und zu nachteiligen Wechselwirkungen mit einzelnen Versorgungsbereichen führen	21
23. DRGs – Versorgungsnotstand bei der ambulanten und rehabilitativen Behandlung.....	22
24. Verwaltungsaufwand für Umsetzung der DRGs	23
25. Vergütung der realen Personalkosten im Krankenhaus	23
26. Abschaffung der AIP-Phase/Unterbezahlung ärztlicher Berufsanfänger in Deutschland.....	24
27. AIP-Vergütung unzureichend	24
28. Abschaffung der Arzt im Praktikum-Phase	25
29. Abschaffung der AiP-Phase vor dem Jahr 2009.....	25
30. Änderung der Bundesärzteordnung im Hinblick auf die Abschaffung der AiP- Phase.....	26
31. Abschaffung des AIP/ÄIP per Sondergesetzgebung	26
32. Belgisches Gesetz zur Legalisierung der Euthanasie.....	26
33. Approbationsordnung für Ärzte novellieren.....	27
34. Neue Approbationsordnung	27
35. Umsetzung der Approbationsordnung an den Fakultäten	29
36. Vergütung der Ärzte in den neuen Bundesländern.....	29
37. Gleiche Honorare für Ost und West	30
38. Aufsuchende Prävention einführen	30
Zu Punkt II der Tagesordnung:	
Individualisierung oder Standardisierung in der Medizin?	31
1. Orientierung des Arztbildes in einer sich wandelnden Gesellschaft.....	31
2. Nationales Programm für Versorgungsleitlinien bei der Bundesärztekammer	35
3. Disease Management Programme nur für Patienten – nicht gegen sie	36
4. DMP - Berücksichtigung von psychischen und psychosomat. Aspekten	37
5. Individualisierung oder Standardisierung in der Medizin	38
6. Leitlinien – Berücksichtigung psychosomatischer und somatopsychischer Diagnostik und Therapie.....	38

7.	Disease-Management-Programme – nur unter bestimmten Bedingungen hilfreich	38
8.	Disease-Management-Programme – nur unter Beachtung des Datenschutzes	39
9.	Gefahr ökonomischer Orientierung bei DMP	39
Zu Punkt III der Tagesordnung: Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin		40
1.	100 Jahre Ärztinnen – Zukunftsperspektive für die Medizin	40
2.	Ärztinnen im Beruf – strukturelle Probleme lösen – Diskriminierung beseitigen – Karriere-Chancen verbessern	44
3.	Flexible und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle	46
4.	Entwicklung von Teilzeitarbeitsmodellen	47
5.	Weiterbildung in Teilzeit	48
6.	Erfassung von Teilzeittätigkeit durch die Landesärztekammern	48
7.	Ausreichende Kinderbetreuungseinrichtungen an allen Universitätskliniken	48
8.	Kinderbetreuung bei Deutschen Ärztetagen	49
9.	Kinderbetreuung bei Fortbildungsveranstaltungen	49
10.	Kindertagesstätten an Krankenhäusern	50
11.	Familienbetreuung steuerlich berücksichtigen	50
12.	Kinderbetreuungskostenentschädigung bei ehrenamtlicher Tätigkeit	51
13.	Steuerliche Absetzbarkeit von Kinderbetreuungs-, Haushalts- und Pflegekosten	51
14.	Umgestaltung hin zu einer familienfreundlichen Vertragsarztstätigkeit	51
15.	Entbindung von der Verpflichtung zum Notdienst	52
16.	Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten im Hinblick auf die Auswahlkriterien bei der Praxisnachfolge	52
17.	Personeller Ausgleich bei schwangerschaftsbedingter Arbeitsreduzierung	53
18.	Baldige Abschaffung der AiP-Phase	53
19.	Medizinstudium und Schwangerschaft	53
20.	Beiträge des Bundes auch für kindererziehende Mitglieder ärztlicher Versorgungswerke	54
21.	Höchstzeiten in der Weiterbildung	54
22.	Wiedereinstiegskurse/-hilfen nach Familienpause	55
23.	Geschlechtsspezifische Aspekte der Medizin in der Aus-, Weiter- und Fortbildung	55
24.	Bestandsanalyse zum Geschlechtervergleich	55
Zu Punkt IV der Tagesordnung: Zukunft der hausärztlichen Versorgung		56
1.	Schaffung einer einheitlichen Hausarztqualifikation	56
2.	Änderung zu Antrag IV-1	56
3.	Änderung zu Antrag IV-1	56
4.	Hausärztliche Versorgung der Zukunft	57
5.	Einheit der Inneren Medizin belassen	57
6.	Dreijährige stationäre internistische Weiterbildung notwendig	58
7.	Kursweiterbildung Allgemeinmedizin	58
8.	Theoretischer Kurs in der hausärztlichen Weiterbildung	58
9.	Wehrbildungsinhalt Psychosomatik in Allgemeiner und Innerer Medizin	59
Zu Punkt V der Tagesordnung:		
Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-) Berufsordnung §§ 27,28 in Verbindung mit Kapitel D I Nr. 1 - 5, § 15 Abs. 2, § 20 Abs. 3		59
1.	Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung §§ 27, 28 in Verbindung mit Kapitel D I Nr. 1-5, § 15 Abs. 2, § 20 Abs. 3	59
Zu Punkt VI der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer		62
Ethische Fragen der Gesundheitsversorgung		62
1.	Zur Lage der Menschenrechte in Israel und Palästina	62
2.	Sicherung von Beweismitteln - Exkorporation von Drogen durch Verabreichung sog. Brechmittel oder sonst. Maßnahmen	62
3.	Brechmitteleinsatz bei Drogendelikten	63
4.	Zwangsarbeit/Beteiligung am Entschädigungsfonds	63

5.	Präimplantationsdiagnostik.....	64
6.	Deklaration gegen Gewalt des EWHNET	65
7.	Kriegsgefahr und Katastrophenmedizin	65
8.	Assistierte Reproduktion.....	66
	Geschlechtsspezifische Fragen der Gesundheitsversorgung / Häusliche Gewalt in der Familie.....	66
1.	Frauzentrierte Versorgungsangebote im Gesundheitswesen.....	66
2.	Krankheit und soziale Lage von Frauen.....	67
3.	Geschlechtsdifferente Erhebung der Gesundheitsdaten im Sinne des Gender Mainstreaming	68
4.	Häusliche Gewalt in der Familie.....	68
5.	Aufbau eines Forschungsbereiches zur Problematik "Häusliche Gewalt" in der Familie	69
6.	Aufnahme der Thematik „Häusliche Gewalt“ in die (Muster-) Weiterbildungsordnung.....	69
7.	Thema „Häusliche Gewalt“ im Gegenstandskatalog der Approbationsordnung	69
8.	Diagnose- und Therapieschlüssel für „genitale Verstümmelung“ schaffen	70
	Ärztmangel	70
1.	Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels.....	70
2.	Konzepte zur besseren Begleitung von Studierenden an medizinischen Fakultäten	70
	Ärztliche Arbeitsbedingungen / Bürokratisierung	71
1.	Einsatz von studentischem Hilfspersonal als erste Operations-Assistenz	71
2.	Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit.....	71
3.	DRGs – Stationsassistenten und -assistentinnen einsetzen	72
4.	Eingeschränkung des Hilfsmittelbezugs ist abzulehnen	72
5.	EDV-Zeitdokumentation (Stechuhren) für Ärzte	73
6.	Arbeitskreise „Junge Ärztinnen und Ärzte“ auf Landesebene	73
7.	Umsetzung von Beschlüssen des 104. Deutschen Ärztetages zur Situation angestellter Ärzte auf Länderebene	74
	Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung.....	74
1.	Erstellung eines Berichtes „Krankheit und soziale Ungleichheit“.....	74
2.	Verbesserung des Katastrophenschutzes	74
3.	Hämotherapie-Richtlinien - Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin	76
4.	Thema "Patient und Arzt" als Tagesordnungspunkt auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage	76
5.	Publikation „Prävention von Verletzungen“ neu herausgeben.....	77
6.	Mehr Organspenden nötig.....	77
7.	Palliativmedizin – Schwerpunktthema des 106. Deutschen Ärztetages.....	78
8.	Pflegenotstand beheben.....	78
9.	Zusammenarbeit der Partner im Gesundheitswesen.....	78
10.	Atomarer Katastrophenschutz.....	79
	Ärztliche Fort- und Weiterbildung.....	79
1.	Fortbildungscurriculum zur Gutachtenerstellung bei psychisch traumatisierten ausländischen Flüchtlingen	79
2.	Fortbildungen zum Thema „Genitalverstümmelungen“	80
3.	Krankenhausversorgung – Spezialisierung stationärer Abteilungen	80
4.	Zertifizierte Fortbildung Notfallmedizin.....	81
5.	Fortbildung zu Mobbingkrankungen ist dringlich	81
6.	Notfallmedizinische Kurse und Strahlenschutzkurse als obligatorischer Weiterbildungsteil zu Lasten der Krankenhäuser	82
7.	Vergütung von Fort-/Weiterbildung	82
8.	Weiterbildung in der „Ärztlichen Psychotherapie“ auch für Haus- und Fachärzte ermöglichen	83
9.	Weiterbildung in der Orthopädie / Chirurgie / Unfallchirurgie	83
10.	Beschlussfähige Novelle der (Muster)Weiterbildungsordnung in 2003	84
11.	Persönliche Eignung zur Weiterbildungsbefugnis.....	84
12.	Ärztliche Weiterbildung unter den Bedingungen des DRG-Systems.....	84
13.	Befähigungsnachweis in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	85

GOÄ / Honorierung ärztlicher Tätigkeit / Zuwendungen Dritter	85
1. Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz.....	85
2. Angleichung des GOÄ-Vergütungsniveaus in den neuen Bundesländern.....	85
3. Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	86
4. Einseitige Honorarfestlegung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger.....	87
5. Zuwendungen durch die pharmazeutische Industrie	87
6. GOÄ-Honorar Leichenschau / Neuschaffung "Leichenschaubesuch".....	88
Vertragsärztliche Tätigkeit / Niederlassung.....	89
1. Zulassungsbeschränkungen nach § 103 SGB V	89
2. Bürokratie und Dokumentationsflut in den ärztlichen Praxen.....	89
3. Schwerpunktthema „Arbeitssituation der niedergelassenen Ärzte“ auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage.....	89
4. Beschränkung der Niederlassung als Allgemeinärztin/-arzt	90
5. Sozialrecht darf ärztliches Berufsrecht im Hinblick auf die haus- und fachärztliche Versorgung nicht aushöhlen	91
Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages / Vorstand Bundesärztekammer	91
1. Ergänzung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage	91
2. Vorstandsanträge zum Deutschen Ärztetag	91
3. Versand von Ärztetagsanträgen.....	91
Verschiedenes	92
1. Solidarität mit der tschechischen Ärztekammer.....	92
2. Dienstleistungen im Rahmen der GATS-Verhandlung	92
3. Förderung der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit und gesundheitliche Aufklärung durch "medizin heute"	93
4. Plakatausstellung "Ärztinnen" auf dem 105. Deutschen Ärztetag	94

Zu Punkt VII der Tagesordnung:

Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001)	95
1. Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001)	95

Zu Punkt VIII der Tagesordnung:

Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001)	95
1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001).....	95

Zu Punkt IX der Tagesordnung:

Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 – 30.06.2003)	95
1. Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002- 30.06.2003).....	95
2. Haushaltsvoranschlag	96

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

1. *Forderung der Ärzteschaft: Medizin mit Menschlichkeit*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-1) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Lippross (Drucksache I-1b) und Herrn Zimmer (Drucksachen I-1d und I-1e) fasst der 105. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Das deutsche Gesundheitswesen geht weiter den Weg in die Mangelverwaltung.

Die deutsche Ärzteschaft nimmt ihre Verantwortung für die Versorgung der Patienten – als individuellen Behandlungsauftrag aber auch als öffentliche Aufgabe gegenüber der Gesellschaft – wahr.

Unser Auftrag, die gesundheitlichen Probleme der Patienten professionell nach dem anerkannten Stand der Medizin zu lösen, muss auch im Sozialversicherungssystem erfüllbar bleiben.

Dies ist akut bedroht. Nicht mehr nur die soziale Gestalt des Gesundheitswesens ist in Gefahr, sondern grundlegende Versorgungsaufträge werden – wenn keine Neuorientierung erfolgt – nicht mehr zu erfüllen sein.

Die rücksichtslose Ökonomisierung unseres Gesundheitswesens, eines zentralen Teils unseres Sozialsystems, führt nicht nur zu einer Ausgrenzung der sozial Schwachen und Kranken, sondern – wie immer deutlicher sichtbar wird – auch zu einem allgemeinen Qualitäts- und Funktionsverlust.

Die Gesundheitspolitik wird von fragwürdigen Sachverständigengutachten und Meinungen selbst ernannter Experten getrieben. Nicht die Gesundheitsbedürfnisse der Menschen in Deutschland, sondern die Interessen und Ideologien von Experten lenken die Politik. Mit einer nie da gewesenen Hemmungslosigkeit betrachtet die Expertokratie das Gesundheitswesen als einen Selbstbedienungsladen, aus dem immer wieder neue Institute, Programme und Gutachten herausgepresst werden müssen, damit das Geld in die eigenen Institute fließt. Die Folge sind Ziellosigkeit und ein Wechsel von immer absurderen Vorstellungen über Reformen im Gesundheitswesen, wie die Auflösung des Sicherstellungsauftrages, Einkaufsmodelle und eine weiter steigende Übertragung von Morbiditätsrisiken auf die Leistungserbringer.

Der Ärztetag warnt vor dem Versagen des Gesundheitswesens

Während einerseits eine strikte Evidenzbasierung der Medizin verlangt wird, machen Politiker andererseits Wahlgeschenke zu Lasten der Versichertengemeinschaft. Das Predigen der rationalen Medizin einerseits und das Verschenken von medizinisch unbewiesenen Maßnahmen, Luxusbehandlungen oder schlicht völlig medizinfremden Leistungen zu Lasten der solidarischen Krankenversicherung andererseits, zeigt die Unredlichkeit der Politik.

Dabei ist es höchste Zeit zu handeln:

- Bereits jetzt müssen Menschen wegen der verfehlten Gesundheitspolitik (Budgets) auf notwendige planbare Operationen teilweise monatelang warten.
- Bereits jetzt geht der medizinische Fortschritt an Deutschland vorbei – weil das Geld fehlt. Notwendige Therapien mit neuen, teuren Medikamenten findet oft nicht mehr statt (z. B. Hepatitis C-Behandlung) und neue Geräte werden nicht mehr angeschafft (Investitionsstau).

- Bereits jetzt haben wir massive Defizite in der Behandlung chronischer Erkrankungen auch und besonders weil Mittel dafür fehlen (z. B. Diabetes). Auf die neuen Anforderungen durch die veränderte Demographie unserer Gesellschaft sind wir nicht gerüstet.
- Bereits jetzt lassen wir dringende Gesundheitsbedürfnisse ganzer Bevölkerungsgruppen, wie z. B. die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen unzureichend berücksichtigt.

Dies alles droht nicht nur – es ist schon Wirklichkeit in Deutschland!

Die Konsequenzen lasten nicht nur auf den Patienten: Auch die Ärztinnen und Ärzte sind die Bedingungen, unter denen gesundheitliche Versorgung in Deutschland stattfindet, leid:

- miserable Arbeitsbedingungen in veralteten und schlecht instand gehaltenen Kliniken besonders in Westdeutschland,
- eine ständige Überlastung unter grober Missachtung des Arbeitszeitgesetzes,
- eine ständige öffentliche Diffamierung von Ärzten,
- der stete Missbrauch von Ärzten als Verwaltungshilfsarbeiter und Dokumentationsassistenten,
- der stete Missbrauch von jungen Ärzten als billige – weil faktisch unbezahlte – Hilfskräfte für nicht ärztliche Tätigkeiten
- die Verlagerung des Morbiditätsrisikos durch Budgets auf die niedergelassenen Ärzte,
- die ständigen Versuche der Politik, einzelne Arztgruppen gegeneinander auszuspielen,
- die Verkehrung des freiberuflichen Status des Arztes in eine Scheinselbständigkeit,
- die immer neuen Drohungen mit überflüssigen Drangsalierungsmaßnahmen wie Rezertifizierung und Kompetenzüberprüfung,
- eine Honorierung, die weder der eigentlichen ärztlichen Leistung, geschweige denn den Überstunden, Bereitschaftsdiensten und der Mehrarbeit gerecht wird, die besonders in den neuen Bundesländern völlig unangemessen ist.

Es ist genug!

Viele Ärztinnen und Ärzte ziehen deshalb die Konsequenzen:

- erfahrene Kollegen gehen früher als geplant in den Ruhestand,
- Ärzte in ungekündigter Stellung wandern in großer Zahl ins Ausland ab, wo sie vernünftige Arbeitsbedingungen vorfinden und
- Studienabsolventen weichen in großer Zahl in andere nicht-ärztliche Tätigkeitsfelder aus, wo sie anständig bezahlt werden und bessere Arbeitsbedingungen vorfinden.

Schon jetzt ist die Versorgung in etlichen ländlichen Gebieten nicht mehr gesichert. Schon jetzt können viele Assistenzarztstellen nicht mehr besetzt werden.

Und das alles, nicht weil es nicht genügend Ärzte gibt, sondern weil die Bedingungen so schlecht sind! Die Unterversorgung ist strukturbedingt.

Dabei ist absehbar:

Die gesetzgeberischen Fehlleistungen der letzten Jahre haben ihre katastrophalen Wirkungen noch gar nicht voll entfaltet:

Die überstürzte und schlecht vorbereitete Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) zur Krankenhausfinanzierung wird

- es schwer machen, dass Ärzte sich in ausreichendem Maße um schwerkranke, weil für das Krankenhaus „unrentable“ Patienten kümmern,
- die personellen Engpässe der Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen noch mehr verschärfen
- die Investitionsmisere der Krankenhäuser in den alten Bundesländern noch verschlimmern,
- die Ärzte noch mehr zu Buchhaltern der Krankenhausverwaltung machen und Zeit für die Arbeit für und mit den Patienten stehlen,
- das Interesse der Krankenhäuser an der Weiterbildung der Fachärzte zunichte machen.

Die Arbeit des neu eingesetzten Koordinierungsausschusses und die Verhandlungen um die Disease-Management-Programme lassen den Verdacht aufkommen, dass es dabei nicht wie angekündigt um eine Verbesserung der medizinischen Versorgung geht, sondern darum, den Krankenkassen eine direkte Eingriffsmöglichkeit in die Behandlung der Patienten zu ermöglichen. Dazu sollen Patientendaten an die Krankenkasse weitergeleitet werden.

Dass sich Krankenkassen am liebsten junge, gesunde und gut verdienende Mitglieder wünschen, haben sie in den letzten Jahren ausreichend deutlich gemacht. Nun aber droht Druck auf die chronisch kranken und damit teureren Patienten und auch auf die Ärzte, die für ihre Patienten nach Meinung der Krankenkassen zu viel tun. Statt evidenz-basierter Medizin droht Einheitsmedizin, statt ärztlicher Beratung die Kontrolle durch die Call-Center der Krankenkassen.

Der Ärztetag fordert einen schnellen und tiefgreifenden Wechsel der Gesundheitspolitik

Dringende Probleme müssen sofort gelöst werden.

Dazu gehören:

- die strukturebedingte Unterversorgung,
- Wartelisten und Praxisaufgaben wegen sektoraler Budgets,
- eine unmenschliche Arbeitsbelastung,
- das Investitionsdefizit insbesondere in den Kliniken der alten Bundesländer und
- bisher unzureichend berücksichtigte Gesundheitsprobleme wie z. B. die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen.

Notwendig sind:

1. Die Sicherstellung der notwendigen Ressourcen für das Gesundheitswesen durch
 - Erweiterung der Einnahmehasis, u. a. durch Ausdehnung auf andere Einkunftsarten und eine gerechtere Gestaltung der Familienmitversicherung,
 - Beendigung der sozialpolitischen „Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung und Aufgabe der versicherungsfremden Leistungen,
 - Kostentransparenz, damit Bürger wissen, was für ihre Gesundheit einerseits und für die Verwaltungsapparate der Krankenkassen und Versicherungen sowie für Sachverständige andererseits ausgegeben wird,
 - Abschaffung der Budgets: das Morbiditätsrisiko müssen die Krankenkassen tragen - dies ist ihre Aufgabe als Versicherung,
 - Selbstbehalte mit Steuerungsfunktion, weil Nachdenken über die eigene Gesundheit hilft, bewusster mit Ressourcen umzugehen und
 - Ausgliederung von Individualleistungen, weil persönliche Bedürfnisse, die keinen medizinischen Bedarf darstellen, nicht durch die Solidargemeinschaft finanziert werden dürfen!

2. Eine klare Ausrichtung auf medizinische Notwendigkeiten durch
 - Anpassung der Versorgungsstrukturen in Krankenhaus und Praxis an die Entwicklung der Medizin
 - Optimierung der Leistung – u. a. durch Einsatz evidenz-basierter Medizin,
 - eine Positivliste für Arzneimittel, die wissenschaftlich und nicht politisch begründet ist und
 - Strukturierte Versorgungsprogramme (Disease-Management-Programme), die der Verbesserung der Versorgung und nicht der Kontrolle der Patienten dienen, d. h.: DMPs für die Patienten, nicht gegen sie!
3. Die Beachtung des Arbeitszeitgesetzes, die Freistellung klinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte von Verwaltungsarbeiten und Pflegeaufgaben!
4. Eine vernünftige Einführung der DRGs; Zeit geben zum Planen, Erproben und Justieren!
5. Schluss mit der Expertokratie - keine neuen Institute, keine weiteren gesundheitsökonomischen Eskapaden, keine überflüssigen, inhaltslosen und teuren Gutachten mehr!
6. Keine weiteren Diffamierungen von Ärztinnen und Ärzten!
7. Eine gerechte Honorierung ärztlicher Leistung!

2. Vorüberlegungen zu einer "Gesundheitspolitischen Analyse der Ärzteschaft"

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-2) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, nachfolgende Vorüberlegungen zu einer „Gesundheitspolitischen Analyse der Ärzteschaft“ unter Berücksichtigung der Ärztetagsdebatte weiter zu beraten mit dem Ziel, diese Thematik auf einen der nächsten Deutschen Ärztetage als Tagesordnungspunkt vorzusehen:

I. Einleitung

Politische Verantwortung der Ärzteschaft

Warum engagiert sich die Ärzteschaft in der Diskussion um eine GKV-Reform?

- Weil sie die Versorgung der Patienten verantwortet – als öffentliche Aufgabe und als individuellen Behandlungsauftrag.
- Diese Versorgungsaufgabe kann sie nur erfüllen, wenn ihr Berufsauftrag auch im Versicherungssystem erfüllbar bleibt: nämlich professionell nach dem anerkannten Stand der Medizin die gesundheitlichen Probleme der Patienten zu lösen.

Versicherungsschutz und Patientenversorgung

Aus Sozialstaatlichkeit und Daseinsvorsorge folgt eine obligatorische Absicherung der Bevölkerung gegen das Krankheitsrisiko. In Deutschland wird diese Aufgabe bisher durch eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gelöst. Die Ausgestaltung

dieses Schutzsystems orientiert sich jedoch nicht immer vorrangig an einer Patientenversorgung, die ärztlich verantwortbar ist.

Das politische Dogma der Beitragssatzstabilität sowie die z. T. strikte Anwendung von Kollektiv- und Individualbudgets haben zeitweise sogar schon zu einem Vorenthalten medizinisch notwendiger Leistungen (Rationierung) geführt. Dies wollen und dürfen Ärzte nicht hinnehmen.

Daher besteht Reformbedarf.

Unabhängig davon, in welcher Tiefe die anstehende Reform erfolgt, sind folgende Schritte unabdingbar:

Patientenrechte und -beteiligung

a) Die Einbeziehung der spezifischen Kompetenz von Selbsthilfegruppen mit dem Ziel der Erhöhung der Transparenz bei der Erstellung von Leitlinien, DMP sowie der Definition dessen, was für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur notwendig ist, wird befürwortet.

b) Konvergenz der Vergütungssysteme

Integration der Versorgungsbereiche Ambulant/Stationär/Reha/Pflege

und die

Konvergenz der Vergütungssysteme für die Versorgungssektoren einschließlich ärztlicher Leistungen.

c) **Transparenz und Patientenbeteiligung**

Modellversuche mit der sog. Patientenquittung sowie die Erweiterung der Chipkarte werden unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben befürwortet. Hinsichtlich der Erweiterung der Chipkarte soll erprobt werden, ob die Vermeidung der Mehrfachinanspruchnahme von Ärzten (doctor-hopping) erreicht werden und ob die Chipkarte als Instrument einer erhöhten Patientensicherheit Verwendung finden kann.

II. Für die Reform gibt es zwei grundsätzliche Optionen

Option A: Weiterentwicklung

Die heutige GKV beruht u.a. auf den Elementen:

- solidarische lohn-/gehaltsbezogene Beitragsfinanzierung
- Beteiligung der Arbeitgeber an der Beitragsfinanzierung
- beitragsunabhängige Versorgung nach dem medizinischen Bedarf
- finanzielle Steuerung der relativ unbegrenzten Bedürfnisse über Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern
- Gesetzliche Rahmenvorgaben in Form von Beitragssatzstabilität und sektoralen Budgets

Die heutige GKV befindet sich in einer Finanzierungskrise. Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt, Ansteigen der Patientenbedürfnisse sowie

ein grundlegender Wandel der Arbeitswelt mit den hinreichend bekannten Problemen der Dauerarbeitslosigkeit und sinkender Lohnquote verschärfen die bereits bestehende Krise der Gewährleistung einer patientengerechten Versorgung.

Die GKV muss in ihren Strukturen den heutigen Bedürfnissen und Notwendigkeiten angepasst werden.

Das System der GKV wird mit seinen Grundprinzipien, Eigenverantwortung, Subsidiarität, Solidarität und Beitragsfinanzierung fortgeführt. Allerdings sollten zu einer wirklich grundlegenden Weiterentwicklung folgende Forderungen erfüllt werden:

1. Feststellung des Versorgungsbedarfes

Grundlage für das Handeln der Akteure im Gesundheitswesen muss die fortlaufende Erfassung und Bewertung des Versorgungsbedarfes sein. Mit Hilfe der Definition von Versorgungszielen werden zum einen notwendige Prioritäten gesetzt; zum anderen eine bessere Allokation der zur Verfügung stehenden Mittel gewährleistet.

2. Leistungsumfang – Neudefinition

Es ist untragbar, dass der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Vergangenheit immer mehr versicherungsfremde Aufgaben zugewiesen wurden. Diese Aufgaben müssen in eine Steuerfinanzierung überführt werden. Es dürfen nur die solidarisch zu verteilenden Risiken finanziert werden. D. h. Konzentration auf das im Krankheitsfall und zur Gesundheit medizinisch Notwendige, Flexibilisierung des Leistungsrechtes mit Blick auf die Patientenbedürfnisse (z. B. Zusatzleistungen), Grundoptionen zur Wahl von Sachleistungen oder Kostenerstattung.

Ein sozial abgefederter Einsatz der Instrumente Selbstbehalt und Selbstbeteiligung soll Anreize zu einer kostenbewussten Inanspruchnahme notwendiger Maßnahmen durch die Versicherten setzen. Sie sollen das Kostenbewusstsein stärken.

3. Finanzierung und Bemessungsgrundlagen

Die Fehlfinanzierung der GKV muss strukturell behoben werden. Die GKV muss so finanziert werden, dass eine gerechte Belastung aller Versicherten für die Finanzierung des notwendigen medizinischen Bedarfs gesichert wird. Daher muss die Beitragsbemessungsgrundlage auf andere Einkommensarten ausgedehnt werden.

4. Versorgungsaufgabe der Ärzteschaft

Die Ärzteschaft übernimmt eine soziale Verantwortung für die Patientenversorgung unter Wahrung ihres Berufsauftrages. Dazu sind erforderlich:

- Akzeptable Rahmenbedingungen zur Gewährleistung freier Berufsausübung in der ambulanten und stationären Versorgung durch gleichgewichtige selbstverwaltete Vertragsbeziehung der Krankenkassen mit KVen und Krankenhäusern unter Mitwirkung von Krankenhausärzten bei frei ausgehandelten Vergütungen; ergänzende Versorgungsverträge sind zu ermöglichen („Vertragswettbewerb“)

- Kollektive Sicherstellung einer flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung
- Vertragsfreiheit zwischen den Selbstverwaltungspartnern

Dafür garantiert die Ärzteschaft:

- eine qualitätsgesicherte, medizinische Versorgung unter Übernahme einer Behandlungsverpflichtung im Rahmen des definierten und konsentierten Leistungsumfanges.

Option B: Systemwandel

Wenn (Weil) die Umsetzung von Option A 1-4 nicht ergibt, dass eine ärztlich verantwortbare Patientenversorgung durch eine solche Neuorientierung gewährleistet ist, bedarf es einer Überwindung des Systems durch einen grundlegenden Wandel:

- obligatorische Versicherungspflicht aller Bürger von Geburt an für die Deckung des Krankheitsrisikos in einer privatwirtschaftlich organisierten "Gesetzlichen Krankenversicherung Neuer Art"
- Individuelle Wahlfreiheit zur Erweiterung des obligatorischen Versicherungsschutzes
- Individuelle Wahlfreiheit des Versicherers mit Kontrahierungszwang

Gesellschaftliche Solidarität erfordert die – ggf. anteilige – Übernahme der Kosten des obligatorischen Versicherungsschutzes durch den Staat bei den Bevölkerungsgruppen, bei denen die Prämienzahlung einen definierten Anteil (z. B. 15 %) des Bruttofamilieneinkommens übersteigt.

Die Überleitung des jetzigen GKV-Systems in ein solches neues Versicherungssystem müsste unter Wahrung des finanziellen Beitrages der Arbeitgeber als künftiger Lohnbestandteil durch einmaligen Aufschlag auf den Lohn erfolgen. Der Versicherungsschutz bisher geschützter Personen muss grundsätzlich erhalten bleiben, in Übergangsregelungen muss diese langfristige Wahloption aller heutig Versicherten festgeschrieben werden.

Die kollektivvertragliche Übernahme von Behandlungsverpflichtungen und Versorgungsaufträgen einschließlich der Qualitätssicherung muss als Option für die Ärzteschaft erhalten bleiben.

3. Zunehmende Rationierung von Gesundheitsleistungen

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter (Drucksache I-11) unter Berücksichtigung des Antrages von Herrn Büchner (Drucksache I-11a) fasst der 105. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag ist besorgt über die zunehmende Rationierung von Gesundheitsleistungen, die durch die steigende Bindung ärztlicher Arbeitskraft durch arztfremde Tätigkeiten verstärkt wird. Der 105. Deutsche Ärztetag fordert deshalb arbeitsorganisatorische Abläufe, die ärztliche Tätigkeit mit entsprechender Qualität gewährleisten.

Durch das Fallpauschalengesetz werden Ärztinnen und Ärzte zunehmend verpflichtet, Daten zu dokumentieren, die alleine der Abrechnung von Krankenhausleistungen dienen. Das hat mit der Dokumentation ärztlicher Tätigkeiten nichts zu tun. Vielmehr wird ärztliche Arbeitskraft zu Lasten der Patientenversorgung gebunden. Dies ist bei gleichzeitig bemerkbarem Ärztemangel auf Grund der Abkehr ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte vom „klassischen“ Arztberuf besonders schwerwiegend und stellt eine Verschwendung von kostbaren Ressourcen zu Lasten der Patienten dar.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Gesundheitsministerin und die Krankenhausträger daher auf, unverzüglich die notwendigen rechtlichen und finanziellen Grundlagen zu schaffen, um Ärztinnen und Ärzte von arztfremden Dokumentationsaufgaben zu entlasten. Die Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis sind nicht mehr bereit, Geschenke in Form von kostenlosen Überstunden zur Erfüllung solcher arztfremden Tätigkeiten zu machen!

4. Das Gesundheitswesen ist mehr als ein Wirtschaftszweig

Auf Antrag von Dr. Lorenzen (Drucksache I-26) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Das Gesundheitswesen ist mehr als ein Wirtschaftszweig!

Ökonomisches Effizienzdenken gefährdet den humanen Umgang mit kranken Menschen!

„Kostenexplosion im Gesundheitswesen“, „Beitragsstabilität in der Krankenversicherung“ – das sind die Schlagworte, die in den letzten Jahren zunehmend die politische Reformdiskussion im Gesundheitswesen geprägt haben. Die Vorschläge zur Umgestaltung unseres Gesundheitswesens haben aufgrund der Dominanz ökonomischer Denkansätze inzwischen eine so bedrohliche Schieflage hervorgerufen, dass wir als Beschäftigte im Gesundheitswesen hierzu nicht mehr schweigen dürfen. Ein großer Kongress der IPPNW – Ärzte in sozialer Verantwortung zum Thema „Medizin und Gewissen“ vom 24.-27. Mai 2001 mit über 1500 Teilnehmern hat auch in vielen Themenbereichen eindringlich deutlich gemacht, dass die derzeit beschlossenen und teilweise bereits umgesetzten Veränderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in zunehmenden Maße den humanen und ganzheitlichen Umgang mit den uns anvertrauten Kranken gefährden. Für den klinikärztlichen Alltag hat Konrad Görg im Deutschen Ärzteblatt (Heft 18, 4. Mai 2001, Jahrgang 98) unter dem Titel „Wandel um jeden Preis – Klinikärzte im Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Technik und Menschlichkeit“ eine schonungslose, aber zutreffende Analyse geliefert. Er weist darauf hin, dass „ärztliches Handeln mehr und mehr durch einseitige wirtschaftliche Vorgaben gesteuert und zu einer ökonomischen Ressource reduziert wird“. Er fragt zu recht: „Wo bleiben jedoch die für Arzt und Patient notwendigen menschlichen Rahmenbedingungen, wenn in den Krankenhäusern, wie überall in der Gesellschaft, zunehmend nur das Zweckhafte, Nützliche und Wirtschaftliche wertgeschätzt und die einzige ernsthafte Kommunikation nur in der Sprache der Technik, Wissenschaft oder Ökonomie erfolgt?“

Ab 2003 werden Ärzte in Zukunft zusätzlich die Hauptaufgabe bei der Implementierung eines neuen Entgeltsystems (DRG) übernehmen müssen. Dieses System reduziert den Patienten zu einer Summation von möglichst vielen Diagnosen und unseren ärztlichen Umgang zu einer Auflistung abrechnungsfähiger sogenannter Prozeduren. Das Ziel ärztlichen Handelns ist dann nur noch das wirtschaftliche Überleben des Krankenhauses/der Abteilung, Patienten werden degradiert zu Objekten wirtschaftlicher Ausbeutung. Parallel hierzu werden noch mehr als bisher nur abre-

chenbare technische Leistungen den Wert der ärztlichen Tätigkeit bestimmen. Menschliche Zuwendung, Eingehen auf die individuellen Wünsche und Ängste der Patienten werden dabei unweigerlich auf der Strecke bleiben. Dieser Strukturwandel wird sich innerhalb kurzer Zeit auch nachhaltig auf das ärztliche Selbstverständnis auswirken.

Die Delegierten des 105. Deutschen Ärztetages sind bestürzt über die Entwicklung. Da die politisch gestaltenden Kräfte in diesem Land, insbesondere die im Bundestag vertretenen Parteien, sich in ihren gesundheitspolitischen Programmen inzwischen grundsätzlich kaum noch unterscheiden und insbesondere in wesentlichen Punkten alle auf eine ökonomische Effizienzsteigerung aller Institutionen im Gesundheitswesen als Allheilmittel festgelegt haben, ist die öffentliche Debatte über die zukünftige Entwicklung unseres Gesundheitswesens in eine gefährliche Schieflage geraten. Die wichtigste Säule unseres Gesundheitssystems seit der Bismarck'schen Sozialpolitik – die Solidarität der Gesunden mit den Kranken – ist heute in Gefahr! Die wichtigsten Effizienzreserven sind in allen Institutionen unseres Gesundheitswesens im wesentlichen ausgeschöpft. Was fehlt, ist ein Mehr an menschlicher Zuwendung und individueller Betreuung der uns anvertrauten Kranken, das mit den verschärften und inzwischen unerträglichen Arbeitsbedingungen sowohl in der Klinik als auch in der Praxis nicht mehr geleistet werden kann. Die Tatsache, dass seit Jahrzehnten derselbe Anteil unseres Bruttosozialproduktes für Gesundheitsleistungen aufgewendet wird, obwohl, der Anteil alter und damit kränkerer Menschen ebenso wie der teure medizinische Fortschritt erheblich zugenommen haben, spricht dagegen, dass wir es heute überhaupt mit einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu tun haben. Wir brauchen eine breite gesellschaftliche Diskussion darüber, was uns unsere Gesundheit im Vergleich mit anderen Bereichen unseres Lebens tatsächlich wert ist. An dieser Diskussion müssen sich möglichst viele beteiligen. Es geht dabei nicht um für Ärzte mehr Geld oder einen größeren Profit der Pharmaindustrie, sondern um den Stellenwert, den wir der Prävention, der Behandlung kranker Menschen aller sozialer Schichten sowie der Rehabilitation zur Wiedereingliederung in ein möglichst selbst bestimmtes Leben nach durchgemachter Krankheit geben wollen.

Die Delegierten des 105. Deutschen Ärztetages wollen mit diesem Aufruf in letzter Minute vor einer wirtschaftlich zwar effizienten, für die Betroffenen jedoch unmenschlichen Entwicklung unseres Gesundheitswesens warnen. Ohne eine Neuorientierung aller derzeitigen Reformbemühungen, die den hohen Wert der Gesundheitserhaltung aller Mitglieder unserer Gesellschaft in den Mittelpunkt stellt, werden wir schon heute, in naher Zukunft aber erst recht den Bedürfnissen der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten nicht gerecht werden können!

5. *Armut macht krank*

Auf Antrag von Frau Dr. Löber-Götze, Frau Dr. Drexler-Gormann und Dr. Lorenzen (Drucksache I-27) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Armut macht krank ... auch in Deutschland (DÄ 3/99). Alle bisherigen Maßnahmen gegen die Armut, so verdienstvoll sie sein mögen, haben nicht ausgereicht. Nach den letzten verfügbaren Zählungen gibt es in Deutschland

- mindestens 3,8 Millionen Sozialhilfeempfänger (Statistisches Bundesamt, Bonn)
- mehr als 4 Millionen Arbeitslose (Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg)
- mindestens eine halbe Million Wohnungslose (geschätzte Ziffer der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe in Bielefeld).

Hinter diesen offiziellen Zahlen ist weitere, nicht statistisch erfasste, Not und Armut versteckt.

Rudolf Virchow hat schon 1848 erkannt: „Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen.“ Wir fügen hinzu: Triebfeder der Armut unserer Zeit ist die Arbeitslosigkeit. Sie ist ein wesentlicher Faktor für die Entstehung von Krankheiten und verschlingt Milliarden, die woanders dringend gebraucht werden. Nur wer mit Nachdruck eine Politik der Vollbeschäftigung betreibt, kann auch die Finanzierung der Krankenversicherung dauerhaft gewährleisten.

Milliardenvermögen in privater Hand, während in armen Familien das Geld für die medizinische Versorgung nicht ausreicht?

Milliarden für militärische Einsätze am Horn von Afrika, während die Kinder der Arbeitslosen ihr Leben als Ausgegrenzte beginnen?

Das solidarische Gesundheitswesen ist kein Auslaufmodell. Ärztliche Ethik verpflichtet uns, für Gesundheit und Schutz der von Armut Betroffenen einzutreten. Das Solidarprinzip der deutschen Krankenversicherung ist der sicherste Garant für eine ethisch begründete Medizin.

Als Ärztinnen und Ärzte rufen wir deshalb die verantwortlichen Politiker in Staat und Gesellschaft dazu auf:

Beseitigung der Massenarbeitslosigkeit!

Es darf nicht sein, dass die Sozialkassen durch die Arbeitslosigkeit ruiniert werden.

Die Finanzierung der Absicherung des Lebensrisikos muss gesichert bleiben.

In Frieden leben!

Dann werden Milliarden frei für nichtmilitärische soziale und gesundheitliche Zwecke.

Schafft finanziellen und politischen Raum:

Für eine allgemeine, allen Kranken und Behinderten gleichermaßen garantierte soziale Gesundheitssicherung, wie sie die Europäische Sozialcharta in Artikel 11 verlangt.

6. Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft

Der Antrag von Dipl.-Pol. Ruebsam-Simon (Drucksache I-20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der deutsche Ärztetag möge beschließen, eine Programmkommission zu gründen, die ein nachhaltiges gesundheitspolitisches Manifest der deutschen Ärzteschaft entwirft.

Dieses sollte von der Erkenntnis geleitet sein, dass eine große Gesundheitsreform von den Parteien zur Zeit nicht unterstützt wird und deshalb eine für die Bevölkerung und die sie versorgenden Ärzte, Pfleger/innen usw. unerträgliche Belastung entstehen wird.

Diese Kommission sollte ohne Einschränkungen und ohne Tabus alle möglichen Reformoptionen werten und dem nächsten DÄT zur Entscheidung vorlegen.

Pro Landesärztekammer sollten zwei (2) Delegierte ausgewählt werden, die dieses Konzept entwickeln.

Begründung:

Das vorliegende gesundheitspolitische Programm der deutschen Ärzteschaft ist zu überarbeiten und von Grund auf zu erneuern. Die gewandelte politische Landschaft mit der für uns Ärzte bedrohlichen gesundheitspolitischen Entwicklung sollte angemessen abgebildet werden. Bevor eine große Gesundheitsreform möglich ist, sollte eine Reform der politischen Ideen erfolgen – als einheitliche Meinung der deutschen Ärzte.

Es wäre sinnvoll, wenn die Teilnehmer dieser Kommission unabhängige, nicht ärztlichen Teilinteressen verpflichtete Persönlichkeiten wären.

7. Lohnnebenkosten – Diskussion

Auf Antrag von Dr. Jonitz, Dr. Koch, Prof. Dr. Schulze, Dr. Wolter, Prof. Dr. Hessenauer und Herrn Henke (Drucksache I-39) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag weist das häufig vorgebrachte Argument, eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge gefährde durch den Anstieg der Lohnnebenkosten den Wirtschaftsstandort Deutschland als unsachlich zurück.

Fakt ist, dass im Jahre 1998 der Personalkostenanteil im deutschen verarbeitenden Gewerbe 22,8 % des Bruttoproduktionswertes betrug. Die gesetzlichen Sozialkosten machten 3,5 % aus. Der GKV-Anteil daran ist 28,7 %. Die gesamte Beitragsbelastung der Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes durch die GKV beträgt also ein Prozent genau (1,004 %). Eine zehnpromtente Erhöhung des Beitragssatzes, z. B. von 13,5 auf 14,85 Prozent würde bei voller Überwälzung auf den Preis ein Produkt, das DM 1000,- kostet, um ein Promille auf DM 1001,- verteuern.

Geringfügige Produktivitätssteigerungen kompensieren das bereits und die Größenordnungen von Außenwertschwankungen der DM bzw. des Euro betragen das Hundertfache. Wie hiervon makroökonomische Wirkungen auf die „Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft“ ausgehen könnten, bleibt ein Geheimnis.

(Hagen Kühn, Wissenschaftszentrum Berlin, Finanzierbarkeit der GKV, Berlin 2001)

Nicht der Bereich Gesundheit belastet die Wirtschaft, sondern die Wirtschaft belastet die Gesundheit (und die Einnahmen der Krankenkassen) durch den Abbau von Arbeitsplätzen.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitgeberverbände auf, Arbeitsplätze zu schaffen und sich an der Diskussion über Gesundheitspolitik sachlich zu beteiligen.

8. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-3) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung vorgelegte Analyse zur Altersstruktur und Arztlzahlentwicklung zeigt auf, dass sich der Arbeitsmarkt für die deutschen Ärztinnen und Ärzte im Umbruch befindet: Die deutsche Ärzteschaft hat gravierende Nachwuchsprobleme. Hieraus entstehen schon jetzt bundesweit Versorgungsgengpässe vor allem in der Allgemeinmedizin, aber auch in anderen Fachbereichen. Die anwachsende Zahl von Stellenausschreibungen und

die festgestellte Zunahme des Durchschnittsalters betrifft insbesondere die ostdeutschen Länder.

Durch überbordende Reglementierungen und Bürokratisierung der ärztlichen Berufsausübung und einer budgetbedingten Arbeitsüberlastung ist der Arztberuf in Klinik und Praxis offensichtlich zunehmend unattraktiv geworden. Die Situation stellt sich folgendermaßen dar:

- Der „Verlust“ an Medizinstudenten und -studentinnen im Studienverlauf liegt zwischen 30 bis 40 Prozent. In dieser unverträglich hohen Quote befinden sich Studienabbrecher und Studienwechsler sowie eine etwa gleich große Zahl von Studienabsolventen, die jedoch nicht in die AiP-Phase eintreten und offensichtlich in alternative Berufsfelder gehen.
- Die Zahl der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte hat in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen; in den neuen Bundesländern werden zudem in den nächsten fünf bis zehn Jahren ca. 40 Prozent Hausärzte die Altersgrenze erreichen und somit aus dem Berufsleben ausscheiden.
- Insbesondere in den neuen Bundesländern stellt sich die Altersproblematik auch in anderen Fachgebieten besonders dramatisch dar: es fehlt der Nachwuchs einerseits – andererseits ist die Versorgung durch ein überproportionales Ausscheiden von Rentnern und Ruheständlern gefährdet.
- Vor allem in den ländlichen Regionen wirkt sich der Ärztemangel schon heute aus und greift bereits auf Ballungsgebiete über.
- Auf Grund der schlechten Arbeitsbedingungen wählen immer mehr Ärzte den frühestmöglichen Zeitpunkt für ihre Pensionierung oder scheiden ganz aus dem Arztberuf aus.
- Obwohl für 2001 die Gesamtstatistik noch eine gering positive Steigerungsrate von 1,6 Prozent aufweist, ist die Rate an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in einigen Landesärztekammern bereits jetzt negativ; ein warnendes Anzeichen für einen sich auf absehbare Zeit generell abzeichnenden Ärztemangel ist der deutliche Rückgang an stationär tätigen Ärzten und Ärztinnen in fünf Landesärztekammern.
- Die gegenwärtig bestehenden regionale Versorgungsengpässe werden sich vor dem Hintergrund erhöhter Behandlungserfordernisse infolge Langlebigkeit, Multimorbidität und medizinischen Fortschritts erheblich verschärfen.

Der Deutsche Ärztetag fordert daher eine konzertierte Aktion von ärztlicher Selbstverwaltung, Politik und Krankenkassen, um die fatale Entwicklung zu stoppen und möglichst umzukehren. Durch Abbau staatlicher Reglementierungen sowie durch angemessene Arbeits- und Vergütungsbedingungen am Krankenhaus und in freier Praxis muss dem Arztberuf wieder der Stellenwert eingeräumt werden, den er im Ansehen der Bevölkerung nach wie vor hat.

Es ist an der Zeit, die Diffamierung des Arztberufes einzustellen.
Der Arztberuf muss wieder attraktiv werden.

Junge Ärztinnen und Ärzte können verstärkt motiviert werden, wieder in die praktische Medizin zu gehen.

Dazu sind folgende Maßnahmen geeignet:

- Umsetzung der novellierten Approbationsordnung mit praxisnahem Medizinstudium an den Medizinischen Fakultäten aller Bundesländer
- Änderung der Bundesärzteordnung zwecks Abschaffung des AiP's als überflüssige Maßnahme
- Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung in Klinik und Praxis und Bereitstellung der hierfür notwendigen Mittel

- Schaffung einer einheitlichen Hausarzt-Qualifikation und weiterer Anreize für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- Anerkennung des Bereitschaftsdienstes als volle Arbeitszeit entsprechend des Urteils des Europäischen Gerichtshofes
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Reduzierung und Bezahlung von Überstunden
- Aufhebung der Ost-West-Finanzierungslücke und gleicher Lohn für gleiche Arbeit

Gelingt es nicht, mit diesen und weiteren Maßnahmen die fatale Entwicklung umzukehren, wird es zu unübersehbaren Folgewirkungen mit einem Versorgungsnotstand in ganz Deutschland kommen und die Patienten werden unter dem Mangel an medizinischer Betreuung und ärztlicher Zuwendung zu leiden haben.

9. Ärztemangel effektiv bekämpfen

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga, Dr. Wolter (Drucksache I-10) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Ikonomidis, Dr. Stöckle und Dr. von Römer (Drucksache I-10a) sowie Frau PD Dr. John-Mikolajewski (Drucksache I-10b) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag warnt davor, den sich anbahnenden Ärztemangel in Deutschland zu dramatisieren und durch Maßnahmen regeln zu wollen, die das Problem nur kurzfristig und vordergründig lösen (green card).

Die sich abzeichnende Mangelsituation macht deutlich, wie sehr Politik und Krankenkassen es in den vergangenen Jahren versäumt haben, langfristige Konzepte zu entwickeln. Stattdessen ist der Arztberuf durch überbordende Bürokratie, zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens und eine drastische Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für viele junge Menschen zunehmend unattraktiver geworden. Es muss allen Beteiligten ein Warnsignal sein, wenn jährlich über 2.000 Medizinstudenten – etwa ein Fünftel eines Jahrgangs – ihr Studium abbrechen. Und es ist ebenfalls ein Warnsignal, dass die Zahl der Ärzte im Praktikum seit 1994 um ein Viertel gesunken ist.

Um diesem Negativtrend entgegenzutreten, müssen u. a.

- die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte grundlegend verbessert werden;
- der Arztberuf durch die Einstellung zusätzlicher Ärzte, durch flexible Arbeitszeit, leistungsgerechte Vergütung und dem Abbau dysfunktionaler überholter hierarchischer Führungsstrukturen im Krankenhaus zugunsten kooperativer Führungsstrukturen wesentlich attraktiver gestaltet werden;
- die neue Approbationsordnung an den Fakultäten umgesetzt, die längst überflüssige AiP-Phase abgeschafft und die Qualität der Mediziner Ausbildung noch weiter verbessert werden;
- die Niederlassung als Arzt erleichtert werden;
- Bürokratie und Gängelung durch Politik und Krankenkassen abgebaut statt verstärkt werden;

- die Angleichung der Ost-Gehälter an den BAT-West sofort umgesetzt werden;
- die Altersgrenze für Kassenärzte muss abgeschafft werden.

10. Ärztemangel als Thema auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob und Dr. Emminger (Drucksache I-31) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Einer der nächsten Deutschen Ärztetage beschäftigt sich in einem eigenen Tagesordnungspunkt mit dem Thema: Ärztemangel.

Begründung:

Der Ärztemangel hat viele Ursachen, die wir nur zum Teil analysiert haben. Gegensteuern können wir und der Gesetzgeber nur dann, wenn mehr Einzelheiten bekannt werden. Auch die Öffentlichkeit müssen wir, d. h. der Deutsche Ärztetag informieren.

11. Abschaffung des Numerus Clausus zur Behebung des Ärztemangels

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob und Dr. Emminger (Drucksache I-21) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Numerus clausus im Fach Humanmedizin abzuschaffen.

Im Osten wie Westen Deutschlands gibt es zu wenige Kollegen, die Hausärzte werden wollen; die Krankenhäuser klagen über nicht besetzbare Arztstellen. 30 % der Medizinstudenten brechen das Medizinstudium ab. Dagegen hindert der Numerus clausus eine große Zahl an jungen Menschen, die sich den Arztberuf wünschen, ein Medizinstudium.

Der Numerus clausus ist in Zeiten des „drohenden“ Arztmangels nicht mehr sinnvoll, dem Ärztemangel muss gegengesteuert werden!

12. Zulassungsbeschränkungen aufheben

Auf Antrag von Dr. Emminger und Dr. Calles (Drucksache I-37) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, Zulassungsbeschränkungen für Ärzte jenseits des 55. Lebensjahres nach § 98 SGB V in Verbindung mit § 25 ÄZVO solange aufzuheben, als ein Ärztemangel, insbesondere in den neuen Bundesländern, besteht.

Gerade Ärzte mit langjähriger klinischer Erfahrung und Tätigkeit sind qualifiziert, die ambulante Versorgung bedarfsgerecht sicherzustellen und somit dem jetzt schon bestehenden Ärztemangel entgegenzutreten.

13. Steigerung der Attraktivität des Arztberufes

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache I-40) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert

- die schnellstmögliche Abschaffung der AIP-Phase
- die Abschaffung der Befristungsmöglichkeit von Weiterbildungsverträgen
- die Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit
- die Abflachung der Hierarchien in den Krankenhäusern
- die Bezahlung geleisteter Überstunden
- die Absicherung des Einkommens von Niedergelassenen.

14. Anerkennung von ärztlichen Diplomen in der Europäischen Union

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-6) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert, die Rechte der Ärzte zur grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung und zur Niederlassung in den Mitgliedsländern der Europäischen Union nicht zu beschränken.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert daher das Europäische Parlament, den Europäischen Rat und die Bundesregierung auf, die Migrationsfreiheit für Ärzte in Europa durch das System der automatischen Anerkennung von Diplomen und Befähigungsnachweisen zu erhalten und den von der Kommission vorgelegten Vorschlag für eine (allgemeine) Richtlinie "über die Anerkennung von Berufsqualifikationen"¹ der die spezifische ("sektorale") Ärzterichtlinie ablösen soll, zurückzuweisen.

Der Deutsche Ärztetag stellt dazu fest:

In den siebziger Jahren wurde die Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise detailliert und für einzelne Berufe geregelt. Begonnen wurde mit den Professionen des Gesundheitswesens, weil diese eine traditionell (und allein aus wissenschaftlich-technischen Gründen notwendige) hohe Migration aufwiesen. Um die inhaltlichen Fragen der gegenseitigen Anerkennung klären zu können, wurden die sogenannten "Beratenden Ausschüsse" eingerichtet, die Kommission und Rat bei der Gestaltung und Entwicklung der Richtlinien seitdem beraten haben. Im Lauf ihrer Arbeit haben die Beratenden Ausschüsse das System der gegenseitigen Anerkennung maßgeblich beeinflusst. Dieses System ist in seiner administrativen Einfachheit, Wirksamkeit und Bürgerfreundlichkeit beispiellos auf der Welt.

Später wurde dieses System wegen des zentral hohen Regelungsaufwandes für weitere Berufe durch das sogenannte allgemeine System ersetzt. Letzteres überlässt den nationalen Anwendern den Prüfungsaufwand und führt dort, wo die inhaltliche Prüfung des Diplomgegenstandes zum Beispiel wegen des Verbraucherschutzes notwendig ist, zu einer Multiplikation des Arbeitsaufwandes, da alle Fragen immer wieder neu und in jedem einzelnen Land geklärt werden müssen. Für Berufe, bei denen die Qualität des Befähigungsnachweises nicht die Differenzierung oder die hohe Bedeutung hat wie im Gesundheitswesen, mag dies kein gravierendes Problem sein – für das Gesundheitswesen wird der Verzicht auf die sektoralen Richtlinien zu ernsthaften Schwierigkeiten führen.

Der jetzt vorliegende Vorschlag der Kommission wird auch die Ärzte in dieses allgemeine System überführen. Die Kommission begründet ihren Vorschlag, dass damit das System, insbesondere in Hinblick auf die Erweiterung der Europäischen

Union, vereinfacht werde. Tatsächlich ist das neue System aber nur für die Kommission einfacher!

Die bisherigen Erfahrungen mit den sektoralen Richtlinien sind sehr positiv:

- Der für die Entwicklung der Medizin, der Pflege und der weiteren Fachwissenschaften im Gesundheitswesen eminent wichtige internationale Austausch wurde erfolgreich gefördert.
- Die Aspekte der öffentlichen Sicherheit, die besonders bei den Qualifikationen im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle spielen, werden berücksichtigt.
- Die Migrationszahlen der Gesundheitsberufe wachsen stetig. Auch die grenzüberschreitende Dienstleistungserbringung funktioniert und wird lebhaft praktiziert. Mangelsituationen in einzelnen Mitgliedsländern, z.B. an Ärzten sowie Pflegekräften, konnten deshalb teilweise ausgeglichen werden.
- Ohne großen Verwaltungsaufwand können Zeugnisse gegenseitig anerkannt werden, wenn die betreffenden Qualifikationen in den Richtlinien aufgelistet sind.
- Streitfragen sind ausgesprochen selten und können durch eine dezentrale Auslegung der differenzierten Richtlinien meist abschließend geklärt werden.

Die sektoralen Richtlinien sind durch ihre Klarheit in Ausführung und Anwendung dem allgemeinen System weit überlegen. Durch einen Wechsel auf oder eine Annäherung an das allgemeine System würde der Verwaltungsaufwand in jedem einzelnen Migrationsfall vervielfacht; die Kosten würden enorm erhöht.

Die sektoralen Richtlinien haben allerdings den größten Teil der Verwaltungsarbeit, der im allgemeinen System in jedem Einzelfall durchgeführt werden muss, zentral auf die europäische Ebene gehoben und konzentriert. Dort sind die anfallenden Fragen durch die Beratenden Ausschüsse kompetent und zielführend bearbeitet worden. Die Erweiterung der Union ist daher auch kein Argument gegen die sektoralen Richtlinien, wie dies von Beamten der Kommission gerne angeführt wird, sondern im Gegenteil: sie ist ein dringendes Argument für die Erhaltung und Weiterentwicklung der sektoralen Richtlinien

Die bevorstehende faktische Abschaffung der Beratenden Ausschüsse und die beabsichtigte Ablösung der sektoralen Richtlinien mag zwar zu einer Arbeitsentlastung der Kommission führen, sie ist aber ein schlechter Dienst an der Europäischen Idee, denn sie ist extrem kostspielig für die Mitgliedsstaaten, die ein Vielfaches von dem, was an Arbeit in Brüssel gespart wird, als zusätzlichen Verwaltungsaufwand national aufbringen werden müssen:

- die Bearbeitungszeiten werden sich verlängern,
- die Migrationsfreiheit wird unter dem Strich nicht gefördert, sondern stark behindert werden,
- die kurzfristige grenzüberschreitende Dienstleistungserbringung wird dramatisch und unnötig erschwert,
- die Vielzahl der mit der Prüfung beauftragten nationalen Stellen wird wahrscheinlich dazu führen, dass eher nationale als europäische Standards die Entscheidungen künftig lenken
- und zu Recht wird bei den Bürgern Unmut über die europäischen Regelungen entstehen.

Das System der sektoralen Richtlinien muss deshalb beibehalten und weiter entwickelt werden, die Beratenden Ausschüsse sind mit Augenmaß an die bevorstehende Erweiterung der Union anzupassen und umgehend wieder arbeitsfähig zu machen.

¹⁾ "RICHTLINIE DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über die Anerkennung von Berufsqualifikationen" vom 7. März 2002 [KOM(2002)119 endgültig, 2002/0061 (COD)]

15. Ausbeutung junger Ärztinnen und Ärzte

Auf Antrag von Frau Schlang (Drucksache I-23) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass die Flucht junger Ärztinnen und Ärzte aus der Klinik nicht nur in den überlangen Arbeitszeiten sondern in der gesamten Arbeitswirklichkeit begründet ist. Diese zeichnet sich aus durch

- befristete Arbeitsverträge
- unbezahlte Überstunden
- ein streng hierarchisch gegliedertes Chefarztsystem
- Rückzug der einzelnen Berufsgruppen auf zunehmend beschränktere Arbeitsgebiete
- fehlende Zukunftsperspektiven
- undurchsichtige bzw. mangelhafte Weiterbildung
- überbordende Verwaltungstätigkeiten
- kostspielige Fortbildungsveranstaltungen
- 36-Stunden-Dienste.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert ein Umdenken und eine Neudefinition der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus. Ziel der gemeinsamen Anstrengungen muss es sein, den medizinischen Arbeitsplatz wieder attraktiv zu machen. Dazu sind folgende Punkte zwingend erforderlich:

- Umsetzung des EuGH-Urteils durch Einführung individuell gestalteter Arbeitszeitkonzepte, die frei wählbar sind (Jahresarbeitszeiten, Arbeitszeitkonten unter der Überschrift 38,5 h/Woche, Schichtarbeit, etc.)
- Weiterbildung darf nicht als Gefälligkeit gewährt werden. Ärztinnen und Ärzte haben ein Recht darauf, entsprechend des Weiterbildungskatalogs die Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt zu bekommen.
- Unbefristete Arbeitsverträge
- Abwicklung der Privatliquidation zur Finanzierung neuer Arztstellen
- Förderung einer qualifizierten Supervision
- Teamarbeit aller Berufsgruppen im Krankenhaus
- Unterstützung des ärztlichen und pflegerischen Personals durch Einstellung von MedizindokumentatorInnen und StationssekretärInnen.

16. Arbeitsbedingungen für Krankenhaus-Ärzte

Auf Antrag von Dr. Emminger (Drucksache I-28) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Tarifpartner auf, flexible Arbeitszeitmodelle für Ärzte in den Kliniken zu ermöglichen.

Die Tarifpartner müssen tarifliche Rahmenbedingungen schaffen, die es ermöglichen, dass Klinikärzte zusammen mit ihren Krankenhausträgern neue Arbeitszeitmodelle umsetzen, die den Bedürfnissen der Ärzte wie auch den Anforderungen der Patientenversorgung nachkommen. Dabei sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen ebenso zu berücksichtigen, wie sichergestellt sein muss, dass Überstunden und Mehrarbeit, wenn sie erforderlich sind, auch tatsächlich vergütet werden.

Durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Kliniken, wozu auch die Arbeitszeiten gehören, kann die Attraktivität des Arztberufes im Krankenhaus wieder neu begründet werden.

17. Flache Hierarchien im Krankenhaus

Auf Antrag von Dr. Emminger und Prof. Dr. Kunze (Drucksache I-29) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag unterstützt die Forderungen, hierarchische Strukturen in den Klinikleitungen abzufachen. Dabei stellt der Deutsche Ärztetag fest, dass hierarchisches Denken auch und vor allem in der Ärzteschaft selbst stark verwurzelt ist.

Mobbing im Krankenhaus, unter Ärzten, kann Ausdruck extremen hierarchischen, machterhaltenden Denkens sein.

Abteilungsleiter und Klinikdirektoren werden aufgefordert, selbst zum Abbau derartiger Strukturen, die häufig nur dem eigenen Machterhalt dienen, beizutragen.

Die Krankenhausträger werden aufgefordert, flache Hierarchien und kooperative Leistungsstrukturen in den Kliniken einzuführen.

18. Abbau von Krankenhaushierarchie

Auf Antrag von PD Dr. Benninger und Dr. Schulze (Drucksache I-32) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die unverändert hierarchischen Strukturen in deutschen Krankenhäusern sind unzeitgemäß und kontraproduktiv. Sie sind mit ein Grund, jüngeren und nachgeordneten Ärzten die Arbeit im Krankenhaus zu verleiden und so zu dem drohenden Ärztemangel beizutragen. Wir fordern den Abbau hierarchischer Strukturen (Chefarztsystem) zugunsten modernerer und motivationsfördernder „Teamarzt“-modelle wie bereits vielfach vorgestellt und diskutiert.

19. Aktuelle ärztliche Arbeitszeitbedingungen im Krankenhaus

Auf Antrag von Frau Dr. Beck und Dr. Lindhorst (Drucksache I-34) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag bekräftigt nachdrücklich die Forderung des letzten Deutschen Ärztetages an die Verantwortlichen auf Bundesebene und in den Bundesländern, besonders auch an die Krankenkassen und Krankenhausträger, für verantwortbare Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern zu sorgen. (Bezugnahme auf einstimmig gefasste EntschlieÙung II/1.: Ausbeutung der Arbeitskraft und Überlastung von Ärztinnen und Ärzten).

Gegenwärtig wird von Ärztinnen und Ärzten in der überwiegenden Mehrzahl deutscher Krankenhäuser in erheblichem Umfang über die tarifliche bzw. in den Anstellungsverträgen vereinbarte Arbeitszeit hinausgehende Mehrarbeit geleistet. Während der Bereitschaftsdienstzeiten müssen in großem Maße Routinetätigkeiten ausgeführt werden, und der Anteil tatsächlicher Arbeitsleistung an der gesamten Be-

reitschaftsdienstzeit ist häufig so hoch, dass die Voraussetzungen für die Anordnung von Bereitschaftsdienst nicht mehr gegeben sind. Darüber hinaus werden die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes betreffend Ruhezeiten nach Bereitschaftsdiensten mit hohem Arbeitsanfall häufig nicht eingehalten.

Ärztliche Mehrarbeit und Art und Umfang der Tätigkeiten im ärztlichen Bereitschaftsdienst werden in der Regel nicht oder nur sehr lückenhaft dokumentiert und damit wird die ärztliche Mehrarbeit auch nicht vergütet. Die ständig zunehmende Belastung der Ärzte mit bürokratischen Aufgaben, z. B. durch die Einführung des DRG-Vergütungssystemes für Krankenhäuser, ist sowohl eine wesentliche Ursache dieser Probleme als auch der wichtigste Grund der Unzufriedenheit insbesondere bei jüngeren Krankenhausärzten mit ihrer Tätigkeit.

Diese Zustände sind nicht länger zu akzeptieren und der Deutsche Ärztetag fordert deshalb:

1. Die umgehende Einführung geeigneter (elektronischer) Systeme zur Erfassung der tatsächlichen Arbeitszeit von Ärzten,
2. die Vergütung und/oder den Ausgleich durch Freizeit für ärztliche Mehrarbeit,
3. die Anerkennung arbeitsintensiver Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit sowie die Einhaltung der geltenden Arbeitszeitbedingungen und
4. die Vermeidung weiterer Belastung der Ärzte mit zusätzlichen Dokumentations- und sonstigen bürokratischen Aufgaben

in allen Krankenhäusern.

Begründung:

Die Landesärztekammern Thüringen und Hessen führten 2001/2002 bei ihren im Krankenhaus tätigen Mitgliedern repräsentative, anonyme Befragungen zu den Arbeitsbedingungen und zur Arbeitszufriedenheit durch.

Die im Antrag beschriebenen Missstände wurden durch diese Erhebungen zweifelsfrei bewiesen und quantifiziert. Ferner belegen die Untersuchungen, dass diese Probleme keineswegs nur auf einzelne Krankenhäuser, Abteilungen o. ä. konzentriert oder beschränkt sind, sondern eher den flächendeckenden Normalzustand unabhängig von Bettenzahl, Versorgungsebene des Krankenhauses etc. darstellen.

Auf die Frage „Was empfinden Sie in Ihrer augenblicklichen Tätigkeit als besonders unangenehm?“ mit einer Liste mit 12 Merkmalen, von denen bis zu 5 ausgewählt werden konnten, entschieden sich etwa $\frac{3}{4}$ der antwortenden Ärzte für

- „zuviel Verwaltungsarbeit“

Erst mit deutlichem Abstand (ca. $\frac{1}{2}$ aller Antwortenden) folgen dann die drei Merkmale:

- „zu wenig Zeit für die Patienten“
- „Arbeitsüberlastung“
- „lange Arbeitszeit / Überstunden“

In Thüringen gaben nur 7 % der befragten Krankenhaus-Ärztinnen und -Ärzte an, sehr zufrieden mit ihrer Arbeit zu sein, mehr als 30 % waren nicht zufrieden bzw. sehr unzufrieden. In Hessen waren 39 % der AiP und 41 % der Assistenten nicht zufrieden oder sehr unzufrieden.

20. Der "gläserne Beruf" (Datenlieferungen an Krankenkassen)

Auf Antrag von Herrn Büchner (Drucksache I-42) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag lehnt jegliche Bestrebungen, die zum „gläsernen Patienten“ führen können und insbesondere entsprechende rechtliche Verpflichtungen zur Datenlieferung strikt ab!

Begründung:

Ärztliches Handeln steht in der Verpflichtung, unseren Patientinnen und Patienten nicht zu schaden.

Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung und Schweigepflicht stehen in engem inhaltlichen Zusammenhang.

Datenlieferungen – auch falls durch Rechtsverordnung erzwungen, die dem Patienten schaden und zu einer Risikoklassifikation und Risikoselektion führen könnten, sind daher strikt abzulehnen.

21. DRG-Einführung auf unzureichender Datengrundlage gefährdet Patientenversorgung und Wirtschaftlichkeit

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-7) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Lutz (Drucksache I-7a) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Nach den Regelungen des Fallpauschalengesetzes (FPG) soll ab 1. Januar 2003 zunächst auf freiwilliger Basis und ab 1. Januar 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich ein neues DRG-Vergütungssystem (Diagnosis Related Groups) für Krankenhausleistungen eingeführt werden.

Der Deutsche Ärztetag hat bereits im Vorjahr eindringlich vor den Risiken einer übereilten Einführung gewarnt, da das an den Australian Refined-DRGs orientierte Fallpauschalensystem gegenwärtig auf der Basis einer nur unzureichenden Datengrundlage heraus entsteht. Der politisch gewollte, medizinisch aber nicht vertretbare enge Zeitplan zur Einführung der DRGs wird nicht die effizientesten Krankenhäuser, sondern zunächst die Kliniken belohnen, die am schnellsten in das DRG-System übergehen. Diese Entwicklung entspricht nicht der mit der DRG-Einführung erwünschten größeren Leistungsgerechtigkeit des Krankenhausvergütungssystems. Auch widerspricht sie elementar, wegen ihres im Jahr 2003 hohen administrativen Zusatzaufwandes für die Kostenträger, jeglichen Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen.

Die gesetzlich mögliche vorläufige Ableitung der deutschen DRG-Bewertungen aus den unter gänzlich anderen Rahmenbedingungen ermittelten australischen Kostengewichten erscheint äußerst fragwürdig. Unter diesen Voraussetzungen drohen insbesondere in bisher nur unzureichend über DRGs abgebildeten Bereichen wie der Intensivmedizin, (Früh-)Rehabilitation, Onkologie und Palliativmedizin, Geriatrie, medizinischen Spezialbereichen sowie der Versorgung komplexer multidisziplinärer Fälle und behinderter Patienten nicht zu verantwortende Verzerrungen.

Schon jetzt ist klar erkennbar, dass sich die mit der Umsetzung der DRG-Einführung beauftragte Selbstverwaltung aus Krankenhausträger- und Krankenkassenverbänden in der knappen noch verfügbaren Zeit auf wesentliche Eckpunkte des künftigen Vergütungssystems nicht wird einigen können. Der Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen (VHK) hat bereits frühzeitig darauf hingewie-

sen, dass eine abrechnungswirksame Einführung des DRG-Systems ab 1. Januar 2003 technisch kaum mehr umgesetzt werden kann.

Andererseits müssen die Krankenhäuser bis zum 31. Oktober 2002 jedoch verbindlich erklären, ob sie dem neuen Vergütungssystem bereits ab dem 1. Januar 2003 beitreten wollen. Die Krankenhäuser müssen erhebliche Personal- und Sachmittel aufwenden, um sich auf die DRG-Einführung und die Entscheidung über die Wahrnehmung der Option des Früheinstiegs vorzubereiten. Diese Mittel werden im budgetierten Krankenhaus der direkten Patientenversorgung entzogen. Das ist nicht hinnehmbar! Es wäre fatal und höchst unwirtschaftlich, wenn sich die Krankenhäuser weiter auf ein Optionsmodell vorbereiten, welches technisch nicht zur Ausführung kommen kann. Die Krankenhäuser und ihr Personal benötigen eine seriöse Planungsgrundlage für ihren Wechsel in das neue Vergütungssystem.

Der Deutsche Ärztetag verlangt daher vom Gesetzgeber, durch Anpassung des FPG die Grundlagen der DRG-Einführung so zu ändern, dass zunächst entsprechend dem von der deutschen Ärzteschaft vorgeschlagenen Konvergenzmodell DRGs auf Simulationsbasis erprobt werden können. Dabei sollen im Besonderen auch die Probleme der nachstationären ambulanten Versorgung und der dabei notwendigen häuslichen Pflege berücksichtigt werden.

Die Einführung des neuen DRG-Fallpauschalensystems darf nicht wegen ausschließlich politisch begründeter Terminvorgaben zu einem Last-Minute-Projekt mit ungewissen Auswirkungen auf die Krankenversorgung geraten!

22. DRG-Fallpauschalen dürfen nicht zur Benachteiligung einzelner Fachbereiche und zu nachteiligen Wechselwirkungen mit einzelnen Versorgungsbereichen führen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-8) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Ausländische Erfahrungen lassen erwarten, dass die Umsetzung des Fallpauschalengesetzes auch in Deutschland zu einem durchgreifenden Strukturwandel in der Gesundheitsversorgung führen wird. Dieser Strukturwandel wird nicht auf den stationären Bereich beschränkt bleiben und nicht ohne Risiken sein und kann daher nur unter der Beteiligung des ärztlichen Sachverständigen im Interesse der Sicherstellung einer hochqualitativen Versorgung unserer Patienten erfolgreich gestaltet werden.

Hierbei kommt es zunächst darauf an, das ausgewählte AR-DRG-System (Australian Refined-Diagnosis Related Groups) kurzfristig auf mögliche Problembereiche hin zu analysieren und auf empirischer Grundlage sachgerecht an die Leistungswirklichkeit in Deutschland anzupassen. Sollten sich die wenigen, durch das Fallpauschalengesetz (FPG) begrenzten Möglichkeiten einer DRG-unabhängigen zusätzlichen oder alternativen Vergütung von Leistungsbereichen nicht als ausreichend erweisen, muss die Politik im Sinne des „lernenden Systemansatzes“ kurzfristig zu gesetzlichen Nachbesserungen bereit sein.

Damit dieses System nicht aus Fehlern zu Lasten der Krankenversorgung und zum Schaden der Patienten lernen muss, werden die Politik und die Vertragsparteien der Selbstverwaltung aufgefordert, die Ärzteschaft bei diesem Prozess frühzeitig mit einzubeziehen.

Besonderes Augenmerk gilt dabei der Analyse und Bewertung der Auswirkungen des neuen DRG-Vergütungssystems auf seine Wechselwirkungen mit dem ambulanten Versorgungsbereich.

Die Versorgung der Patienten im Krankenhaus ist auch dann gefährdet, wenn das neue DRG-System ohne Rücksicht auf die durch das ärztliche und pflegerische Personal tatsächlich geleistete Arbeitszeit durchgesetzt wird. Die in das FPG aufgenommene Regelung einer unter bestimmten Voraussetzungen möglichen Anhebung der Krankenhausbudgets ist zwar grundsätzlich zu begrüßen.

Sie stellt das Anerkenntnis der Politik dar, dass hier gehandelt werden muss. Sie wird aber allein bei weitem nicht ausreichen, um mehr als nur einen unbedeutenden Bruchteil des tatsächlichen Stellenmehrbedarfs zu finanzieren. Besonders dramatisch ist diese Entwicklung vor dem Hintergrund des Urteils des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Oktober 2000 zu den gesetzlichen Arbeitsbedingungen für Ärzte zu sehen, welches auf Grund der Budgetzwänge an der Mehrheit der deutschen Krankenhäuser immer noch nicht umgesetzt wurde. In der Konsequenz dieses EuGH-Urteils werden bis zu 27.000 Ärztinnen und Ärzte mehr als bisher im Krankenhaus gebraucht.

Die Ursache des geradewegs in den akuten Ärztemangel führenden Attraktivitätsverlusts des krankenhausesärztlichen Berufsbildes liegt aber keineswegs allein in der teils unmenschlichen Arbeitszeitsituation. Die auch durch das Fallpauschalengesetz weiter zunehmende Bürokratisierung entfernt die Ärztinnen und Ärzte zunehmend von ihrer eigentlichen Aufgabe: der Behandlung und menschlichen Unterstützung ihrer Patienten. Zwar steht die Notwendigkeit einer akkuraten und nachvollziehbaren Dokumentation der behandelten Diagnosen und erbrachten Leistungen außer Frage. Die nach den Vorgaben des FPG im Wesentlichen ohne direkte Beteiligung der Ärzteschaft festzulegenden Grundsätze für Fehlbelegungs-, Entlassungs- und Abrechnungsprüfungen nach § 17 c KHG dürfen jedoch nicht in eine primär durch Misstrauen geprägte forensisch-prüfmedizinische Dokumentationsspirale münden. Die Festlegung von Dokumentationsanforderungen und Prüfgrundsätzen darf aus diesem Grund auf keinen Fall an der Ärzteschaft und damit auch am Patienten vorbei erfolgen, sondern muss sich auch weiterhin primär an den klinisch relevanten Sachverhalten und den sich aus der akuten Befundsituation ergebenden Handlungsnotwendigkeiten orientieren.

Das ärztliche Streben gilt dem „gesund machen“, nicht dem „krank schreiben“!

23. DRGs – Versorgungsnotstand bei der ambulanten und rehabilitativen Behandlung

Auf Antrag von Dr. Lipp, Dr. Windau, Dr. Vogel und Dr. Weiss (Drucksache I-16) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag stellt fest, dass es durch die Einführung der DRGs zu einem Versorgungsnotstand in der ambulanten und rehabilitativen Behandlung kommen wird und fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, nach Lösungen zu suchen.

Begründung:

Die Einführung der DRGs führt zu einer verkürzten Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Daraus resultiert eine intensivere und längere ambulante und rehabilitative Nachbehandlung. Diesem Notstand kann nur begegnet werden, wenn die dadurch entstehenden höheren Folgekosten finanziell abgesichert sind.

Die rückläufige Zahl der Arztpraxen in allernächster Zeit wird die Versorgungslücken verschärfen. Dieses Defizit muss durch die Gewinnung von Ärzten für die ambulante Versorgung ausgeglichen werden.

24. Verwaltungsaufwand für Umsetzung der DRGs

Auf Antrag von Dr. Ottmann (Drucksache I-18) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Zuordnung des Verwaltungsaufwandes für die Umsetzung der DRGs

Ohne Zweifel ist für die Verschlüsselung medizinischer Daten im Rahmen der DRGs ärztliches „know how“ erforderlich. Unabhängig davon handelt es sich aber um einen Aufwand, der dem Bereich der Verwaltung, d.h. der Umsetzung der Bundespflegesatzverordnung und nicht den kurativen ärztlichen Aufgaben zuzurechnen ist. Der erforderliche Aufwand darf daher nicht zu Lasten der Betreuungsleistungen der Ärzte gehen und entstehende Kosten sind aus dem „Verwaltungstopf“ zu begleichen. Auch für Belegärzte ist der entsprechende Aufwand daher konsequenterweise aus den Krankenhauserlösen zu bezahlen, d.h. den Belegärzten zu vergüten, sofern sie die entsprechenden Aufgaben der Verschlüsselung der DRGs übernehmen.

Begründung:

Die Verschlüsselung im Rahmen der Umsetzung der DRGs ist zeitaufwendig und kann von Ärzten und Belegärzten neben ihrer ärztlichen kurativen Tätigkeit nicht erbracht werden. In den Krankenhäusern muss durch die Einstellung zusätzlicher Kräfte sichergestellt werden, dass die ärztliche Versorgung nicht geschmälert wird, wobei es gleichgültig ist, ob diese Leistungen vom Verwaltungspersonal oder von speziell geschulten Ärzten erbracht werden.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf, sich dafür einzusetzen, dass auch bei belegärztlicher Tätigkeit die Kosten der Verschlüsselung vom Krankenhausträger aus dem Pflegesatz zu übernehmen sind. Es muss allen Beteiligten bei der Einführung der DRGs klar sein, dass es sich hier um einen Aufwand handelt, der der Verwaltung zuzurechnen ist, dies gilt insbesondere dann, wenn die Ergebnisse der Verschlüsselung im Bereich der Kostenerstattung relevant werden.

25. Vergütung der realen Personalkosten im Krankenhaus

Auf Antrag von Frau Dr. Beck, Dr. Bertram und Dr. Wesser (Drucksache I-30) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die politisch Verantwortlichen auf Bundesebene auf, den gravierenden Nachwuchsproblemen des ärztlichen Arbeitsmarktes und insbesondere der hohen Personalfuktuation in den neuen Bundesländern durch gesetzlich festzuschreibende Budgeterhöhungen für die Sicherung der realen Personalkosten entgegenzuwirken.

Begründung:

Die in den Beratungen über die Änderungen in der BPfIV/FPG im Vermittlungsausschuss am 26. Februar 2002 angestrebte Erhöhung der Zahlung (von 100 Mio. Euro

auf 500 Mio. Euro) im Jahre 2003 zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen ist gescheitert.

Die vom Deutschen Bundesrat am 1. März 2002 angenommene Änderungsempfehlung des Vermittlungsausschusses zum FPG lässt eine zusätzliche Personalkostenfinanzierung zur Erhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechtes nur auf der Grundlage schriftlicher Vereinbarungen des Krankenhauses mit der Arbeitnehmervertretung mit dem Inhalt besserer Arbeitszeitbedingungen zu. Die besondere Arbeitsmarktsituation der neuen Bundesländer bleibt gänzlich unberücksichtigt.

26. Abschaffung der AiP-Phase/Unterbezahlung ärztlicher Berufsanfänger in Deutschland

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-4) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Möhrle und PD Dr. Wönne (Drucksache I-4a) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, nachdem die neue Approbationsordnung für Ärzte beschlossen ist, die AiP-Phase zum nächstmöglichen Zeitpunkt durch Änderung der Bundesärzteordnung abzuschaffen. Bis zur Abschaffung ist durch tarifvertragliche Regelungen dafür zu sorgen, dass die Vergütung für AiP's ihrer tatsächlichen Tätigkeit entspricht, d. h. analog zu vollapprobierten Ärztinnen und Ärzten nach BAT II erfolgt.

Ärztinnen und Ärzte sind mit erfolgreichem 3. Staatsexamen für eine verantwortungsvolle berufliche Tätigkeit qualifiziert und üben diese mit hohem persönlichen Einsatz in unseren Kliniken und Praxen aus. Die Arbeit von Ärztinnen und Ärzten im Praktikum ist unterbezahlt und muss daher in Ost- und Westdeutschland gleich und angemessen entlohnt werden.

Die seitens der Bundesregierung in Verbindung mit der reformierten Medizinerbildung geplante Abschaffung der AiP-Phase wird der aktuellen Situation nicht gerecht. Bei Inkrafttreten der novellierten ärztlichen Approbationsordnung zum 1. Oktober 2003 und noch zusätzlich notwendiger Änderung der Bundesärzteordnung droht die Abschaffung der AiP-Phase erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung im Jahr 2009 vollzogen zu werden. Tatsächlich leisten jedoch Ärztinnen und Ärzte auch derzeit nach erfolgreichem mindestens 6-jährigem Studium einschließlich des bereits absolvierten unbezahlten Praktischen Jahres die gleiche Arbeit, die auch von zukünftigen Ärztegenerationen aus Modell- und Reformstudiengängen erwartet wird.

Die fortgesetzte erhebliche Unterbezahlung ärztlicher Berufsanfänger in Deutschland und ein Hinauszögern der Abschaffung der AiP-Phase sind nicht akzeptabel und drohen den bereits vorhandenen Mangel an medizinischen Nachwuchskräften weiter zu verschärfen.

27. AiP-Vergütung unzureichend

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-5) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Ärztinnen und Ärzte im Praktikum müssen zukünftig nach BAT II bezahlt werden.

Nur so wird der Tatsache Rechnung getragen, dass der bisherige Tarif Marktgegebenheiten nicht berücksichtigt und die tatsächlichen Leistungen von Ärzten und Ärztinnen im Praktikum nur unvollkommen honoriert.

28. Abschaffung der Arzt im Praktikum-Phase

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga und Dr. Wolter (Drucksache I-12) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert Bundesregierung und Deutschen Bundestag auf, die Arzt im Praktikum-Phase unverzüglich durch eine Änderung der Bundesärzteordnung abzuschaffen und damit auch der entsprechenden Empfehlung des Bundesrates vom 26. April 2002 schnellstmöglich nachzukommen.

Durch Beschluss des Bundesrates zur Reform der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung gelungen. Zentrale Aspekte der Ärztlichen Approbationsordnung sind jetzt der vermehrte Praxisbezug durch mehr Unterricht am Patienten, fächerübergreifende Lehre und die Stärkung der allgemeinmedizinischen Inhalte. Diese verbesserte praktische Ausbildung macht die Arzt im Praktikum-Phase überflüssig.

29. Abschaffung der AiP-Phase vor dem Jahr 2009

Auf Antrag von Herrn Bodendieck (Drucksache I-15) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die Phase Arzt/Ärztin im Praktikum (AiP) vor dem Jahre 2009 abzuschaffen.

Am 26. April 2002 wurde im Bundesrat die lange überfällige Reform der ärztlichen Approbationsordnung beschlossen. Auch die Phase als Arzt/Ärztin im Praktikum (AiP) ist davon betroffen. In der Presseerklärung des Bundesministeriums für Gesundheit heißt es am gleichen Tage:

„Der Arzt im Praktikum wird dann für alle diejenigen entfallen, die das neue reformierte Studium durchlaufen.“ – das wird also erst vom Jahre 2009 an gültig werden.

Begründung:

Es ist nötig, die Zeit bis zur Erteilung der ärztlichen Approbation zu verkürzen, damit der Arztberuf attraktiver wird und dem drohenden Ärztemangel begegnet werden kann, entweder durch sofortige ersatzlose Streichung des AiP oder durch schrittweise Verkürzung der AiP-Zeit im Laufe von 3 Jahren:

Verkürzung von 18 auf 12 Monate und von 12 auf 6 Monate sowie endgültige Abschaffung vom 3. Jahr ab. Vor bzw. parallel zur Abschaffung der AiP-Phase muss die praktische Ausbildung in den 6 Jahren des Medizinstudiums so intensiviert werden, dass nach dem Studium die jetzige AiP-Phase überflüssig ist.

Das politische Ziel, die Zahl der Studienplätze in der Medizin und die Zahl der Absolventen zu verringern und ihren Eintritt in die volle Berufsausübung – durch die eingeschobene AiP-Phase – zu verzögern, muss korrigiert werden. Es sollten im Gegenteil mehr Studenten zum Medizinstudium zugelassen und außerdem die Arbeitsbedingungen junger Ärzte verbessert werden.

30. *Änderung der Bundesärzteordnung im Hinblick auf die Abschaffung der AiP-Phase*

Auf Antrag von Dr. Lipp (Drucksache I-19) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Sofortige Abschaffung des AiP

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, aus der Bundesärzteordnung umgehend alle Regelungen zum AiP herauszunehmen und damit die sofortige Abschaffung des AiP zu ermöglichen. Die mit dieser überflüssigen Ausbildungsphase begründete Unterbezahlung von Ärzten im Praktikum muss ein Ende haben. Die Arztzahlenentwicklung und dramatische Abwanderung von jungen Ärzten in das Ausland oder in andere Berufe gefährden die Patientenversorgung.

31. *Abschaffung des AIP/ÄIP per Sondergesetzgebung*

Auf Antrag von Dr. Dehnst, Frau Dr. Berendes (Drucksache I-38) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, den AIP/ÄIP per Sondergesetzgebungsverfahren umgehend und zügig noch in dieser Legislaturperiode abzuschaffen.

32. *Belgisches Gesetz zur Legalisierung der Euthanasie*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-9) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Josten (Drucksache I-9a) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Gegen die Tötung auf Verlangen Kranker

Der 105. Deutsche Ärzte bedauert die Verabschiedung des Gesetzes zur Legalisierung der Euthanasie, dass heißt die Tötung auf Verlangen durch Ärztinnen und Ärzte durch das belgische Parlament am 16. Mai 2002. Das Gesetz soll die Tötung von leidenden erwachsenen Patienten auf eigenen Wunsch erlauben, wenn deren Tod nicht unmittelbar bevorsteht. Es schließt auch psychisch kranke Menschen ein. Damit hat das belgische Parlament dem Patienten-Arzt-Verhältnis nicht nur in Belgien einen schweren Schaden zugefügt.

Wenn Patienten nicht mehr davon ausgehen können, dass das Bestreben ihrer Ärztinnen und Ärzte nur auf den Schutz ihres Lebens ausgerichtet ist, wird es schwer, Vertrauen zu fassen. Wenn Vertrauen fehlt, werden Heilung, Linderung und Trost viel schwerer oder gar nicht zu erreichen sein.

Das Gesetz ist ein falsches Zeichen für Alle, die leiden, für Alle, die ohne Hoffnung sind. Es weist auf Tod durch den Arzt als Ausweg, anstatt Wege zur Hilfe und Hoffnung aufzuzeigen. Es lässt sich auch der Eindruck nicht vermeiden, als sollen hier lästige weil teure Patienten quasi zur „Selbstentsorgung“ getrieben werden. Die gleichzeitige Verabschiedung eines Gesetzes zur Palliativmedizin kann in diesem Zusammenhang nur als Kosmetik gewertet werden – ein durchschaubarer Versuch, die zutiefst menschenverachtende Gesetzgebung zur Euthanasie als human zu tarnen.

Wir bekunden unsere Solidarität mit den belgischen Kollegen, die den Kampf gegen dieses Gesetz noch nicht aufgegeben haben. Wir bestätigen unsere Bindung an den ärztlichen Auftrag und die Beachtung des Genfer Gelöbnisses des Weltärztebundes.

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt seine kategorische Ablehnung der Tötung auf Verlangen durch Ärztinnen und Ärzte und die Forderung nach einem Ausbau und einer Stärkung der Palliativmedizin und der Schmerztherapie.

33. *Approbationsordnung für Ärzte novellieren*

Auf Antrag von Frau Schlang (Drucksache I-22) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass die neue Approbationsordnung für Ärzte, verabschiedet auf der 775. Sitzung des Bundesrates am 26. April 2002, in keiner Weise den Anforderungen an eine grundsätzliche Reform des Medizinstudiums im Sinne des Murrhardter Kreises¹ genügt.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert deshalb die politisch Verantwortlichen auf, sich endlich um eine grundsätzlich neue Approbationsordnung mit folgenden Schwerpunkten zu bemühen:

- Die sofortige Abschaffung der AiP-Phase
- Die sozialverträgliche Umstrukturierung des Praktischen Jahres (Arbeitsvertrag, Bezahlung, Regelung von Urlaub, Krankheit, Mutterschutz, Teilzeit-Möglichkeit)
- Fächerreduzierung
- Fächerübergreifende problemorientierte Unterrichtsinhalte
- Mehr Praxis während des gesamten Studiums
- Die Abschaffung der MC-Prüfungen durch ein zentrales Institut zugunsten universitärer und alternativer Prüfungskonzepte [z. B. „objective structured clinical examinations“ (OSCE's)]
- Fundierte und kontinuierliche Evaluation der Lehre

¹Murrhardter Kreis, Das Arztbild der Zukunft, 1995

Begründung:

Die versuchten Novellierungen der letzten Jahre stellten nur Stückwerk dar. In Anlehnung an die veränderten Bedürfnisse der praktischen ärztlichen Tätigkeit muss eine grundlegend neue Ausrichtung des Medizinstudiums auf den Weg gebracht werden. Diese Reform duldet keinen weiteren Aufschub. Das jetzt erfolgte Durchpeitschen der neuen Approbationsordnung vor der Bundestagswahl wird diesen Prozess nur unnötig verzögern und hemmen.

34. *Neue Approbationsordnung*

Auf Antrag von Frau Schlang (Drucksache I-24) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag bedauert, dass die Inhalte der im April verabschiedeten neuen Approbationsordnung trotz der sehr langen Vorlaufzeit den Anforderungen an eine grundlegende Reform des Medizinstudiums nicht gerecht werden.

- Das Studium gliedert sich nur noch in zwei Abschnitte, einen von zwei und einen von vier Jahren, dessen letztes Jahr unverändert ein Praktisches Jahr bleibt.
- Die Prüfung am Ende des 1. Abschnitts wird erschwert und verändert, ohne dass in größerem Umfang klinische Inhalte aufgenommen werden: Zur praktisch unveränderten MC-Prüfung wird eine obligatorische mündlich-praktische Prüfung in den Fächern Anatomie, Biochemie, Physiologie hinzugefügt. Neuere internationale Erkenntnisse zur Form und zum Ablauf solcher mündlich-praktischer Prüfungen werden nicht als Voraussetzung benannt. Die – bisher wenigstens möglichen – Prüfungen in Medizinischer Soziologie und Psychologie entfallen ganz; damit steht der konkrete Entwurf im Widerspruch zu den selbst vom BMG benannten Zielen (“Die Verzahnung von klinischen und theoretischen Ausbildungsinhalten über die gesamte Studienzeit zu gewährleisten.” “Die ganzheitliche Sicht der Patientensituation ... müssen verstärkt berücksichtigt werden.”)
- Der 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung soll vier Jahre nach dem 1. Abschnitt erst nach dem PJ (!) am Ende des gesamten Studiums erfolgen (Von Studenten als “Hammerexamen” bezeichnet). Der schriftliche MC-Teil soll allerdings nur noch mit 320 Fragen und insbesondere durch Fallstudien gestaltet werden. Während bisher im sechsten klinischen Semester ausreichend Zeit zur Prüfungsvorbereitung vorhanden war, soll dies in Zukunft unmittelbar nach dem PJ bei gleichzeitiger Vorbereitung auf die Mündlich-praktischen Prüfungen geschehen! Dies wird zu einer Verlängerung des Studiums führen, obwohl die Regelstudienzeit mit sechs Jahren und drei Monaten (§ 3 (2) Satz 2) festgelegt bleibt. Nicht zur Kenntnis genommen wurden Hinweise, dass MC-Prüfungen mit weniger Fragen schwieriger sind als solche mit vielen Fragen und dass nach internationalem Stand der Diskussion von Fallstudien-Fragen wieder Abstand genommen wird, da diese zur korrekten Lösung schwer steuerbare Lese- und Verständniszeiten erforderlich machen.
- Die MC-Prüfungen sollen weiterhin von einem Institut ohne Berücksichtigung der Rückmeldemöglichkeit an die direkt Lehrenden konzipiert werden. Der zentrale Kritikpunkt am gegenwärtigen Studium, dass die zentralen Prüfungen keinerlei Rückmeldungen an die Lehrenden über den Erfolg ihrer eigenen Lehre gestatten, und die Studenten sich auf die Prüfungen ohne Zusammenhang zu den angebotenen Lehrveranstaltungen vorbereiten müssen, bleibt unreformiert.
- Eine Fächerreduzierung erfolgt nicht! Im Gegenteil: allein im 2. Abschnitt (die sechs Semester vor dem PJ) wird die Absolvierung von 39 “Fächern, Querschnittsbereichen und Blockpraktika”, also mehr als bisher, mit über 33 benoteten Prüfungen verlangt.
- Schritte zur Streichung der AiP-Phase werden nur insofern benannt, als die Bundesregierung aufgefordert wird, die Bundesärzteordnung durch Abschaffung des AIP zu ändern – allerdings nur für diejenigen, die nach der neuen ApprO studieren werden, also frühestens ab 2009!
- Die beabsichtigte “Anpassung der Studienanfängerzahlen”, sprich ihre Reduzierung, bleibt bestehen. Jetzt allerdings durch Erweiterung der Gruppengrößen gegenüber dem 1997er Entwurf nur noch um 10 %. Dies erstaunt insbesondere deswegen, weil inzwischen Stellen in Krankenhäusern außerhalb der Ballungszentren bereits aus Mangel an Bewerbern über längere Zeit nicht besetzt werden können. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung, eine Institution mit ansonsten jahrzehntelanger Tradition in Warnungen vor Aufnahme des Medizinstudiums wegen Überfüllung des Arztberufes, gerade kund getan, dass bereits jetzt und erst recht in den nächsten Jahren wichtige Kassenarztsitze, insbesondere in den neuen Bundesländern aus Ärztemangel nicht mehr besetzt werden können.
- Auch der Regelstudiengang (bisher nur für Modellstudiengänge vorgeschrieben) und zusätzlich auch die einzelnen Unterrichtsveranstaltungen sollen regelmäßig evaluiert werden - mit Veröffentlichungspflicht für die Ergebnisse. Diese an sich

begrüßenswerte Regelung erweist sich aber als hohle Absichtserklärung, da ausdrücklich keine zusätzlichen Kosten entstehen dürfen. Wer die Lage der Fakultäten und ihre Möglichkeiten, zusätzliches Geld für qualifizierte und daher teure Evaluation ausgeben zu können, kennt, wird diese Absichtserklärung sofort abschreiben müssen. Bisher verfügen die meisten Fakultäten nicht einmal über qualifiziert ausgestattete Studiendekanate!

- Das Inkrafttreten ist für die Studienanfänger ab Herbst 2003 vorgesehen. Von den zur Zeit Studierenden werden daher allenfalls diejenigen betroffen sein, die ihr Physikum allzu lange hinaus schieben. Damit ist vermutlich auch das geringe Interesse der Studierenden an dieser Reform zu erklären.
- Den Fakultäten droht bei Annahme ein arbeitsreiches Jahr. Alle Lehrveranstaltungen und alle Studien- und Praktikumsordnungen sind grundsätzlich umzugestalten und unter erheblichem Aufwand neu zu planen. Ob sich bei überall durchgreifenden finanziellen Kürzungen hierfür engagierte Dozenten findet, darf bezweifelt werden.

35. Umsetzung der Approbationsordnung an den Fakultäten

Auf Antrag von Prof. Dr. Kunze, Prof. Dr. Lob, Prof. Dr. Gekle und PD Dr. Benninger (Drucksache I-25) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag bittet den Medizinischen Fakultätentag umgehend dafür Sorge zu tragen, dass die Vorgaben der Novellierung der Approbationsordnung, die der Deutsche Bundesrat beschlossen hat, von allen medizinischen Fakultäten erfüllt werden und damit die neue Ausbildungsordnung im Jahre 2003 konkret umgesetzt werden kann. Im gemeinsamen Interesse der dringend notwendigen Förderung der Attraktivität des Arztberufes muss die Deutsche Ärzteschaft gemeinsam mit der Deutschen Hochschulmedizin zusammenarbeiten. Deshalb fordert der 105. Deutsche Ärztetag den Medizinischen Fakultätentag auf, auf dem 106. Deutschen Ärztetag den Umsetzungsplan der Fakultäten vorzutragen.

36. Vergütung der Ärzte in den neuen Bundesländern

Auf Antrag von Dr. Bartsch, Prof. Dr. Schulze, Dr. Wolter, Dr. Crusius, Dr. Friebel, Prof. Dr. Beleites (Drucksache I-14) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Vergütung ärztlicher Leistungen in den neuen Bundesländern unverzüglich dem Niveau der westlichen anzugleichen.

Begründung:

Ausgehend von der Sorge um die zukünftige Patientenbetreuung wird im 12. Jahr nach der Wiedervereinigung diese Forderung erhoben.

Die Altersstruktur der Ärzte in den neuen Bundesländern wird in den nächsten 5 Jahren die Versorgungssituation besonders im hausärztlichen Bereich dramatisch verschlechtern.

Innerhalb der nächsten 10 Jahre werden hier etwa 30 % ihre berufliche Laufbahn beenden. Der stationäre Bereich kann diese Versorgungslücke nicht schließen, da auch dort Ärzte fehlen.

Die gesetzlichen Krankenkassen verweigern eine angemessene Vergütung und halten das Niveau auf zzt. knapp 77 %. Deren Argumentationen hierfür akzeptieren die Ärzte nicht länger.

Junge Ärzte sollen dort ausreichende Bedingungen für ihr berufliches Aus- und Fortkommen finden, wo sie zu Hause sind. Deren Abwanderung ist ein sicheres Zeichen einer verfehlten Gesundheitspolitik.

37. Gleiche Honorare für Ost und West

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache I-36) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Krankenkassen auf, die Formulierung in § 85, Absatz 2 SGB V ernst zu nehmen in der es heißt:
„Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig.“

Darüber hinaus wird von der Bundesregierung erwartet, dass sie die Unterschiede zwischen Ost und West auch bei der staatlichen Gebührenordnung für Ärzte endlich aufhebt.

Begründung:

Das von den politischen Parteien vorgebrachte Argument, dass niedrigere Vergütungen und Honorare im Osten wegen der geringeren Produktivität gerechtfertigt seien, trifft auf die ärztliche Versorgung in keiner Weise zu. Die geringeren Honorare im Osten konterkarieren die Bemühungen, freiwerdende Arztsitze in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu besetzen. Auch junge Ärzte können rechnen. Im übrigen wird auf diese Weise denjenigen Ärzten, die sich nach der Wende mutig niedergelassen haben, ein großer Teil ihrer Altersversorgung genommen, wenn sie keinen Nachfolger finden.

Bei der staatlichen Gebührenordnung für Ärzte ist die Unterscheidung deshalb besonders unverständlich, weil bei der Höhe der Prämien zur privaten Krankenversicherung bereits seit der Wende keine Differenzierung gemacht wurde.

38. Aufsuchende Prävention einführen

Der Antrag von Frau Haus (Drucksache I-33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Einführung einer aufsuchenden Prävention für bestimmte Bevölkerungsgruppen durch Fachkräfte, die von den Gemeinden den Hausarztpraxen zugeordnet werden.

Begründung:

Präventive Angebote werden nur von einem kleinen Teil der Bevölkerung in Anspruch genommen, in der Regel von denjenigen, die ohnehin auf ihre Gesundheit achten. Präventive Angebote erreichen jedoch selten diejenigen, die ihrer am dringendsten bedürfen. In anderen Ländern gibt es gezielte Programme, z. B. für junge Familien, allein lebende Rentner und sozial Schwache, die ausgehend vom behandelnden Arzt von qualifiziertem Personal besucht werden, ohne dass diese Besuche extra angefordert werden.

Programme dieser Art stärken die Compliance und führen zu einer wirksamen Gesunderhaltung und Prävention. Die Finanzierung solcher Programme müsste aus Mitteln der öffentlichen Hand erfolgen, da es sich um Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens handelt.

Zu Punkt II der Tagesordnung: Individualisierung oder Standardisierung in der Medizin?

1. *Orientierung des Arztbildes in einer sich wandelnden Gesellschaft*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer und Präsidium der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Drucksache II-1) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Dietz (Drucksache II-1b), Herrn Henke (Drucksache II-1c), Dr. Emminger, Prof. Dr. Lob (Drucksache II-1d) und Dr. Deeg (Drucksache II-1e) fasst der 105. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag stellt fest:

- Immer neue „Gesundheitsreformen“ haben die Patientenversorgung in eine bedrohliche Situation gebracht.
- Bürokratie und Rationierungsvorgaben engen den Entscheidungs- und Handlungsspielraum der Ärztinnen und Ärzten immer mehr ein.
- Nicht mehr allein medizinisch begründete Ziele einer spezifischen und individuellen Patientenversorgung bestimmen die Inhalte ärztlicher Berufsausübung, sondern zunehmend fiskalische Vorgaben und praxisferner Expertenrat.
- Maßgebend für die Fortentwicklung der Medizin und die Weiterentwicklung medizinischer Inhalte ist allein die wissenschaftliche Erkenntnis, gewonnen von der medizinischen Wissenschaft in Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen; die Behandlung der individuellen Patienten erfolgt nach dem jeweiligen aktuellen Stand von medizinischer Wissenschaft und Technik sowie der ärztlichen Erfahrung.
- Externe, an Vorgaben orientierte Institute, die die Qualität des ärztlichen Handelns vorschreiben wollen, werden als systemfremd und nicht qualitätsfördernd abgelehnt.
- Eine ausschließlich statistisch/epidemiologisch begründete Medizin ohne Berücksichtigung klinischer Erkenntnisse wird abgelehnt. Eine schematisierte Medizin verursacht permanente Über-, Unter- und Fehlversorgungen, da ein starres Maßnahmenbündel zur Anwendung gelangt, ohne Ansehen des Einzelfalls;
- Leitlinien sind ein modernes Instrument zur komprimierten Darstellung von Diagnose und Therapie von Krankheitsbildern entsprechend dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik und ein wertvolles Hilfsmittel zur Absicherung von diagnostischen und therapeutischen Prozeduren im Einzelfall. Leitlinien sind Orientierungshilfen.
- Allein der Patient in seiner individuellen medizinischen Situation und mit seinem Willen muss die Begründung für die diagnostischen und therapeutischen Verfahren sein; die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit von Patient und Arzt müssen erhalten bleiben. Patient/Patientin und Arzt/Ärztin müssen auch in ihrer Entscheidung frei bleiben, Maßnahmen in Therapie und Diagnostik unterlassen zu können.

Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb:

- eine Gesundheitspolitik, die Heilungschancen für Patientinnen und Patienten höher bewertet als inflexible ökonomische Vorgaben;
- das Primat einer wissenschaftlich begründeten Medizin gegenüber unsachgemäßen Eingrenzungen der therapeutischen Möglichkeiten durch inflexible, standardisierte Vorgaben;
- das Vertrauensverhältnis von Patient und Arzt nicht durch externe steuernde Eingriffe Dritter (z. B. im Rahmen strukturierter Versorgungsprogramme) zu beeinträchtigen;
- den Schutz ärztlicher Verantwortung und Autonomie bei Vertragsabschlüssen innerhalb der Selbstverwaltung durch ärztliche Körperschaften.

Gefahren einseitig politisch geprägter Gesundheitspolitik

In der aktuellen Diskussion zur Reform des Gesundheitssystems durch Maßnahmen für eine effektivere und effizientere Ressourcennutzung wird häufig derjenige außer acht gelassen, um den es eigentlich geht: der kranke Mensch. Alle geben vor, die Interessen der Patienten zu vertreten, doch zumeist erfolgt nur Rationierung von Sozialversicherungsleistungen und Umverteilung von Steuern im Interesse von Kostenträgern. Gegenseitige Schuldzuweisungen sind ebenso wenig hilfreich wie hektischer Aktionismus durch den Erlass von Richtlinien, Vorschriften und Gesetzen. Im allseitigen Bemühen zur Entwicklung neuer Strukturen und Organisationen werden die originären Ziele einer effektiven Krankenversorgung immer mehr aus dem Blick verloren.

In dieser Analyse stimmen Bundesärztekammer (BÄK) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) überein. Gemeinsam fordern sie, die Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung so zu gestalten, dass eine patientenzentrierte, qualitätvolle Versorgung in Deutschland wieder möglich wird. Dabei geht es vor allem darum, von Seiten der Ärzteschaft und der medizinischen Wissenschaft nachdrücklich den zentralen Auftrag aller Beteiligten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu erfüllen.

Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel

Bedingt durch den gesellschaftlichen Wandel haben sich auf dem Hintergrund des wachsenden Wohlstandes die Bedürfnisse und Ansprüche der Bevölkerung geändert. Während früher Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit bzw. Notwendigkeit medizinischer Behandlung verstanden wurde, scheint sich mehr und mehr die kollektive Erwartung von "vollständigem körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden" durchzusetzen. Die stetig steigende Inanspruchnahme der Leistungen sowie der daraus resultierende Anstieg der Ausgaben der Sozialleistungsträger und Versicherungen sind eine Konsequenz dieser gesellschaftlichen Entwicklung. Das zunehmende Wissen um Einflüsse von Ernährung, Lebensführung, Umwelt etc. auf die Gesundheit hat ein steigendes Angebot an neuen gesundheitsbezogenen Waren und Dienstleistungen ermöglicht, so dass ein dynamisch wachsender Gesundheitsmarkt entstanden ist, der um „Kunden“ wirbt. Die medizinische Wissenschaft hat große Fortschritte in der Verbesserung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen erzielt. Die Folge ist, dass das System der Gesundheitsversorgung in seiner Vielschichtigkeit und seiner Vielfalt – wenn überhaupt – nur noch für Experten überschaubar ist. Dadurch ergeben sich nicht nur Probleme für die gesundheitspolitische Steuerung, sondern für die kranken Menschen und für die Menschen, die selbstverantwortlich und aktiv ihre Gesundheit erhalten wollen. Die Versicherten und Patienten können die Informationsflut in den Medien, die vielfältig sich widersprechenden politischen Stellungnahmen und Gutachten kaum verstehen, für

die eigene Meinungsbildung nutzen und im Fall eigener Betroffenheit durch Gesundheitsstörungen und Krankheiten umsetzen .

Deprofessionalisierung des Arztberufes

Wichtig für eine hohe Qualität der Patientenversorgung ist die zentrale Funktion der Ärztinnen und Ärzte bei Diagnose, Therapie und Prävention.

Die Rolle des Arztes erfährt heute im Zuge gesellschaftlicher Prozesse eine Neudefinition dadurch, dass die Entscheidungsbefugnis der Ärztinnen und Ärzte über die von ihnen zu leistenden Tätigkeiten eingeengt wird. Der Arzt hat in seinen ureigenen Tätigkeitsfeldern zunehmend externe Vorschriften zu berücksichtigen. Dazu gehören fiskalpolitische und verfahrenstechnische Vorschriften bei hohem Dokumentationsaufwand und viel Bürokratie. Der Arzt wird damit vom Gestalter zum Mitgestalter, vom Verantwortlichen zum Mitverantwortlichen. Die Selbstständigkeit des Arztes – wann, wie lange und zu welchen Kosten an Patienten medizinische Maßnahmen durchzuführen sind – unterliegt dabei zunehmend öffentlicher Kritik und Einflussnahme.

Ein herausragender Faktor dieser Entwicklung ist das aktuelle Krankenkassensystem mit seiner mittlerweile in den Vordergrund getretenen Steuerungsfunktion.

In besonderem Maße fördert das System der Krankenkassen mit seiner übermächtigen Steuerungsfunktion diese Deprofessionalisierung des Arztberufes.

Die Krankenkassen haben sich im Laufe der Jahrzehnte von der ihnen übertragenen Mittler- und Finanzierungsfunktion grundlegend entfernt. Die unternehmerische Dynamik der Krankenkassen lässt sie um Umsätze und Marktanteile kämpfen und ökonomische Ziele verfolgen. Sie sind eigenständige Wirtschaftsunternehmen, die sich am Wettbewerb beteiligen, auf die Gestaltung des Gesundheitswesens maßgeblich Einfluss nehmen und die fachliche Berufsausübung der Ärzte beeinflussen.

Die gesellschaftlich gewollte Entwicklung der Entsolidarisierung des sozialen Krankenversicherungssystems, seine stärkere Durchdringung mit ökonomischen Fragestellungen findet ihren Niederschlag auch in der ärztlichen Berufsausübung.

Die Deprofessionalisierung des Arztberufes hat schließlich auch Folgewirkungen auf die Einheit des Berufsstandes: die Ärzteschaft wird dividierbar, dies ist mit erheblichen politischen Nachteilen verbunden.

Der ärztliche Auftrag

Seit Hippokrates gilt als zentrale Maxime der Medizin: Salus aegroti suprema lex. Der kranke Mensch wünscht sich Ärztinnen und Ärzte,

- die bei optimaler fachlicher Beratung und Behandlung versuchen, ihn in seinem Leiden zu verstehen.
- die sich Zeit nehmen, um zuzuhören und dann die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft verantwortungsbewusst auf die jeweilige individuelle Krankheitsproblematik und Gesundheitssituation anwenden.
- die gelernt haben, mit ihrem Patienten dessen Krankheiten und Gesundheitsprobleme zu diagnostizieren und gemeinsam Entscheidungen über Therapie- maßnahmen zu treffen und erfolgreich durchzuführen.

Diese Anforderungen an den Arzt sind hoch – stellen aber den Kern ärztlicher Tätigkeit dar.

Kranke wollen nicht als Kunden, sondern als Menschen mit persönlichen Gesundheitsproblemen behandelt werden. Der Arzt soll diese auf der Basis seiner wissenschaftlichen Schulung und Erfahrung erkennen, angemessen beurteilen und behan-

deln. Sie wollen nicht als „ICD-Codes“, nicht als „DRG-Fälle“ und nicht nach bürokratischen Vorgaben in Form von Richtlinien abgearbeitet werden.

Die individuelle Behandlung von Patienten und die Anwendung wissenschaftlich begründeter Leitlinien sind keine Gegensätze, sondern müssen sinnvoll miteinander verbunden werden. Dazu ist es notwendig, die Entscheidungskompetenzen des einzelnen Arztes und seines Patienten zur Nutzung von Informationen über den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft (d. h. durch Leitlinien) für die jeweils besondere Situation des kranken Menschen zu stärken.

Die deutsche Ärzteschaft wird darauf hinwirken, den gesellschaftlichen Auftrag zu erfüllen, kranken Menschen zu helfen soweit als möglich wieder gesund zu werden und gesunden Menschen zu helfen, soweit als möglich gesund zu bleiben.

Wissenschaftlich begründetes und patientenorientiertes ärztliches Handeln

Wissenschaftlich begründete Leitlinien können für den praktizierenden Arzt wichtige Hilfsmittel sein, um jederzeit den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu nutzen. Allerdings dürfen "Evidenzbasierte Medizin"(EBM)", pauschalierende Abrechnungssysteme ("diagnosis related groups", DRGs) und strukturierte Behandlungsprogramme ("disease management programs", (DMPs) nicht instrumentalisiert werden, um Patienten zu typisieren und deren Behandlungsabläufe zu schematisieren. In der individuellen Behandlung eines kranken Menschen kann der Arzt seiner Aufgabe zur Berücksichtigung der jeweils besonderen organischen, psychischen und sozialen Bedingungen nur gerecht werden, wenn er im Einvernehmen mit seinem Patienten gleichermaßen die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und seine beruflichen Erfahrungen umsetzt. Ärztliche Kunst besteht in der verantwortungsbewussten Anwendung von verallgemeinerbaren Gesetzmäßigkeiten, von Wissen und ärztlicher Erfahrung auf den besonderen, einmaligen Fall. Mit dem vom Patienten erteilten Behandlungsauftrag übernimmt der Arzt nicht nur die Verpflichtung, dessen Interessen zu vertreten (der Arzt als Anwalt des Kranken), sondern auch eine besondere Verantwortung zur Zusammenarbeit in unserem komplexen Gesundheitsversorgungssystem.

§ 1 der Bundesärzteordnung (BÄO) verpflichtet den Arzt zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung. Daraus folgt, dass es nicht nur das Recht, sondern geradezu die Pflicht der ärztlichen Selbstverwaltung ist, gesundheitspolitische Fehlentscheidungen entgegenzutreten, insbesondere solche, die in eine Gesundheitsversorgung ohne angemessene Beteiligung praktischen ärztlichen Sachverstandes führen.

Die Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung ist nur dann sinnvoll, wenn gewährleistet ist, dass das ärztliche Erfahrungswissen und die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Medizin gleichermaßen genutzt und die spezifischen Bedingungen der medizinischen Praxis berücksichtigt werden.

Die ärztlichen Selbstverwaltungsgremien haben zudem mit der von der Selbstverwaltung getragenen Einrichtung der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) dazu einen wesentlichen Beitrag geleistet. Ein zentrales Nationales Institut für Qualitätssicherungsfragen mit möglicherweise politischen Vorgaben lehnt der Deutsche Ärztetag entschieden ab. Solchen Nationalen Gesundheitsdiensten entlehnte Institute stoßen auf Skepsis und Ablehnung.

Die deutsche Ärzteschaft muss jeder Form einer Medizin, die den Ärzten starre Vorgaben macht, eine klare Absage erteilen. Bevormundungen durch normsetzende Eingriffsverwaltungen und "Gesundheitsexperten" mit einseitiger ökonomischer Aus-

richtung gefährden ein vertrauensvolles Patienten-Arzt-Verhältnis und missachten sowohl den Willen als auch das Wohl der Patienten, die in ihrer Autonomie zu respektieren sind.

2. Nationales Programm für Versorgungsleitlinien bei der Bundesärztekammer

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II-2) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag nimmt das Projekt „Nationales Programm für Versorgungsleitlinien bei der Bundesärztekammer (NPL)“ zustimmend zur Kenntnis.

Er spricht sich für eine Prüfung der Institutionalisierung des Programms aus, weil damit folgendes erreicht werden kann, dass:

- die Festlegung der Behandlung und ihre Koordination im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme ärztliche Aufgabe bleibt sowie Leitlinien im Rahmen der strukturierten Krankenversorgung weder durch die Art ihrer Definition noch durch die Anwendung externer Prüfroutinen den Charakter einer verpflichtenden Vorgabe annehmen (siehe: Gemeinsames Votum der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zur Einführung strukturierter Behandlungsprogramme in der GKV vom 26. April 2002);
- evidenzbasierte Grundsätze von Diagnostik und Therapie für strukturierte Behandlungsprogramme in der GKV wissenschaftlich begründet und praktikabel sind sowie bereits funktionierende Leitlinien berücksichtigen (siehe Beschluss des 104. Deutschen Ärztetages);
- die inhaltlichen Eckpunkte strukturierter Behandlungsprogramme im Konsens zwischen den Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften und der AWMF sowie den zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitet, gepflegt und implementiert werden;
- die Ergebnisse des Leitlinien-Clearingverfahrens von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Kooperation mit den Spitzenverbänden der Kranken- und Rentenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die Anliegen des Patientenforums bei der Erstellung von Versorgungsleitlinien berücksichtigt werden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, die Möglichkeit einer dauerhaften Institutionalisierung des Nationalen Programms für Versorgungsleitlinien zu prüfen.

Begründung:

AngestoÙen durch die Beratungen des Koordinierungsausschusses gem. § 137 f SGB V zur Definition von Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme hat der Vorstand der Bundesärztekammer im März 2002 beschlossen, dass die Bundesärztekammer die Schirmherrschaft für ein „Nationales Programm für Versorgungsleitlinien bei der Bundesärztekammer (NPL)“ übernimmt.

Strukturierte Behandlungsprogramme müssen auf einheitliche Therapieempfehlungen gestützt werden, für die in Deutschland die notwendigen evidenzbasierten Konsensusleitlinien bislang nicht in jeder Hinsicht zur Verfügung stehen. NPL schafft mit „Versorgungs-Leitlinien“ die inhaltliche Grundlage für Strukturierte Behandlungsprogramme und garantiert die Aktualisierung nach dem besten verfügbaren Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin.

Im Mittelpunkt von NPL steht die Darlegung und Implementierung abgestimmter Schlüsselempfehlungen deutscher Leitlinien und evidenzbasierter Handlungsempfehlungen verschiedener Herausgeber zu einer bestimmten, prioritären Versorgungsproblematik. Hierdurch wird insbesondere die Berücksichtigung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und weiterer Verfasser in der Patientenversorgung gefördert.

Die im Rahmen von NPL entwickelten Versorgungsleitlinien sollen garantieren, dass

- die Festlegung der Behandlung und ihre Koordination im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme ärztliche Aufgabe bleibt sowie Leitlinien im Rahmen der strukturierten Krankenversorgung weder durch die Art ihrer Definition noch durch die Anwendung externer Prüfroutinen den Charakter einer verpflichtenden Vorgabe annehmen. (siehe: Gemeinsames Votum der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zur Einführung strukturierter Behandlungsprogramme in der GKV vom 26. April 2002)
- evidenzbasierte Grundsätze von Diagnostik und Therapie für strukturierte Behandlungsprogramme in der GKV wissenschaftlich begründet und praktikabel sind
- die inhaltlichen Eckpunkte strukturierter Behandlungsprogramme im Konsens zwischen den Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften und der AWMF sowie den zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitet, gepflegt und implementiert werden
- die Ergebnisse des Leitlinien-Clearingverfahrens von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung in Kooperation mit den Spitzenverbänden der Kranken- und Rentenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die Anliegen des Patientenforums bei der Erstellung von Versorgungsleitlinien berücksichtigt werden.
- Zu diesem Zweck wurde die organisatorische Realisierung des NPL von der Bundesärztekammer in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) delegiert.

Als erstes Ergebnis des NLP konnte im April 2002 die Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der Fachkommission Diabetes Sachsen, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der AWMF konsentiert werden. Die Leitlinie wurde auf dem Deutschen Diabetes-Kongress von Prof. Dr. Schulze, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, und Prof. Dr. Landgraf, Präsident der DDG vorgestellt. Eine erste Auflage von 5000 Stück wurde von der Deutschen Diabetes Gesellschaft an die Kongressteilnehmer kostenfrei verteilt.

Der erfolgreiche Start spricht für eine Institutionalisierung des Programms. Die Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus Typ 2 unterstützt im übrigen das Anliegen des 104. Deutschen Ärztetages, bereits funktionierende Leitlinien in der Versorgung wirksam werden zu lassen (Drucksachen V-6 und V-6a des 104. Deutschen Ärztetages).

3. *Disease Management Programme nur für Patienten – nicht gegen sie*

Auf Antrag von Prof. Dr. Kolkmann (Drucksache II-3) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Windhorst (Drucksache II-3a) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Disease-Management-Programme nur für die Patienten – nicht gegen sie!

Der 105. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass eine rationale Behandlung unter angeleiteter selbstverantwortlicher Mitwirkung der Patienten und unter Anwendung einer evidenzbasierten und leitliniengestützten Medizin eine in der Regel sinnvolle Vorgehensweise darstellt.

Der Deutsche Ärztetag bedauert, dass dieses sinnvolle Instrument dazu missbraucht werden soll, eine politische Fiktion, nämlich den Wettbewerb der Krankenkassen über das Konstrukt des Risikostrukturausgleiches scheinbar zu erhalten.

Er weist daraufhin, dass hierbei ausgerechnet besonders schutzbedürftige Menschen, nämlich chronisch Kranke, für politische Manöver instrumentalisiert werden.

Der Deutsche Ärztetag vermisst die gründliche Planung der Programme und beklagt die mangelhafte Einbeziehung des stationären Sektors in die DMP-Planung.

Der Deutsche Ärztetag stellt klar:

Wenn DMPs gemeinsam mit Krankenkassen vereinbart werden,

- dürfen unter Personenbezug nur administrative Daten (einschließlich der für das Programm maßgeblichen Leitdiagnose) an die Krankenkassen weitergeleitet werden, keinesfalls dürfen Befund- oder Anamnesedaten identifizierbar an die Krankenkasse weitergeleitet werden,
- dürfen gegenüber den Patienten, die sich für ein Programm einschreiben, für die Behandlung angemessene aber nicht in den DMPs vorgesehene Verfahren und Medikamente weder verschwiegen noch – wenn der Patient dann solche wünscht – vorenthalten werden,
- dürfen Patienten, die sich nicht in Disease-Management-Programme einschreiben, nicht gegenüber anderen Patienten benachteiligt werden und
- dürfen Kassen nicht unter Umgehung der behandelnden Ärzte in die Patientenbehandlung eingreifen (Versichertenbezogene Kommunikation der Kassen).

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert

- den Gesetzgeber auf, die gesundheitliche widersinnige Verknüpfung von Wettbewerb, Risikostrukturausgleich und DMPs umgehend aufzuheben, und die Patienten nicht weiterhin zur Manövriermasse der Krankenkasse zu machen.
- die Bundesregierung auf, der ärztlichen Selbstverwaltung ausreichend Zeit zu geben, DMPs vernünftig zu planen, zu administrieren und für eine adäquate Einbeziehung des stationären Sektors zu sorgen,
- die Krankenkassen auf, jegliche Versuche in das Patienten/Arzt-Verhältnis einzugreifen oder ein Case Management zu betreiben, strikt zu unterlassen,
- die Ärzteschaft auf, einmütig den Kassen nur pseudonymisierte arzt- und patientenbezogene Daten zu liefern, da berufsethische und berufsrechtliche (BO) Vorgaben die Freigabe sensibler Patientendaten an Dritte verbieten.

4. DMP - Berücksichtigung von psychischen und psychosomat. Aspekten

Auf Antrag von Frau Dr. Schleu (Drucksache II-4) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Für die Akkreditierung eines DMP-Programms ist zwingend erforderlich, dass psychische und soziale und psychosomatische Faktoren bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung oder Mitbehandlung der chronischen Krankheiten ausreichend berücksichtigt werden und psychotherapeutische Kompetenz entsprechend einfließt.

5. Individualisierung oder Standardisierung in der Medizin

Auf Antrag von Dr. Windhorst (Drucksache II-5) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert den Ordnungsgeber auf, den Referentenentwurf der Rechtsverordnung zum Risikostrukturausgleich in seiner Datensatzdefinition bei den vom Arzt versichertenbezogen an die Krankenkassen zu übermittelnde Gesundheitsdaten zurückzuziehen oder zu korrigieren (nächste Verhandlungsrunde am 17. Juni 2002).

Begründung:

Pseudonymisierte Daten belegen auch die Qualität eines DMP, z. B. Diabetes mellitus ohne das Vertrauensverhältnis von Arzt/Patient zu zerstören. Eine Einzelfallprüfung kann mit dem behandelnden Arzt zur Bewertung des Behandlungsverlaufs erfolgen.

6. Leitlinien – Berücksichtigung psychosomatischer und somatopsychischer Diagnostik und Therapie

Auf Antrag von Dr. Lorenzen (Drucksache II-6) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 105. Deutschen Ärztetages fordern, dass bei der Erstellung von Versorgungsleitlinien für die Erkennung und Behandlung von Krankheiten psychosomatische und somatopsychische Diagnostik und Behandlungsansätze ausreichend berücksichtigt werden.

Begründung:

Die jetzt vorliegende Leitlinie für Diabetes 2 fordert z. B. nur die Erkennung von Depression und ggf. deren medikamentöse Behandlung sowie die diabetesbezogene Schulung, vernachlässigt aber die Abklärung des seelischen Hintergrunds bei der Manifestation der Erkrankung. Notwendige psychosomatische oder psychotherapeutische Diagnostik und Therapie werden in der ersten vorliegenden Leitlinie nicht gefordert.

7. Disease-Management-Programme – nur unter bestimmten Bedingungen hilfreich

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache I-13) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt jede Form der Verbesserung der Patientenversorgung, sei es durch Sicherung der Qualität der ärztlichen Leistungen, sei es durch einen verbesserten Informationsfluss zwischen allen an der Behandlung Beteiligten oder durch Anreize für eine verbesserte Mitarbeit (Compliance) der Patienten.

Disease-Management-Programme für chronisch Kranke können nur dazu beitragen, wenn

1. die Individualität des Erkrankten und das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt respektiert werden,

2. der Arzt nicht zum Erfüllungsgehilfen der Krankenkassen wird und die vorgesehenen Leitlinien zwar als Empfehlung betrachtet werden, aber in Übereinstimmung mit dem Patienten davon abgewichen werden kann,
3. das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten gewahrt bleibt und er darüber entscheiden kann, inwieweit der Arzt zusätzliche Daten über sich an die Krankenkasse weitergibt,
4. der Patient aus dem Programm jederzeit aussteigen kann, auch für den Fall, dass er Erinnerungen durch Dritte als unangemessen empfindet,
5. der Arzt aus dem Programm jederzeit aussteigen kann, für den Fall, dass er von Dritten ohne die erforderliche medizinische Kompetenz in seiner Handlungsweise beeinflusst werden soll,
6. der bürokratische Aufwand für die Durchführung und Verwaltung der geplanten Programme gering gehalten und vergütet wird,
7. neu entstehende Verwaltungskosten und die erwartete Leistungszunahme außerhalb des Budgets vergütet werden und die dafür erforderlichen Mittel nicht anderen ärztlichen Leistungen entzogen, sondern von den Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

8. *Disease-Management-Programme – nur unter Beachtung des Datenschutzes*

Auf Antrag von Dr. Baumgärtner, Dr. Metke, Dr. Roder und Dr. Baier (Drucksache I-41) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag hat sich mehrfach für die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien als Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker ausgesprochen. Als Mitglied im Koordinierungsausschuss hat sich die Bundesärztekammer aktiv an der Erarbeitung von Anforderungsprofilen für die im RSA-Reformgesetz vorgesehenen Disease-Management-Programmen (DMP) beteiligt. Dabei hat sie gefordert, auch den Datenfluss so zu gestalten, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht durch Eingriffe der Krankenkasse in das Arzt-/Patienten-Verhältnis gestört wird.

Die jetzt in der Änderung der Rechtsverordnung zum RSA beschriebene versichertenbezogene Datenermittlung an die Krankenkasse untergräbt die notwendige Vertrauensbasis zwischen Patient und Arzt, da sie durch Übermittlung patientenbezogener Befunddaten genau diesen Eingriff der Krankenkassen ermöglicht.

Wenn für die Disease-Management-Programme als Maßnahme des RSA diese Datenübermittlung im Referentenentwurf als notwendig angesehen wird, dann müssen alle Ärzte eine Beteiligung an DMP in dieser Form ablehnen.

Weder die Übermittlung von Befunddaten noch die Information der Krankenkasse über das Verhalten der einzelnen Patienten durch die behandelnden Ärzte ist mit dem Selbstverständnis des Arztberufes in Einklang zu bringen.

9. *Gefahr ökonomischer Orientierung bei DMP*

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter (Drucksache I-41a) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 1. Absatz des Antrages I-41 möge durch folgenden Text ersetzt werden:

Der Deutsche Ärztetag hat sich wiederholt für die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen z. B. durch die Integration ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen ausgesprochen. Die deutsche Ärzteschaft beteiligt sich schon seit langem an der Entwicklung von Leitlinien, um die individuelle Behandlung Kranker an dem medizinischen Fortschritt und dem aktuellen medizinischen Wissen zu orientieren.

Die derzeitigen vom Gesetzgeber und den Kassen geplanten DMP-Strukturen bergen jedoch die Gefahr der rein ökonomisch ausgerichteten Steuerung der Behandlung chronisch Kranker. Zudem darf die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht durch Eingriffe der Krankenkassen in das Arzt-Patienten-Verhältnis gestört werden. In diesem Sinne ist die Existenz des Koordinierungsausschusses eigentlich überflüssig.

Zu Punkt III der Tagesordnung: **Ärztinnen: Zukunftsperspektive für die Medizin**

1. 100 Jahre Ärztinnen – Zukunftsperspektive für die Medizin

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-1) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Fabian (Drucksache III-1a), PD Dr. Benninger und Frau Dr. Machnik (Drucksache III-1b) fasst der 105. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der Beruf der Ärztin im Spiegel der Statistik

Im Jahr 1900 wurde es Frauen in Deutschland erstmals ermöglicht, ein Studium der Humanmedizin aufzunehmen. Wie sieht – mehr als 100 Jahre später – die berufliche Situation der Ärztinnen aus?

Nach einer Umfrage des Allensbach-Instituts aus dem Jahr 2000 zur Beliebtheit von Berufen bei 14-jährigen steht der ärztliche Beruf bei den Mädchen auf dem zweiten Platz der Hitliste für Traumberufe, hingegen bei den Jungen nicht mehr auf den ersten zehn Plätzen. Dieser Trend ist auch später festzustellen, denn es entscheiden sich heute mehr Frauen als Männer für ein Medizinstudium: 62 % der Studienanfänger des Wintersemesters 2000/2001 waren Frauen und über alle laufenden Semester gesehen liegt der Frauenanteil bei insgesamt 53 %. Auch begaben sich im Jahr 2001 deutlich mehr Frauen als Männer in die "Ärztin/Arzt im Praktikum" Phase als noch im Vorjahr. Der Anteil an Frauen in der Medizin mit derzeit 40 %, gemessen an der Gesamtzahl aller Ärzte, ist im Gegensatz zu anderen qualifizierten Berufen in den letzten 100 Jahren beachtlich gestiegen.

Obwohl viele Frauen den ärztlichen Beruf wählen und ausüben, zeigt sich in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen ein großer Unterschied bei den Karriere-möglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten.

Allgemeine Situation von Ärztinnen

Nach wie vor sind Ärztinnen mit Fachärztinnen-Qualifikation in leitenden Positionen der Krankenhäuser unterrepräsentiert. Nur jede zehnte leitende Stelle in Krankenhäusern ist mit einer Ärztin besetzt. In der Chirurgie nehmen sogar nur 1,4 % der Ärztinnen eine leitende Stelle ein. Es ist offensichtlich, dass Strukturen für die Kar-

riereförderung von Ärztinnen fehlen, auch für diejenigen, die bewusst auf Kinder verzichtet haben, um sich ganz dem Beruf zu widmen. Gemäß einer Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden 32 % der Frauen aus der Alterskohorte 1965 kinderlos sein, unter den Akademikerinnen 40 %. Für diejenigen, die sich für Beruf und Familie entschieden haben, führt die Leistungsverdichtung bei verminderten Planstellen zu einer enormen Arbeitsbelastung und damit zur Ausgrenzung. Kindertagesstätten, die eine wesentliche Hilfe für Ärztinnen und Ärzte mit Familienverantwortung darstellen könnten, fehlen an Krankenhäusern. In der ehemaligen DDR war dieses Problem nahezu flächendeckend gelöst, so dass Frauen wie selbstverständlich den ärztlichen Beruf mit ihrer Familie vereinbaren konnten. 1991 betrug der Anteil der berufstätigen Ärztinnen an allen berufstätigen Ärzten in den Bundesländern West 29 %, hingegen in den Bundesländern Ost über 52 %. Diese Zahlen erlauben die Schlussfolgerung, dass soziale und politische Rahmenbedingungen maßgeblich mitbestimmen, ob sich Ärztinnen beruflich entfalten können oder nicht.

Flexible Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern

Nach wie vor sind flexible Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern nicht ausreichend etabliert. Dabei könnten diese Modelle den Krankenhäusern unübersehbare Vorteile bieten, wie die Reduzierung der Anzahl der Bereitschaftsdienste und Überstunden durch die höhere Anzahl des Personals sowie größere Flexibilität beim Ausfall von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch Urlaub, Krankheit etc.. Flexible Arbeitszeitmodelle sind insbesondere für den Berufsein- und -ausstieg, für den Erwerb von Zusatzqualifikationen sowie für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie von Vorteil. In bestimmten Bereichen der Medizin sind für Ärztinnen flexible Arbeitszeiten sowie Aufstiegschancen bereits möglich, so beispielsweise in Behörden wie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst oder in der Arbeitsmedizin.

Ärztinnen im niedergelassenen Bereich

Ein Drittel aller ambulant in einer Praxis tätigen Ärzte sind Ärztinnen. Von allen berufstätigen Ärztinnen wählten 42 % im Jahr 2001 die Niederlassung zur ambulanten Versorgung. Dies bedeutet, dass für Ärztinnen die Niederlassung eine Alternative für die Krankenhaus-tätigkeit darstellt. Ein zentrales Anliegen der Ärztinnen-Gremien der Bundesärztekammer, die Arbeitszeit zu flexibilisieren, indem Vertragsarztstellen auf mehrere Ärztinnen und Ärzte aufgeteilt werden können, wurde im Sozialgesetzbuch V, in den Bedarfsplanungs-Richtlinien und in den Angestellten-Ärzte-Richtlinien berücksichtigt.

Eine 1998 durchgeführte Erhebung zur Belastung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Hamburg ergab, dass es gerade für Ärztinnen von Vorteil ist, in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften tätig zu sein. Neben den medizinisch qualifizierten und kollegialen Informationsaustausch bietet diese Tätigkeit die Chance der gegenseitigen Vertretung und Kostenteilung. Diejenigen Ärztinnen, die Job Sharing in Anspruch nehmen, nannten als Gründe für diese Entscheidung in erster Linie Kindererziehung, dann Freizeit oder altersbedingte und gesundheitliche Gründe.

Karrierechancen für Ärztinnen an Universitäten

Bisher haben Ärztinnen auch bei gleicher oder sogar besserer Qualifikation unterdurchschnittliche Karrierechancen an deutschen Universitäten. Diese im internationalen Vergleich deutlich schlechtere Situation muss grundlegend verändert werden.

In den vergangenen drei Jahren wurden in der Bundesrepublik erstmalig Lehrstühle in der Frauenheilkunde und in der Chirurgie mit Frauen besetzt. Der Anteil der Lehrstuhlinhaberinnen an den medizinischen Fakultäten spricht für sich: im Jahr 2001 betrug der Frauenanteil bei C4-Professorinnen in den klinischen Abteilungen nur 2,8 %, bei den C3-Professorinnen lag er bei 6,6 %. Das bedeutet, dass die mit Einfluss, Macht und Entscheidungsbefugnis ausgestatteten Positionen in den Universitäten nach wie vor zu über 90 % von Männern eingenommen werden. Der Verzicht auf die Humanressourcen der Frauen stellt eine volkswirtschaftliche Verschwendung dar, die sich die heutige Gesellschaft nicht mehr leisten kann.

Ärztinnen in der ärztlichen Selbstverwaltung

Ärztinnen sind nicht entsprechend ihrem Anteil in der ärztlichen Versorgung in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung angemessen vertreten. Die Erfahrung von Ärztinnen muss verstärkt in die Arbeit der Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung einfließen, denn hier werden die Weichen für die Berufstätigkeit von Ärztinnen und Ärzten gestellt. Die Erfahrung von Ärztinnen muss auch im Hinblick auf die Patientinnen- und Patienten-Versorgung einfließen.

Auf Grund der spezifischen Berufswege von Ärztinnen ergeben sich Nachteile in der Weiterbildung, der Niederlassung, den allgemeinen Karrierechancen und in der Altersversorgung. Dieses Wissen sollte gemäß den Zielsetzungen des Bundesgremienbesetzungsgesetzes von 1994 stärker in alle Gremien der Selbstverwaltung eingebracht werden. Ein erfolgreiches Beispiel stellt die Änderung des Heilberufsgesetzes in Schleswig-Holstein von 1996 dar. Die Wahlordnung dieser Ärztekammer wurde dahingehend geändert, dass in jedem Wahlvorschlag mindestens so viele Bewerberinnen und Bewerber enthalten sind, wie es erforderlich ist, um die anteilige Verteilung der Sitze in der Kammerversammlung auf Frauen und Männer zu ermöglichen. Darauf hin stieg der Ärztinnen-Anteil in der Delegiertenversammlung bei den Kammerwahlen 2001 von vorher 21 % auf 37,2 % an, welcher dem Anteil der Ärztinnen unter den Kammermitgliedern entspricht.

Ärztinnen als Chance zur Behebung des Ärztemangels

Derzeit entwickelt sich die prognostizierte "Ärztenschwemme" zu einem zunehmenden "Ärztemangel". Zwar ist die Zahl der Studienanfänger von 12.000 in den letzten acht Jahren relativ konstant geblieben, aber die Zahl der Studienabschlüsse um 20 % rückläufig. Die Zahl der Studienabbrecher steigt kontinuierlich an. Die Zahl der Ärztinnen/Ärzte im Praktikum ist um ein Viertel gesunken. Hinzu kommt, dass in den nächsten Jahren mehr Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen als nachwachsen, insbesondere in den östlichen Bundesländern wird sich der Ärztemangel dramatisch verstärken. Dem muss wirksam begegnet werden.

Ein Lösungsweg wäre, Ärztinnen, die aus unterschiedlichsten Gründen keine ärztliche Tätigkeit ausüben, die Möglichkeit zur Integration in den Arbeitsprozess zu geben. Von den fast 150.000 Ärztinnen in Deutschland ist jede vierte Ärztin „ohne ärztliche Tätigkeit“. Auch wenn berücksichtigt werden muss, dass sich einige Ärztinnen im Ruhestand befinden oder in andere Berufsfelder abgewandert sind, stellt diese Gruppe ein großes Potenzial für den ärztlichen Arbeitsmarkt dar.

Forderungen an Staat und Selbstverwaltung

Vor diesem Hintergrund sieht es der Deutsche Ärztetag als eine wichtige Aufgabe der Gesellschafts- und Berufspolitik an, Rahmenbedingungen zu schaffen, die bewirken, dass qualifizierte Ärztinnen unter Einbeziehung des Gender Mainstreaming Chancen erhalten, in ihrem Beruf tätig zu werden und zu bleiben, sich beruflich zu

entfalten und ihre Kompetenzen sowohl in Leitungspositionen als auch in berufspolitische Gremien einzubringen. Bei gleicher fachlicher Qualifikation sind bei Ärztinnen auf Grund ihrer spezifischen Lebenswege die Kenntnisse und die Kompetenzen, Organisationstalent, Teamfähigkeit sowie soziale und kommunikative Fähigkeit besonders ausgeprägt. Dies bietet einen wertvollen Faktor für Medizin und Forschung. Deshalb fordert der Deutsche Ärztetag:

1. Die Krankenhäuser werden aufgerufen, vermehrt flexible Arbeitszeitmodelle sowie Weiterbildung in Teilzeit und auch Altersteilzeitmodelle etc. in den Kliniken zu etablieren. Auch könnten vermehrt Ärztinnen und Ärzte in der Elternzeit im Krankenhaus als Urlaubs- und Krankheitsvertretung eingesetzt werden. Die Kliniken profitieren davon, wenn kurzfristig Ersatz für Ausfälle gefunden werden kann und die so im Arbeitsprozess integrierten Ärztinnen und Ärzte hierdurch ihre Fachkompetenz erhalten können.
2. An den Gesetzgeber wird appelliert, durch Änderung der Rechtsgrundlagen eine flexiblere Handhabung des Job Sharing und anderer Teilzeitmodelle zu ermöglichen. Ferner sollte schon nach fünfjähriger gemeinsamer Tätigkeit in einer Job Sharing Praxis eine Umwandlung in Vollzulassung möglich sein. Durch Erweiterung der Regelungen der Zulassungsverordnung soll es Vertragsärztinnen und -ärzten ermöglicht werden, ihre Tätigkeit in der Praxis bei gleichzeitiger Kindererziehung durch den Einsatz von Entlastungsassistenten oder einen Vertreter fortzuführen. Mehr Planungs- und Investitionssicherheit muss durch geeignete Rahmenbedingungen herbeigeführt werden. Die Befreiungsgründe für die Verpflichtung zum ärztlichen Notfalldienst sollen sich auch auf die Erziehungsjahre kleiner Kinder erstrecken.
3. An die Landesärztekammern wird appelliert, als Teil ihres Aufgabenspektrums Ärztinnen beratend zur Seite zu stehen sowie Einstiegs- und Wiedereinstiegs-kurse für Ärztinnen kontinuierlich anzubieten, damit diejenigen, die längere Zeit keiner ärztlichen Tätigkeit nachgegangen sind, wieder in den Arbeitsprozess integriert werden können. Hierbei sollten auch neustrukturierte Einstiegs- und Wiedereinstiegs-kurse für Ärztinnen in unterschiedlichen Modellen erprobt werden. Die Kammern werden ferner gebeten, auf die Weiterbildungsbefugten in Klinik und Praxis einzuwirken, ihre Pflichten gegenüber den Weiterzubildenden mit Mitarbeiterinnengesprächen zu erfüllen sowie sie positiv als Mentor zu begleiten, insbesondere beim Übergang vom Studium ins Berufsleben.
4. Bund, Länder, Kommunen, Universitäten und Krankenhausgesellschaften werden aufgefordert, flächendeckend Kindertagesstätten einzurichten, damit Ärztinnen mit Familie berufstätig bleiben können. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen wird gebeten, Kindertagesstätten der Krankenhäuser bei der Kalkulation der DRGs zu berücksichtigen.
5. Bund und Länder werden aufgefordert, das Angebot an Ganztagschulen bundesweit deutlich zu erhöhen.
6. Bund-Länder-Kommission und Universitäten werden aufgefordert, geschlechtsdifferenzierte Datenanalysen im Hinblick auf die Ausbildungssituation von Studentinnen und Studenten der Humanmedizin zu erstellen.
7. Ferner wird das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aufgefordert, die Mutterschutzgesetzgebung den heutigen Gegebenheiten zeitgemäß anzupassen. An die Landesregierungen wird appelliert, die entsprechenden Mutterschutzbestimmungen nicht zu restriktiv auszulegen, damit Ärztinnen nicht unnötigerweise aus ihrem Beruf ausgegrenzt werden. An die Ärztli-

chen Versorgungswerke wird appelliert zu prüfen, inwieweit auch bei den Versorgungswerken Kindererziehungszeiten berücksichtigt werden können.

8. Das Programm des Bundesministeriums für Bildung und Wissenschaft zur "Chancengleichheit von Frauen in Forschung und Lehre", welches zum Ziel hat, bis zum Jahr 2005 den Professorinnenanteil auf 20 % anzuheben, wird begrüßt. Ferner wird die Förderung des Kompetenzzentrums für Frauen in der Wissenschaft und Forschung begrüßt, das eine international ausgerichtete Koordinierungsstelle für alle Aktivitäten im Bereich Frauen in Wissenschaft und Forschung darstellt. Es führt Pilotprojekte zum Gender Mainstreaming, zum Karriere- und Bewerbungstraining sowie Coaching für zukünftige Professorinnen durch und baut eine als Nachwuchsbörse dienende Datenbank für/von Wissenschaftlerinnen auf.
9. Bund und Länder, Medizinischer Fakultätentag und wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften werden aufgefordert, Berufungsverfahren für C4- und C3-Professuren einheitlich für beide Geschlechter an Hochschulen zu gestalten. Bei der Auswahl der Gutachter in Berufungsverfahren, bei der Platzierung von Namensvorschlägen auf Berufslisten sowie bei der Besetzung der Berufungskommissionen ist darauf zu achten, dass immer auch Professorinnen beteiligt werden. Die Berufungsverfahren müssen nach einheitlichen Kriterien ablaufen, so dass sie in allen ihren Phasen rechtsstaatlichen Grundsätzen genügen und für alle Beteiligten geschlechtsgerecht, transparent und überprüfbar sind. Es müssen standardisierte Beurteilungskriterien für fachliche Qualifikation und persönliche Eignung angewendet werden. So dürfen Altersgrenzen kein Entscheidungskriterium darstellen und neben der fachlichen Qualifikation müssen insbesondere auch didaktische, soziale und organisatorische Fähigkeiten stärkere Berücksichtigung finden, interdisziplinäre Forschungsansätze stärker gewichtet werden und die Frauenforschung die ihr gebührende Wertschätzung erfahren.

Ferner müssen strukturelle Netzwerke im Sinne eines Mentoring zur gegenseitigen Hilfeleistung aufgebaut werden. Im ärztlichen Beruf kommt - im Gegensatz zu anderen Professionen - noch hinzu, dass neben der Tätigkeit in Forschung und Lehre auch die Patientenversorgung in der Klinik zu bewältigen ist. Dies bedeutet, dass anfallende Nacht- und Wochenenddienste zusätzliche Anforderungen an Ärztinnen stellen, auch im Hinblick auf die Organisation der Kinderbetreuung. Auf Grund dieser Doppelbelastung sowie der beruflichen Weiterbildung und Forschung benötigen ärztliche Wissenschaftlerinnen mehr Zeit für die Erlangung ihrer wissenschaftlichen Qualifikationen. Dieser Umstand muss bei der Befristung von Arbeitsverträgen des wissenschaftlichen Personals und bei der Altersbegrenzung für den Zugang zur Juniorprofessur im Hochschulrahmengesetz berücksichtigt werden.

10. Der Deutsche Ärztetag appelliert an die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane, eine repräsentative Besetzung ihrer Entscheidungsgremien mit Ärztinnen herbeizuführen, wie es beispielsweise durch die Regelungen des Heilberufsgesetzes von Schleswig-Holstein gelungen ist.

2. *Ärztinnen im Beruf – strukturelle Probleme lösen – Diskriminierung beseitigen – Karriere-Chancen verbessern*

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga und Dr. Wolter (Drucksache III-2) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Gesamtzahl der Ärztinnen ist im letzten Jahrzehnt deutlich angestiegen. Insgesamt arbeiten in der Bundesrepublik Deutschland derzeit 111.504 Ärztinnen in Krankenhäusern, Praxen und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens und stellen damit rund 40 % aller berufstätigen Ärzte.

Diese Entwicklung kann gleichwohl nicht darüber hinwegtäuschen, dass nach wie vor eine Vielzahl struktureller Probleme und subtiler Diskriminierungen die geforderte Gleichstellung von Ärzten und Ärztinnen behindert. So sind Ärztinnen überproportional häufig und länger arbeitslos als ihre männlichen Kollegen. Wegen der Vereinbarkeitsproblematik zwischen Beruf und Familie wählen Ärztinnen häufiger als Ärzte Stellen, die nicht ihren eigentlichen Zielen und Erwartungen entsprechen, und sind in weit geringerem Ausmaß als ihre Kollegen in der Lage, eine abgeschlossene Weiterbildung zu absolvieren.

Besonders deutlich wird die Problematik in den Führungspositionen: Hier sind lediglich knapp 10 % aller Chefarztpositionen und nur 3,6 % aller C 4-Lehrstühle in der Medizin mit Frauen besetzt. Auch international liegt die Bundesrepublik Deutschland damit weit zurück.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert daher ein umfassendes Konzept zur Förderung der Chancengleichheit, das geeignet ist, sowohl den Einstieg in den Beruf als auch Entwicklungsmöglichkeiten sicherzustellen und Karrierechancen zu verbessern. Dazu gehören insbesondere:

Flexible Arbeitszeitmodelle organisieren

Ärztliche Tätigkeit, insbesondere im Krankenhaus, ist nach wie vor geprägt durch eine weit über den Durchschnitt aller sonstigen Bereiche hinausgehende Arbeitszeit. Zunehmend teilen Ärztinnen und Ärzte jetzt auch den Wunsch nach geregelter Arbeitszeit bei angemessener Vergütung. Erst durch den Abbau übermäßiger und zum Teil unbezahlter Überstunden und Bereitschaftsdienste und die Einrichtung einer ausreichenden Zahl zusätzlicher Stellen wird es zukünftig sowohl für Ärztinnen wie Ärzte möglich sein, engagiert und ambitioniert ihre beruflichen und familiären Aufgaben zu erfüllen.

Die Verantwortlichen in den Krankenhäusern und anderen Bereichen ärztlicher Tätigkeit werden daher aufgefordert, gemeinsam mit den Beschäftigten patienten- und mitarbeiterorientierte Konzepte einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung (qualifizierte Teilzeitarbeitsplätze/Altersteilzeit etc.) zu entwickeln und einzuführen, bei denen auch eine qualifizierte Weiterbildung möglich ist.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Möglichkeiten einer Teilzeittätigkeit auch im ambulanten Bereich (Praxis-Jobsharing) durch entsprechende Änderungen der Rechtsgrundlagen flexibler zu gestalten.

Kinderbetreuung sichern

Unabdingbare Voraussetzung für eine sinnvolle Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist die Sicherstellung von Kinderbetreuung. Der 105. Deutsche Ärztetag fordert Bund und Länder eindringlich auf, den bereits vor Jahren normierten Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz zügig umzusetzen. Darüber hinaus werden Krankenhäuser und Unikliniken ermutigt

- bereits bestehende Kinderbetreuungseinrichtungen auszuweiten und sie Kindern sämtlicher Mitarbeitergruppen zu öffnen;
- zukünftig alle Möglichkeiten der Kooperation (Krankenhäuser untereinander, Krankenhäuser und

- Eltern sowie Krankenhäuser, Eltern, Kommunen und Gemeinden) zu nutzen, um ähnlich wie im
- industriellen Bereich neue flexible Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu organisieren.

Darüber hinaus sind Bund und Länder aufgefordert, entsprechend den internationalen Gepflogenheiten vermehrt qualifizierten Unterricht in Ganztagschulen zu organisieren.

Die wegen Erwerbstätigkeit erforderlichen finanziellen Aufwendungen zur Kinderbetreuung sind als voll abzugsfähige Werbungskosten zu definieren. Es ist nicht einzusehen, dass Betriebe mehr oder weniger sinnvolle Aufwendungen als Werbungskosten steuermindernd einsetzen können, die bei einer Berufstätigkeit von Frauen dagegen zwangsläufig erforderlichen Aufwendungen der Kinderbetreuung als Kosten der privaten Lebensführung deklariert werden und nur begrenzt abzugsfähig sind.

Arbeitgebern ist der finanzielle Aufwand für die Einhaltung von Mutterschutzbestimmungen aus öffentlichen Mitteln zu entrichten.

Karrierechancen für Ärztinnen verbessern

Der 105. Deutsche Ärztetag begrüßt das von der Bundesregierung initiierte Programm zur „Chancengleichheit von Frauen in Forschung und Lehre“, das bis zum Jahre 2005 den Professorinnen-Anteil auf 20 % erhöhen und damit verdoppeln will. Ärztinnen müssen bei der Besetzung von Lehrstühlen dabei entsprechend berücksichtigt werden. Dazu ist es u. a. erforderlich, Berufungsverfahren transparent und überprüfbar zu gestalten und bei der Besetzung von Berufungskommissionen und der Auswahl von Gutachtern neben den Gleichstellungsbeauftragten auch Professorinnen zu beteiligen.

Im Krankenhausbereich werden die Verantwortlichen aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass der Anteil von Frauen in Führungspositionen sich entsprechend den Plänen für den universitären Bereich deutlich erhöht. Führungspositionen sind grundsätzlich öffentlich auszuschreiben und Frauen in die Auswahlgremien zu integrieren.

Mentorenprogramme initiieren

Internationale Erfahrungen zeigen, dass Mentorenprogramme geeignete Instrumente sind, um Frauen in ihrer beruflichen Entwicklung zu fördern und ihnen auf ihrem individuellen Karriereweg Hilfestellung zu leisten.

Bundesregierung und Krankenhausträger werden aufgefordert, Mentoring als Instrument der Personalentwicklung zu begreifen und an Universitätskliniken und Krankenhäusern zu initiieren und zu fördern.

Ärztinnen stellen ein Potential dar, dessen differenzierte Erfahrungen und vielfältige Qualifikationen im Gesundheitswesen unverzichtbar sind.

3. Flexible und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle

Auf Antrag von Frau Dr. Berendes, Dr. Flenker und Dr. Thomas (Drucksache III-3) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die demotivierenden Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte, insbesondere in deutschen Krankenhäusern, sind seit dem letzten Deutschen Ärztetag auch der breiten Öffentlichkeit bewusst gemacht. Unbezahlte Überstunden, fehlender Freizeitausgleich und viele Dienste bestimmen unverändert die Tagesordnung.

Ärztinnen und Ärzte stimmen inzwischen mit den Füßen ab. Ungeachtet steigender Arztlizenzen besteht zunehmend ein Ärztemangel in der akuten Patientenversorgung, der für die Zukunft Schlimmes befürchten lässt.

Die Arbeitszeitgestaltung für angestellte Ärztinnen und Ärzte bedarf einer nachhaltigen Reform und Verbesserung. Der 105. Deutsche Ärztetag fordert flexible und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, planbare Arbeitszeiten und die Schaffung von Teilzeitstellen.

Begründung:

Dem ärztlichen Arbeitsmarkt stehen Kolleginnen und Kollegen nur dann zur Verfügung, wenn familiäre Gegebenheiten berücksichtigt werden können. Dieses familien- und gesellschaftspolitische Anliegen muss in das Bewusstsein ärztlicher Arbeitgeber rücken. Das seit dem 1. Januar 2001 geltende Teilzeitgesetz darf keine Makulatur bleiben.

Nur kreative und korrekte Arbeitszeitgestaltung kann dazu beitragen, dem drohenden Ärztemangel zu begegnen.

4. Entwicklung von Teilzeitarbeitsmodellen

Der Antrag von Frau Dr. Drexler-Gormann (Drucksache III-6) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Entwicklung von Teilzeitarbeitsmodellen

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages 2002 mögen beschließen:

Der Vorstand der BÄK richtet eine Arbeitsgruppe ein, die unter Einbezug von Experten Teilzeitarbeitsmodelle für die klinischen Fachgebiete entwickelt. Die Ergebnisse werden auf dem Ärztetag in Köln 2003 vorgestellt und den Landesärztekammern zur Verfügung gestellt mit dem Ziel, flexible Teilzeitarbeitsmodelle an den Kliniken zu fördern.

Begründung:

Teilzeitarbeit ermöglicht jungen Ärztinnen und Ärzten Familiengründung und berufliche Entwicklung für einen begrenzten Zeitraum sinnvoll zu vereinbaren. Noch immer blockieren zahlreiche Vorurteile die Einführung von Teilzeitarbeit in Abteilungen der Inneren Medizin, der Chirurgie etc..

Es wird mit der notwendigen Kontinuität und fehlenden Präsenz in der Abteilung argumentiert. Mit Phantasie und Anwendung von Erfahrungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen könnten diesen Argumenten Rechnung getragen werden, ob durch Blockarbeitszeiten, ausreichend Zeit für Übergaben oder Ähnlichem. Die aktuelle Überlastung der Ärztinnen und Ärzten in den Kliniken erfordert einerseits die Anwendung der europäischen Arbeitszeitgesetzgebung, andererseits neue Denksätze in der Arbeitszeitgestaltung, nur so kann eine Optimierung der Patientenbetreuung erreicht werden.

5. Weiterbildung in Teilzeit

Der Antrag von Frau Schlang (Drucksache III-14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert alle Landesärztekammern auf, die gültigen Weiterbildungsordnungen dahingehend zu ändern, dass die komplette Weiterbildung – auch ohne gesonderten Antrag – in Teilzeit absolviert werden kann.

Begründung:

In § 4 Abs. 6 der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (verabschiedet auf dem 104. DÄT) ist die Anrechnung von Weiterbildung in Teilzeit geregelt. Da sich die Einführung der neuen (M-)WBO verzögert, besteht in diesem Bereich akuter Handlungsbedarf.

6. Erfassung von Teilzeittätigkeit durch die Landesärztekammern

Auf Antrag von Frau Dr. Berendes und Frau Dr. Nölle (Drucksache III-15) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der 105. Deutsche Ärztetag empfiehlt den Landesärztekammern zu prüfen, inwieweit sie ihr Meldesystem dahingehend ändern können, dass Teilzeittätigkeit quantitativ und qualitativ erfasst wird.

Begründung:

Wie viele der Berufstätigen in Teilzeit arbeiten, wird bisher nicht systematisch erfasst, würde aber für eine Analyse der ärztlichen Arbeitskraft sehr nützlich sein.

7. Ausreichende Kinderbetreuungseinrichtungen an allen Universitätskliniken

Auf Antrag von Frau Dr. Bühnen (Drucksache III-5) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Verantwortlichen der Medizinischen Fakultäten an deutschen Universitäten auf, die Chancengleichheitsprogramme der einzelnen Bundesländer umzusetzen und die Kinderbetreuung an ihrer jeweiligen Universität für Ärztinnen und Ärzte und für Medizinstudierende wesentlich zu verbessern, da

1. von 31 medizinischen Fakultäten 12 (39 %) keine Krippenplätze (für Kinder bis 3 Jahren), 10 (32 %) keine Kindergartenplätze (für Kinder von 3 bis 6 Jahren) und 21 (68 %) keine Hortplätze (für Kinder über 6 Jahren) anbieten. Angebote externer Träger, die aber räumlich der Fakultät angegliedert sind, sind hierbei bereits mit einbezogen.¹
2. häufig (in 50 % der Fälle) die Benutzung dieser Einrichtungen für Kinder von Studierenden nicht vorgesehen ist; teilweise (in 13 % der Fälle) können auch Kinder von Teilzeitkräften diese Einrichtungen nicht nutzen; gelegentlich (in 4 % der Fälle) ist die Nutzung der Einrichtungen von Kindern wissenschaftlicher Mitarbeiter/innen und medizinisch-technischem Verwaltungspersonal nicht möglich.
3. die unter 1. und 2. genannten Zahlen nicht darüber hinweg täuschen dürfen, dass nur bei 2 der Einrichtungen genug Plätze den eingehenden Anmeldungen gegenüber stehen. D. h., dass auch bei einer an der Fakultät vorhandenen Be-

betreuungseinrichtung viele Mitarbeiter/innen diese nicht – oder nur nach längerer Wartezeit – nutzen können.

4. 30 % der Kinderbetreuungseinrichtungen nicht vor 7:00 Uhr öffnen und 30 % bereits vor oder um 17:00 Uhr schließen. Eine regelmäßige Wochenendbetreuung bieten nur 17 % der Einrichtungen an – die Hälfte davon allerdings nur jedes 2. Wochenende.
 5. eine stundenweise Betreuungsmöglichkeit für Kinder von Studierenden nur bei 8 von 31 Fakultäten (26 %) besteht, für Kinder von Beschäftigten nur bei 6 von 31 Fakultäten (19 %).
 6. Möglichkeiten der Kinderbetreuung bei Veranstaltungen bzw. in besonderen Situationen, wie z. B. Dienst oder Spätvorlesung, nur 2 bzw. 3 der 31 Fakultäten (6 bzw. 10 %) anbieten.
- 1) Sonstige Vereinbarungen mit externen Trägern haben noch 3 weitere Fakultäten getroffen.
 - 2) Allerdings z. T. auch über das Studentenwerk der gesamten Universität

(Diese Angaben beruhen auf einer Umfrage zur „Situation der Bereitstellung von Kinderbetreuungseinrichtungen für die Kinder von Ärztinnen und Ärzten und Studierenden“ der Kommission Klinika der Bundeskonferenz der Frauenbeauftragten und Gleichstellungsbeauftragten von Oktober 2001 bis April 2002 unter Federführung der Sprecherin Prof. Dr. Gaby Kaczmarczyk, Berlin.)

Begründung:

Diese Situation stellt eine strukturelle Benachteiligung der Ärzte und Ärztinnen und Studierenden dar, die die Familienverantwortung zufriedenstellend mit der Berufstätigkeit bzw. mit dem Studium kombinieren wollen. Zu häufig führt der Mangel an Kinderbetreuungseinrichtungen dazu, dass zumeist Ärztinnen von einer Berufstätigkeit absehen oder überwiegend Studentinnen ihr Studium abbrechen.

8. Kinderbetreuung bei Deutschen Ärztetagen

Auf Antrag von Frau Schlang (Drucksache III-11) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Künanz, Frau Dr. Dominik und Frau PD Dr. John-Mikolajewski (Drucksache III-11a) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der 105. Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Deutschen Ärztetage, beginnend am 106. Deutschen Ärztetag, vor Ort eine Betreuung für ihre Kinder anzubieten.

Des Weiteren wird der Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, noch vor den Wahlen der Delegierten zum 106. Deutschen Ärztetag über die Möglichkeit der Kinderbetreuung zu informieren.“

Begründung:

Die Deutschen Ärztetage sollten allen Ärztinnen und Ärzten offen stehen. Gerade junge Ärztinnen und Ärzte mit Kindern haben jedoch kaum die Möglichkeit, sich berufspolitisch zu engagieren und ihre Interessen zu vertreten.

9. Kinderbetreuung bei Fortbildungsveranstaltungen

Auf Antrag von Frau Schlang (Drucksache III-12) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern sowie die Veranstalter von Fort- und Weiterbildungsangeboten auf, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Veranstaltung vor Ort eine Betreuung für ihre Kinder anzubieten.

Begründung:

Ärztliche Fort- und Weiterbildung ist ein zentrales Element der ärztlichen Tätigkeit. Auch Ärztinnen und Ärzten mit Kindern sollte die Möglichkeit gegeben werden, ohne großen finanziellen und Organisationsaufwand an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilzunehmen.

10. Kindertagesstätten an Krankenhäusern

Auf Antrag von Frau Schlang (Drucksache III-13) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag appelliert an die Krankenhausträger, dafür Sorge zu tragen, dass an Krankenhäusern ausreichend Kinderbetreuungsplätze vorhanden sind.

Darüber hinaus müssen die Betreuungszeiten an ärztliche und pflegerische Arbeitszeiten angepasst werden.

Weiterhin sollte (neuen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kurzfristig ein Betreuungsplatz zur Verfügung gestellt werden.

Begründung:

Bereits der 104. Deutsche Ärztetag wies darauf hin, dass Kindertagesstätten und Ganztagschulen in Deutschland flächendeckend dringend erforderlich seien, damit die Verbesserung der Vereinbarkeit von Arbeits- und Familienleben vorangetrieben werde. Kliniken, die freie Stellen zunehmend nicht mehr besetzen können, sollten Ärztinnen und Ärzten, die zzt. nicht ärztlich tätig sein können, da sie Erziehungsaufgaben wahrnehmen müssen, über geeignete Betreuungseinrichtungen die Möglichkeit geben, wieder in das Berufsleben einzusteigen

11. Familienbetreuung steuerlich berücksichtigen

Auf Antrag von Frau PD Dr. John-Mikolajewski, Frau Künanz, Frau Dr. Dominik und Frau Dr. Bicker (Drucksache III-18) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer möge auf den Gesetzgeber dahingehend einwirken, dass bei Ärztinnen und Ärzten während der Teilnahme an ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen und bei der Wahrnehmung ehrenamtlicher berufspolitischer Tätigkeit die anfallenden Kosten für notwendige Betreuung von Kindern und/oder sonstigen pflegebedürftigen Angehörigen in vollem Umfang steuerlich berücksichtigt werden.

Begründung:

Dadurch kann erreicht werden, dass Kinder- und Familienbetreuung für Ärztinnen nicht länger zur „beruflichen Karriere Falle“ wird, sondern dass gleichberechtigte Teilhabe am ärztlichen Beruf und in den berufspolitischen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung auch für Ärztinnen ermöglicht wird.

12. Kinderbetreuungskostenentschädigung bei ehrenamtlicher Tätigkeit

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache III-19) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der 105. Deutsche Ärztetag hält es zur Förderung von ehrenamtlicher Tätigkeit von Ärztinnen für sinnvoll, dass in den Aufwandsentschädigungs-Bestimmungen der Landesärztekammern geregelt wird, dass auch nachgewiesene Kinderbetreuungskosten, entschädigungsfähig sind.

13. Steuerliche Absetzbarkeit von Kinderbetreuungs-, Haushalts- und Pflegekosten

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann, Frau Dörr, Frau Dr. Correns, Frau Dr. Robin-Winn, Frau Dr. Danda, Frau Dr. Ebert-Englert, Frau Dr. Lippert-Urbanke und Frau Dr. Wenker (Drucksache III-23) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Steuerliche Anerkennung von Kosten für Haushaltshilfen und Kinderbetreuungs- bzw. Pflegekosten

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Finanzgesetzgebung dahingehend zu ändern, dass die anfallenden Kosten für Kinderbetreuung, Haushaltshilfen und Pflegekräfte für zu pflegenden Angehörige steuerlich geltend gemacht werden können, wenn Eltern oder pflegende Angehörige berufstätig sind.

Begründung:

Eltern oder pflegende Angehörige, vor allem Frauen, können ihren Beruf oft deswegen nicht ausüben, weil die anfallenden Kosten für Kinderbetreuung, Haushaltshilfen und Pflegekräfte den zu erwartenden Verdienst erheblich verringern, so dass sich eine Berufstätigkeit kaum noch lohnt. Steuerliche Vorteile würden erreichen, dass Ärztinnen und vor allem auch Fachkräfte in Alten- und Krankenpflege verstärkt wieder in ihren Beruf einsteigen.

14. Umgestaltung hin zu einer familienfreundlichen Vertragsarztstätigkeit

Der Antrag von Frau Dr. Goesmann, Frau Dörr, Frau Dr. Correns, Frau Dr. Robin-Winn, Frau Danda, Frau Dr. Ebert-Englert, Frau Dr. Lippert-Urbanke und Frau Dr. Wenker (Drucksache III-22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Flexiblere Gestaltung des KV-Rechtes zur besseren Vereinbarkeit von Berufs- und Familienpflichten.

Gesetzgeber und Kassenärztliche Bundesvereinigung werden aufgefordert, die vielfältigen Bestimmungen bezüglich niedergelassener Tätigkeit auf ihre Vereinbarkeit mit familien- und frauenfreundlichen Arbeitsbedingungen hin zu überprüfen. Insbesondere sollten für Eltern in der Erziehungsphase Erleichterungen hinsichtlich der Befreiung von Notdienst und der Möglichkeiten, als Dauerassistent/in (auch stundenweise) arbeiten zu dürfen, geschaffen werden. Ebenso sollte überprüft werden, ob das KV-Recht die Aufteilung eines Vertragsarztsitzes unter z. B. zwei Ärztinnen zukünftig erlauben könnte.

Begründung:

Immer mehr Vertragsarztsitze lassen sich – vor allem im ländlichen Bereich – nicht mehr besetzen. Allein finanzielle Anreize durch den Gesetzgeber und/oder Veränderungen der Niederlassungsbedingungen, die mehr Flexibilität und zeitliche Freiräume ermöglichen, würden Ärztinnen die Entscheidung erleichtern, sich niederzulassen.

15. Entbindung von der Verpflichtung zum Notdienst

Der Antrag von Frau Dr. Danda, Frau Dr. Robin-Winn, Frau Dr. Goesmann (Drucksache III-25) sowie der Änderungsantrag von Frau Dr. Berendes (Drucksache III-25a) werden zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

- Drucksache III-25:

§ 26, 4. Spiegelstrich der Musternotdienstordnung wird wie folgt geändert:

„ - für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 3 Jahre nach Entbindung.“

Begründung:

Hiermit könnten Ärztinnen auf Antrag bis zu 3 Jahren nach Geburt eines Kindes vom Notdienst (KV und privat) freigestellt werden. Damit soll die Ärztin unterstützt werden, ihre Praxis weiterführen zu können ohne die Belastung, zu den Notdienstzeiten die Kinderbetreuung organisieren zu müssen.

- Drucksache III-25a:

Für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 2 Jahre nach der Entbindung auf Antrag.

16. Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten im Hinblick auf die Auswahlkriterien bei der Praxisnachfolge

Auf Antrag von Frau Dr. Bühnen und Frau Dr. Auerswald (Drucksache III-26) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Bei der Auswahl der Bewerber für eine Praxisnachfolge ist nach § 103 Abs. 4 SGB V u. a. auch die „Dauer der ärztlichen Tätigkeit“ ein Kriterium. Dies kann zur Folge haben, dass z. B. bei Ärztinnen und Ärzten, die sich mehrere Jahre lang vorrangig der Erziehung ihrer Kinder gewidmet und dabei wichtige Einblicke in das alltägliche soziale Umfeld von Familien gewonnen haben, diese Zeit nicht berücksichtigt wird im Gegensatz zu denjenigen, die diese Verantwortung nicht übernommen haben.

Auf Grund dessen fordert der 105. Deutsche Ärztetag die politisch Verantwortlichen auf, die Zulassungs- und Bedarfsplanungsregelungen im Hinblick auf das Auswahlkriterium für die Praxisnachfolge „Dauer der ärztlichen Tätigkeit“ nach § 103 Abs. 4 zu modifizieren. Bei der Bewerberauswahl sollten mindestens zwei Jahre Tätigkeitsausfall durch Kindererziehungszeit auf die Dauer der ärztlichen Tätigkeit angerechnet werden. Ziel einer derartigen Regelung ist es, Ärztinnen und Ärzten mit Fa-

milienverantwortung eine Chance zu geben, auch im ambulanten Sektor tätig werden zu können.

17. Personeller Ausgleich bei schwangerschaftsbedingter Arbeitsreduzierung

Auf Antrag von Frau Dr. Huber und Dr. Hülskamp (Drucksache III-4) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Zuweisung öffentlicher Mittel von Seiten des Gesetzgebers zum Ausgleich der Mehrarbeit (z. B. Bereitschaftsdienste) von Arbeitskollegen, die durch die eingeschränkte Einsatzfähigkeit bei Schwangerschaft entsteht.

Begründung:

Schwangerschaftsbedingte Ausfälle von Ärztinnen auf Grund der Einhaltung des Mutterschutzgesetzes (Nachtarbeit; Arbeit mit infektiösem Material; Arbeit im Operationssaal etc.) stellen Kliniken häufig vor unlösbare Probleme – insbesondere in kleinen Abteilungen.

18. Baldige Abschaffung der AiP-Phase

Auf Antrag von Frau Schlang (Drucksache III-8) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag stellt mit Bedauern fest, dass weder die politisch Verantwortlichen noch die Tarifpartner in den vergangenen Monaten darauf hingewirkt haben, die AiP-Phase abzuschaffen. Bis zur zügigen Umsetzung dieser wiederholt gestellten politischen Forderung muss die soziale Situation von Ärztinnen und Ärzten im Praktikum schnellstmöglich und entscheidend verbessert werden.

Im Hinblick auf die Situation insbesondere junger Ärztinnen weist der 105. Deutsche Ärztetag darauf hin, dass die Definition der AiP-Phase als "Ausbildung" untragbar ist. Gesetzliche Bestimmungen wie das Mutterschutzgesetz werden dadurch nicht nur einfach umgangen, sondern durch Fehlzeit- und Unterbrechungsregelungen sogar definitiv ausgeschlossen.

Die Festlegung, dass die AiP-Phase innerhalb von drei Jahren abgeschlossen werden muss, hindert insbesondere Ärztinnen daran, ihren Erziehungsanforderungen im Sinne der Elternzeit nachzukommen.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die sofortige Aufhebung dieser sozialen Missstände und drängt darüber hinaus erneut auf eine baldige Abschaffung der AiP-Phase.

19. Medizinstudium und Schwangerschaft

Auf Antrag von Frau PD Dr. Birnbaum und Frau Dr. Berendes (Drucksache III-17) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 105. Deutschen Ärztetages fordern die Studiendekane aller Fakultäten auf, durch die Erstellung von individuellen Sonderstudienplänen und adäquaten Prüfungsterminen die Chancen schwangerer Medizinstudentinnen auf eine Beendigung ihres Studiums mit dem geringstmöglichen Zeitverlust zu optimieren.

Begründung:

Frauenbeauftragte der Medizinischen Fakultäten wurden häufig von schwangeren Studentinnen mit dem Problem konfrontiert, dass sie durch die Einhaltung rechtlicher Bestimmungen zum Schutz der Schwangeren aus ihrem aktuellen Studienablauf ausgeschlossen wurden und daraus im Einzelfall ein Verlust von 1 bzw. 2 Semester oder mehr Studienzeit resultierte. Auch hinsichtlich der Gewährung von BAFÖG ergaben sich für viele schwerlösbare Probleme. In den Jahren von 1975-1989 war das Modell der Sonderbetreuung von schwangeren Studentinnen an der Medizinischen Fakultät der HU-Berlin bereits erfolgreich etabliert.

Über 50 % der Studentinnen mit einer Schwangerschaft während der gesetzlichen Studienzeit beendeten ihr Studium ohne Zeitverlust.

20. Beiträge des Bundes auch für kindererziehende Mitglieder ärztlicher Versorgungswerke

Auf Antrag von Frau Dr. Koßmann, Frau Dr. Müller-Dannecker, Herrn Henke und Prof. Dr. Kunze (Drucksache III-27) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, dafür zu sorgen, dass Beiträge durch den Bund auch für kindererziehende Mitglieder ärztlicher Versorgungswerke übernommen werden, wie dies für Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung derzeit schon gilt.

Begründung:

Bei der Rentenreform-Gesetzgebung hat der Gesetzgeber sich dafür entschieden, nunmehr Beiträge aus allgemeinen Steuermitteln der Öko-Steuer für Zeiten der Kindererziehung an die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen (§ 177 SGB VI). Diese Entscheidung ist ordnungspolitisch richtig. Mit ihr wird anerkannt, dass Kindererziehung eine allgemeingesellschaftliche Aufgabe, die in staatlicher Gesamtverantwortung steht, ist. Die Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages hat in ihrem jüngst veröffentlichten Bericht gefordert, zu prüfen, wie Beiträge für Kindererziehende an alle öffentlich-rechtlichen Alterssicherungssysteme – und nicht nur an die gesetzliche Rentenversicherung – gezahlt werden können, weil dem Staat jedes Kind gleichviel wert sein müsse. Aus diesem Grund muss der Bund auch Beiträge für kindererziehende Ärztinnen und Ärzte an die Ärztlichen Versorgungswerke übernehmen.

21. Höchstzeiten in der Weiterbildung

Der Antrag von Frau Schlang (Drucksache III-10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert alle Landesärztekammern auf, die gültigen Weiterbildungsordnungen dahingehend zu ändern, dass Regelungen zu Höchstzeiten in der Weiterbildung ersatzlos gestrichen werden.

Begründung:

Der 104. Deutsche Ärztetag sprach sich bei der Verabschiedung der neuen (Muster)Weiterbildungsordnung mehrheitlich gegen Höchstzeiten in der Weiterbildung aus. Solche Regelungen diskriminieren insbesondere die Personen, die aufgrund unterschiedlicher Erziehungsanforderungen ihre Weiterbildung in Teilzeit erbringen müssen oder sogar über gewisse Zeitabschnitte ihre Weiterbildung gar nicht in ei-

nem Anstellungsverhältnis verfolgen können. Da sich die Einführung der neuen (M-)WBO verzögert, besteht in diesem Bereich akuter Handlungsbedarf.

22. Wiedereinstiegskurse/-hilfen nach Familienpause

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann, Frau Dörr, Frau Dr. Correns, Frau Dr. Robin-Winn, Frau Dr. Danda, Frau Dr. Ebert-Englert und Frau Dr. Wenker (Drucksache III-21) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, über ihre Fort- und Weiterbildungsreferate geeignete Maßnahmen als Wiedereinstiegshilfen für Ärztinnen und Ärzte nach längerer Berufspause zu organisieren.

Insbesondere böte es sich an, entsprechende Kurse und Fortbildungsmaßnahmen analog bzw. im Rahmen der 240-stündigen Seminar-Weiterbildung in Allgemeinmedizin anzubieten. Diese werden derzeit schon regelmäßig von Kolleginnen nicht (nur) für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin, sondern als „Refresherkurs“ vor Wiedereinstieg in den Beruf genutzt.

Begründung: entfällt

23. Geschlechtsspezifische Aspekte der Medizin in der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Auf Antrag von Frau PD Dr. John-Mikolajewski (Drucksache III-28) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag möge beschließen, dass geschlechtsspezifische Aspekte der Medizin in die Gesundheitsversorgung integriert werden, das bedeutet die Aufnahme dieser Thematik in die medizinische Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung.

24. Bestandsanalyse zum Geschlechtervergleich

Auf Antrag von Frau PD Dr. John-Mikolajewski, Frau Dr. Dominik und Frau Künanz (Drucksache III-29) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag möge beschließen, dass die politisch Verantwortlichen eine Bestandsanalyse zum Geschlechtervergleich als Gesamterfassung der ärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an den Hochschulen/Kliniken bezüglich leistungsgerechter Arbeits- und Strukturbedingungen durchgeführt wird.

Begründung:

Das Ziel einer solchen Analyse wäre die Aufdeckung von nicht leistungsgemäÙen Fördermechanismen und deren anschließende Veränderung.

Zu Punkt IV der Tagesordnung: **Zukunft der hausärztlichen Versorgung**

1. Schaffung einer einheitlichen Hausarztqualifikation

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-1) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag beschließt gemäß Auftrag des 104. Deutschen Ärztetages eine zweigliedrige Struktur für die Weiterbildung zum

- Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin

und

- Facharzt für Innere Medizin / Schwerpunkt xy

auf der Basis des von der Bundesärztekammer vorgestellten Modells (**s. Anlage**), welches als Grundlage für die inhaltliche Ausgestaltung in Vorbereitung der Novel-lierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Jahr 2003 dienen soll.

2. Änderung zu Antrag IV-1

Der Änderungsantrag von Dr. Junker (Drucksache IV-1a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Vorschlag der Bundesärztekammer wird im Modell auf Seite 2 im Teil „Facharzt für Innere Medizin/Schwerpunkt“ eingefügt:
Hiervon muss $\frac{1}{2}$ Jahr in einer niedergelassenen Praxis seiner speziellen Fachrichtung abgeleistet werden.

Begründung:

Um das ganze Spektrum des speziellen Teils zu erlernen, muss auch eine Zeit im niedergelassenen Bereich abgeleistet werden.

3. Änderung zu Antrag IV-1

Der Änderungsantrag von Dr. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache IV-1b) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

im 2-stufigen Kompromissmodell soll Facharzt für Innere Medizin/Schwerpunkt xy ersetzt werden durch
Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt xy

Begründung:

Dies entspricht systematisch einer Gleichbehandlung der Begriffe.

4. Hausärztliche Versorgung der Zukunft

Auf Antrag von Dr. Mitrenga, Dr. Montgomery, Herrn Henke und Dr. Wolter (Drucksache IV-2) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Lange (Drucksache IV-2a) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der 105. Deutsche Ärztetag befürwortet das von der Bundesärztekammer erarbeitete Modell zur hausärztlichen Versorgung der Zukunft.

Nach diesem Modell wird das derzeit 3-stufige in ein 2-stufiges überführt mit einem 3-jährigen Abschnitt gemeinsamer Weiterbildung.

Die bislang nicht einheitliche Hausarztqualifikation erweist sich als Hindernis, hausärztliche Versorgung sicherzustellen.

Ab 2006 werden nach den Regelungen des § 103, Absatz 4 SGB V nur noch 5-jährig weitergebildete Allgemeinmediziner die hausärztliche Versorgung sicherstellen können. Bereits heute ist belegbar, dass eine ausreichende Zahl Ärztinnen und Ärzten mit diesem Qualifikationsprofil nicht zur Verfügung stehen wird, zumal das Förderprogramm Allgemeinmedizin nur einen Teil seiner Ziele erreichen konnte.

Ein Modell zukünftiger hausärztlicher Versorgung muss Strukturen schaffen, die geeignet sind, eine hochqualifizierte Patientenversorgung zu gewährleisten, den Nachwuchsmangel in der hausärztlichen Versorgung zu beheben und jungen Ärztinnen und Ärzten eine berufliche Perspektive zu geben. Darüber hinaus muss es sich insbesondere an folgenden Kriterien messen lassen:

- Hohe Durchlässigkeit (Quereinstieg und Rückoption) einschließlich der Anrechenbarkeit von Weiterbildung in möglichst vielen anderen Gebieten;
- Größtmögliche Flexibilität bei der Entscheidung für die jeweilige Facharztqualifikation (Zeitachse);
- Sicherstellung von Krankenversorgung und Weiterbildung in den internistischen Abteilungen der Krankenhäuser;
- Erfüllung der Forderung nach stärkerer internistischer Prägung hausärztlicher Versorgung;
- Ausreichende Qualifikationsmöglichkeiten durch zur Weiterbildung geeignete Stellen im stationären und ambulanten Bereich mit angemessener Vergütung;
- Vermeidung von Inländerdiskriminierung;
- Rückführung oder Entfall der Pflichtkurse und Integration der Inhalte in die Regelweiterbildung.

5. Einheit der Inneren Medizin belassen

Der Antrag von Dr. Fabian, Dr. Scherf, Dr. von Römer und Dr. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache IV-7) wird in zwei Teilen abgestimmt:

- Satz 1 wird angenommen:

Die Einheit der Inneren Medizin soll bei der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung im Jahr 2003 erhalten werden.

- Satz 2 und 3 werden zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Um eine hoch qualifizierte integrierte Patientenversorgung in der Inneren Medizin auch in Zukunft zu gewährleisten, darf die Einheit der Inneren Medizin nicht in ihre Schwerpunkte zerschlagen werden.

Die negativen Erfahrungen europäischer Internisten mit verselbstständigten Schwerpunkten (zuletzt Schweiz 1998) müssen in praxi nicht auch in Deutschland gemacht werden.

6. *Dreijährige stationäre internistische Weiterbildung notwendig*

Der Antrag von Dr. Stöckle, Dr. Wimmer und Dr. von Römer (Drucksache IV-11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Für die notwendige Vermittlung von Weiterbildungsinhalten komplexer Krankheitsbilder wie KHK, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenleiden (COPD), Osteoporose, Hypertonie u. a. für eine qualifizierte und kompetente hausärztliche Versorgung ist eine mindestens 3-jährige stationäre internistische Weiterbildung erforderlich.

Eine entsprechende Abänderung des Bundesärztekammer-Modells ist deshalb notwendig.

7. *Kursweiterbildung Allgemeinmedizin*

Auf Antrag von Dr. Thierse (Drucksache IV-6) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer bzw. die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ werden beauftragt, zusammen mit den zuständigen Fachgesellschaften/Berufsverbänden Wege zu finden, die Inhalte der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin in die Weiterbildung zu integrieren. Wo dies nicht möglich ist, sollen Wege gefunden werden, die Kursinhalte über Kassenärztliche Vereinigungen/Landesärztekammern anzubieten.

Begründung:

Ziel ist, die Weiterbildung „Allgemeinmedizin“ ohne zusätzliche Kosten für die Weiterbildenden zu ermöglichen.

8. *Theoretischer Kurs in der hausärztlichen Weiterbildung*

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

Der theoretische Kurs in der hausärztlichen Weiterbildung ist ein unverzichtbarer Bestandteil, da auf diese Weise notwendige Inhalte vermittelt werden, die während der Weiterbildung in der Praxis oder Klinik nicht systematisch vermittelt werden können (Aspekte der geriatrischen Versorgung, Sozialmedizin, hausärztliche Arbeitsmethodik).

Dies um so mehr, da nur in der Kursweiterbildung in strukturierter und damit zeitsparender Weise die theoretischen Blöcke abgeleistet werden können, die gemäß KV-Richtlinien (z. B. psychosomatische Grundversorgung) ohnehin Voraussetzung für wichtige Bereiche der hausärztlichen Tätigkeit sind.

Dies sollte bereits vor Einstieg in den Beruf komprimiert und praxisbezogen sowie möglichst kostengünstig vermittelt werden.

9. Weiterbildungsinhalt Psychosomatik in Allgemeiner und Innerer Medizin

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

Die Delegierten des 105. Deutschen Ärztetages fordern bei einer Umstrukturierung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin den Weiterbildungsinhalt in psychosomatischer Grundversorgung auf fachlich hohem Niveau fortzusetzen.

Die Inhalte der Weiterbildung müssen curricular festgelegt und von den dafür qualifizierten Weiterbildern vermittelt werden (Fachärzte mit dem Zusatztitel Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie).

Zu Punkt V der Tagesordnung:

Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-) Berufsordnung §§ 27,28 in Verbindung mit Kapitel D I Nr. 1 - 5, § 15 Abs. 2, § 20 Abs. 3

1. Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung §§ 27, 28 in Verbindung mit Kapitel D I Nr. 1-5, § 15 Abs. 2, § 20 Abs. 3

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-1) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Änderungen der §§ 27, 28 Kapitel D I Nr. 1-5 und § 17 und § 18, § 22a, § 15, § 20 BO

1. **Der Abschnitt B. IV. „Berufliches Verhalten“**
2. **„Berufliche Kommunikation“ wird wie folgt gefasst:**

- 1.1 **§§ 27 und 28 i.d.F. des 103. Dt. Ärztetages werden aufgehoben und erhalten folgende Fassung:**

§ 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

- (1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufsordnung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs.
- (2) Auf dieser Grundlage sind dem Arzt sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.
- (3) Berufswidrige Werbung ist dem Arzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung.

Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

- (4) Der Arzt kann
1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
 2. nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
 3. Tätigkeitsschwerpunkte
und
 4. organisatorische Hinweise
ankündigen.
- Die nach Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig.
Andere Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können.
- (5) Die Angaben nach Abs. 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.
- (6) Die Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.

§ 28 Verzeichnisse

Ärzte dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:

1. sie müssen allen Ärzten, die die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen,
2. die Eintragungen müssen sich auf die ankündigungsfähigen Informationen beschränken und
3. die Systematik muss zwischen den nach der Weiterbildungsordnung und nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbenen Qualifikationen einerseits und Tätigkeitsschwerpunkten andererseits unterscheiden.

2. § 17 Abs. 4 i.d.F. des 100. Dt. Ärztetages wird aufgehoben und erhält folgende Fassung:

- (4) Die Niederlassung ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen.
Der Arzt hat auf seinem Praxisschild
- den Namen
 - die (Fach-) Arztbezeichnung
 - die Sprechzeiten sowie
 - ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft
 - gem. § 22 i.V.m. Kap. D II Nr. 8 anzugeben.

Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihrer Niederlassung durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.

3. Nach § 18 Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:

- (3) Mit Genehmigung der Ärztekammer darf der Arzt ausgelagerte Praxisräume mit einem Hinweisschild kennzeichnen, welches seinen Namen, seine Arztbezeich-

nung und einen Hinweis auf die in den ausgelagerten Praxisräumen durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden enthält.

4. Nach § 22 wird folgende Vorschrift eingefügt:

§ 22 a

Ankündigung von Kooperationen

- (1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärzte-Partnerschaft, Kapitel D II Nr.8) sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossener Ärzte anzuzeigen. Der Zusammenschluss ist ferner entsprechend der Rechtsform mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis oder „Partnerschaft“ anzukündigen. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig. Hat eine ärztliche Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaft gemäß Kapitel D II Nr.8 mehrere Praxissitze, so ist für jeden Partner zusätzlich der Praxissitz anzugeben.
- (2) Bei Kooperationen gemäß Kapitel D II Nr. 9 muss sich der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß Kapitel D II Nr. 10 darf der Arzt, wenn die Angabe seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung „Arzt“ oder eine andere führbare Bezeichnung angegeben wird.
- (3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen nicht angekündigt werden.
- (4) Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund nach Kap. D II Nr. 11 kann durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden.

5. Kapitel D I

Nrn. 1-5 werden aufgehoben.

6. § 15 wird wie folgt geändert:

1. Abs. 2 wird gestrichen.
2. Abs. 3 wird Abs. 2.
3. Abs. 4 wird Abs. 3.

7. § 20 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

- (3) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten seiner Witwe oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch einen anderen Arzt fortgesetzt werden.

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

Ethische Fragen der Gesundheitsversorgung

1. *Zur Lage der Menschenrechte in Israel und Palästina*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-1) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Drexler-Gormann (Drucksache VI-1a) von fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Auseinandersetzungen zwischen Israelis und Palästinensern eskalieren seit einem halben Jahr in nie da gewesener Weise. Israelis und Palästinenser haben einen Anspruch auf Lebensraum. Die Sicherheit und das friedliche Zusammenleben der Bevölkerung stellt ein legitimes Recht eines jeden Volkes dar.

Weder terroristische Selbstmordanschläge noch die militärische Eskalation der anderen Seite können dauerhaften Frieden für die Region bringen.

Angesichts gravierender Verletzungen ethischer Grundnormen und der Grundprinzipien der Genfer Konvention und der Haager Landkriegsordnung dürfen wir als Ärzte nicht schweigen.

Aus ärztlicher Sicht können wir nicht hinnehmen, dass

- Ärzte und Sanitäter an der Bergung und Versorgung verwundeter Kombattanten und Nichtkombattanten gehindert werden,
- Ärzte und Sanitäter beschossen und getötet werden,
- Krankenwagen im Einsatz an der Durchfahrt auch durch nicht umkämpfte Grenzgebiete und –sperrn gehindert werden,
- Krankenwagen zum Transport von Kriegsmaterial terroristisch missbraucht werden,
- große Teile der Bevölkerung verwundet und traumatisiert werden,
- die Gesundheitsversorgung weiter Teile der Bevölkerung unterbrochen wird.

Wir fordern einen sofortigen Stopp aller Kampfhandlungen.

Die Grundlage für eine funktionierende medizinische Versorgung der Menschen in Israel und Palästina ist die Zusammenarbeit der für die Versorgung verantwortlichen Professionellen. Wir regen daher an, nach Einstellung aller Kampfhandlungen, in überparteilichen, regionalen Gesundheitskonferenzen den Gedanken des Zusammenlebens der Völker auch durch den Aufbau einer gemeinsamen Gesundheitsversorgung zu fördern.

2. *Sicherung von Beweismitteln - Exkorporation von Drogen durch Verabreichung sog. Brechmittel oder sonst. Maßnahmen*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-2) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft unterstützt die staatlichen Verfolgungsbehörden bei zulässigen Maßnahmen der körperlichen Untersuchung im Rahmen von § 81 a StPO. Nach dieser Vorschrift ist eine körperliche Untersuchung eines Beschuldigten zur Feststellung von Tatsachen zulässig, wenn sie für das Verfahren von Bedeutung ist. Blutproben und andere körperliche Eingriffe, die von einer Ärztin/einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, sind ohne Einwilligung des Beschuldigten zulässig, wenn kein Nachteil für dessen Gesundheit zu fürchten ist.

Vor diesem Hintergrund unterstreicht die deutsche Ärzteschaft ihre kritische Haltung gegenüber der gewaltsamen Verabreichung von sog. Brechmitteln oder invasiven Eingriffen an Drogendealern.

Bei nichtfreiwilliger Mitwirkung des Beschuldigten ist der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu beachten. Die Stärke des Tatverdachts muss die Maßnahme rechtfertigen, nicht der mögliche Widerstand des Beschuldigten.

Nur wenn die Verabreichung von Brechmitteln unerlässlich ist, kann sie unter qualifizierter und ärztlicher Aufsicht vertretbar sein, da ansonsten weniger gesundheitsgefährdende Maßnahmen, wie die Verabreichung von Bittersaft oder ähnlichen Substanzen ausreichen würden, um zum Erfolg zu gelangen.

Beweissicherungsmaßnahmen sind staatliche Maßnahmen, zu deren Teilnahme Ärztinnen und Ärzte nicht gezwungen werden können. Ärztinnen und Ärzte beteiligen sich nicht an Maßnahmen der Gewaltanwendung.

3. Brechmitteleinsatz bei Drogendelikten

Auf Antrag von Prof. Dr. Kahlke (Drucksache VI-34) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. Montgomery (Drucksache VI-34a) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Beweismittelsicherung bei Drogendelikten durch Ärztinnen und Ärzte

Die Vergabe von Brechmitteln an verdächtige Drogendealer zum Zwecke der Beweismittelsicherung ist ohne Zustimmung des Betroffenen ärztlich nicht zu vertreten.

Das gewaltsame Einbringen von Brechmitteln mittels einer Magensonde stellt ein nicht unerhebliches gesundheitliches Risiko dar.

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

Begründung:

Nach § 81a 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 18.12.1982 heißt es im Grundsatz 3: „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“.

Nicht erst der Tod des 19-jährigen Afrikaners bei einer gewaltsamen ärztlichen Brechmittelgabe (in Hamburg) macht deutlich, dass diese Maßnahme der Beweismittelsicherung mit unserem ärztlichen Berufsethos nicht zu vereinbaren ist.

4. Zwangsarbeit/Beteiligung am Entschädigungsfonds

Auf Antrag von Frau Femers (Drucksache VI-15) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Wir fordern die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern auf, ein gemeinsames Spendenkonto einzurichten, dessen Eingänge als Beteiligung am Entschädigungsfonds für Zwangsarbeiter und Zwangsarbeiterinnen dienen.

Zu diesem Zwecke wird ein Aufruf im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

5. Präimplantationsdiagnostik

Auf Antrag von Frau Dr. Drexler-Gormann (Drucksache VI-43) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer setzt sich im Rahmen anstehender gesetzlicher Regelungen für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik ein.

Begründung:

Eine Auswertung der zwischen 1993 und 2000 in 26 PID-Zentren Europas, der USA und Australiens erhobenen Zahlen haben ergeben, dass es bei insgesamt 886 Paaren, die sich zu einer PID entschlossen, zu 123 Geburten kam; das entspricht einem Anteil von 14 %.

Zur Überprüfung der Präimplantationsdiagnostik war darüber hinaus in 132 Fällen eine pränatale Diagnostik im 3. Schwangerschaftsmonat durchgeführt worden, bei der Fehldiagnosen und Schädigungen des Embryos festgestellt wurden, die mit der Präimplantationsdiagnostik vorher nicht erfasst worden waren und entsprechende Schwangerschaftsabbrüche zur Folge hatten.

So verständlich und beachtenswert der Wunsch von Eltern mit genetischer Vorbelastung auf ein gesundes Kind ist, kann die Präimplantationsdiagnostik nicht als gesellschaftlich akzeptiertes Verfahren zur Lösung des Problems angesehen werden.

Der Hauptzweck dieser diagnostischen Methode vor Einpflanzung des Embryos in den Uterus ist ausschließlich die Selektion und das Verfahren ist immer mit der Tötung embryonalen menschlichen Lebens, nämlich dem, was nicht als gesund oder als wünschenswert definiert wird, verbunden. Inzwischen sind weltweit mehrere Fälle bekannt, wo mit Hilfe der PID Schwangerschaften mit dem Ziel herbeigeführt wurden, kranke Geschwisterkinder zu heilen. In Indien wird zzt. versucht, durch eine entsprechende Gesetzgebung die Geschlechterauswahl durch Präimplantationsdiagnostik zu verhindern.

Diese Beispiele zeigen, dass die Einwände der Kritiker der Präimplantationsdiagnostik, nämlich grundlegender Wertewandel und Paradigmenwechsel in der Reproduktionsmedizin mit schwerwiegenden gesellschaftlichen Auswirkungen, berechtigt sind.

Die Pränataldiagnostik ermöglicht auch jetzt schon jedem Paar mit genetischer Vorbelastung, gesunde von kranken Kindern mit hoher Sicherheit zu unterscheiden. Wenn auch der mögliche Schwangerschaftsabbruch eine erhebliche psychische Belastung für die betroffene Frau darstellt, so hat sie doch zumindest die Chance, sich für oder gegen ein krankes Kind zu entscheiden. Die Präimplantationsdiagnostik erlaubt diese Entscheidung nicht mehr; als krank oder nicht wünschenswert definierte Embryonen werden unweigerlich selektiert.

6. Deklaration gegen Gewalt des EWHNET

Auf Antrag von Frau Dr. Goesmann und Frau Dr. Robin-Winn (Drucksache VI-49) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag unterstützt nachdrücklich die im Folgenden zitierte

„Deklaration gegen Gewalt“ des European Women’s Health Network (EWHNET) und fordert die deutschen Ärztinnen und Ärzte auf, sich an ihren jeweiligen Arbeitsplätzen für deren konsequente Umsetzung zu engagieren.

1. Es ist erwiesen, dass seelische, körperliche und sexuelle Gewalthandlungen wesentliche Risikofaktoren für vielfältige und anhaltende Gesundheitsprobleme bei Frauen und Kindern darstellen.
2. Es ist bekannt, dass Gewalt meist in der Privatsphäre innerhalb von Familienstrukturen und hier hauptsächlich von Männern ausgeübt wird.
3. Wir erklären, dass wir Gewalt gegen Frauen und Kinder ächten und rufen auch andere Organisationen und politisch Verantwortliche auf, uns hierbei zu folgen.
4. Wir erklären uns dafür verantwortlich, Mitglieder unserer Institutionen über das Vorkommen von Gewalt und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit aufzuklären und sie zu ermutigen, hier tätig zu werden. Dies bezieht sich insbesondere auf die Fragen, wie
 - Frauen und Kinder vor jeglicher Gewalt geschützt werden können;
 - Opfer von Gewalt mit Respekt behandelt werden können;
 - spezifische Symptome von Gewaltanwendung erkannt werden können;
 - der Blick für strukturelle Gewalt und Gewalt, die zwischen Patientinnen und Patienten und Professionellen stattfindet, geschärft werden kann;
 - eine frauenorientierte und sensible Gesundheitsversorgung weiterentwickelt werden kann.
5. Bei der Klärung von Fragen effektiver Hilfestellung ist die Beteiligung von Betroffenen zu gewährleisten. Sie sollen ermutigt und befähigt werden, sich hierfür in öffentlichen und wissenschaftlichen Gremien zu engagieren.

Verabschiedet am „World Health Day on Mental Health“ am 7. April 2001.

7. Kriegsgefahr und Katastrophenmedizin

Auf Antrag von PD Dr. Dr. Dietrich und Dr. Gloning (Drucksache VI-60) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Angesichts der aktuellen politischen Weltlage wird wieder der Ruf nach Ausbau der Katastrophenmedizin laut. Gleichzeitig wird Krieg als Mittel zur Durchsetzung politischer Ziele und Wertvorstellungen bei den politischen Funktionsträgern zunehmend hoffähig. Der Deutsche Ärztetag betont, dass der Ausbau von Katastrophenmedizin nicht die Ursachen von Terror und Gewalt berührt, sondern – wenn überhaupt – nur Symptome berührt. Krieg zur Durchsetzung politischer Ziele muss weiterhin strikt geächtet bleiben. Weltweite Sicherheit kann nur erreicht werden durch den Auf- und Ausbau stabiler Sozialsysteme und gerechte Verteilung der Ressourcen dieser Welt. Ausreichende Gesundheitsfürsorge ist eine Voraussetzung dieses Zieles. Der Deutsche Ärztetag fordert von der Bundesregierung einen massiven Ausbau der Hilfen zum Ausbau effektiver Gesundheitssysteme in Ländern der sogenannten

Dritten Welt als Beitrag zur Bekämpfung von Gewalt und Ungerechtigkeit in der Welt.

8. *Assistierte Reproduktion*

Der Antrag von PD Dr. Benninger (Drucksache VI-74) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird dringend um Überarbeitung / Verabschiedung von „Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ gebeten:
Wegen des erhöhten kindlichen Risikos sind Schwangerschaften (sowohl IvF als hormoninduziert) auf 2 (max. 3) Mehrlinge zu begrenzen.

Daneben ist das erhöhte Fehlbildungsrisiko bei IvF (N. Engl. J. Med. Vol. 346 No 10, 7. März 2002) besonders zu berücksichtigen.

Geschlechtsspezifische Fragen der Gesundheitsversorgung / Häusliche Gewalt in der Familie

1. *Frauzentrierte Versorgungsangebote im Gesundheitswesen*

Der Antrag von Frau Dr. Drexler-Gormann (Drucksache VI-27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer und die Landesärztekammern unterstützen und fördern die weitere Einrichtung von frauenzentrierten Gesundheitsangeboten im Gesundheitswesen.

Begründung:

Unter frauenzentrierten Versorgungsangeboten versteht man z. B. Kliniken, Abteilungen, Arztpraxen und Beratungseinrichtungen, die spezifisch auf Frauen als Patientinnen ausgerichtet sind und, falls sie es möchten, von weiblichem Fachpersonal betreut werden.

Aus dem Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland (herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001) geht hervor, dass von frauenspezifischen Versorgungsangeboten im Gesundheitswesen eine bessere gesundheitliche Versorgung von Frauen zu erwarten ist. Dies betrifft sowohl frauenspezifische präventive Maßnahmen als auch diagnostische und therapeutische Behandlungsverfahren. Viele Frauen wünschten sich eine Behandlung von Ärztinnen, da sie der Meinung waren, dass diese ihren Anliegen besser gerecht würden, weil sie die Lebenssituationen von Frauen in unserer Gesellschaft besser nachempfinden könnten.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse ergaben erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben und Verarbeiten von Erkrankungen von Frauen und Männern.

2. **Krankheit und soziale Lage von Frauen**

Der Antrag von Frau Dr. Drexler-Gormann (Drucksache VI-28neu) und der Änderungsantrag von Dr. Bicker (Drucksache VI-28neu-a) werden zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

▪ Drucksache VI-28neu:

Der Vorstand der Bundesärztekammer fordert die Kassenverbände auf, Frauen, die Einkommen im unteren Einkommensdrittel und für Frauen, die ergänzende Sozialhilfe beziehen, jegliche Selbstbeteiligung an präventiven oder kurativen Gesundheitsleistungen aufzuheben.

Begründung:

Frauenarmut ist in den alten und neuen Bundesländern zu einem relevanten gesellschaftlichem Problem geworden:

Am untersten Ende der Skala der Einkommen stehen sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern die Einkommen der alleinerziehenden Mütter sowie die der alleinlebenden Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren.

Von den 1997 2,89 Millionen Menschen, die Sozialhilfe erhielten, lag der Frauenanteil mit 56 % über dem der Männer. Dies entspricht aufgerundet 1,62 Millionen Frauen; das durchschnittliche Alter der Hilfebedürftigen war 31,2 Jahre.

28,3 % der Sozialhilfeempfängerinnen waren alleinerziehende Frauen. Die durchschnittliche Bezugsdauer der Sozialhilfe betrug 25,5 Monate; überdurchschnittlich lange waren mit 38 Monaten alleinstehende Frauen auf Sozialhilfe angewiesen.

Ein Einkommen von weniger als 40 % des Durchschnittseinkommens wird als strenge Einkommensarmut definiert; 50 % des Durchschnittseinkommens werden als mittleres Armutspotential angegeben. Die Armutsrate für Frauen nach der 50 % Armutsgrenze ist von 1985 bis 1995 in den alten Bundesländern von 11,9 % auf 14 % angestiegen; in den neuen Bundesländern betrug sie 1979 nur 3,6 % und stieg allein bis 1995 auf 11,8 % an.

Besonders betroffen sind außerdem Arbeitslose, Personen mit Hauptschulabschluss und vor allem die Gruppe der 0- bis 15-jährigen (immerhin 21,8 bzw. 19,7 %), was auf die zunehmend kritische Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen verweist.

Die zunehmende Selbstbeteiligung der Bevölkerung an Gesundheitsleistungen ist so hoch, dass nicht erwartet werden kann, dass diese Gruppen von Frauen das Geld für solche Selbstbeteiligungsmodelle aufbringen können.

Dies muss zwangsläufig zu einem schlechteren Gesundheitsstatus des beschriebenen Bevölkerungsanteils führen, auch wenn der zurzeit noch nicht statistisch erfassbar ist.

▪ Drucksache VI-28neu-a:

Der Antrag VI-28neu soll wie folgt geändert werden:

1. Zeile: statt „Frauen“ neu „Bürgerinnen und Bürger“
2. Zeile: statt „Frauen“ neu „diejenigen“, die

3. Geschlechtsdifferente Erhebung der Gesundheitsdaten im Sinne des Gender Mainstreaming

Der Antrag von Frau Dr. Kramer und Dr. Lippross (Drucksache VI-37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Eine grundsätzliche geschlechtsdifferente Erhebung und Veröffentlichung der Gesundheitsdaten im Sinne des Gender Mainstreaming wird befürwortet mit dem Ziel, geschlechtsspezifische Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen besser erforschen und behandeln zu können.

Begründung:

Bei Gesundheit aber insbesondere auch bei Krankheit spielen nicht nur medizinische Aspekte eine Rolle, sondern auch die soziale Situation und geschlechtsbedingt verschiedene Wahrnehmungen und Bedürfnisse.

Männer und Frauen unterscheiden sich erheblich hinsichtlich ihres Krankheitsbewusstseins, ihres Verhaltens und ihrer sozialen Rahmenbedingungen. Eine nach Geschlecht differenzierte Sichtweise im Gesundheitswesen dient einer effektiveren und bedarfsgerechteren Gesundheitsversorgung.

4. Häusliche Gewalt in der Familie

Der Antrag von Frau Dr. Goesmann und Frau Dr. Robin-Winn (Drucksache VI-48) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Um Gewaltopfern, insbesondere von Gewalt im häuslichen Umfeld betroffenen Frauen und Kindern, wirksam und langfristig helfen zu können, müssen folgende Maßnahmen umgesetzt werden:

- 1) Das Thema „Häusliche Gewalt gegen Frauen und Kinder“ muss (verstärkt) in den Curricula der ärztlichen Aus-/Weiter- und Fortbildung Berücksichtigung finden und interdisziplinärer Pflichtunterrichtsstoff werden.
- 2) Die Ärztekammern der Länder erstellen und verteilen (z. B. über ihre Bezirksstellen) Informationsmaterialien sowohl für von Gewalt Betroffene als auch für behandelnde Ärztinnen und Ärzte, die in den in Frage kommenden Ambulanzen und Praxen ausgelegt werden können.
- 3) Die mit Gewaltopfern konfrontierten Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis erhalten darüber hinaus Materialien zur gerichtsverwertbaren medizinischen Dokumentation und zu sozialen und psychotherapeutischen Hilfsmöglichkeiten, um Patientinnen adäquat weiterleiten zu können.

Der niedersächsische Arbeitskreis „Häusliche Gewalt“, der sich aus Vertreterinnen des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales, der Medizinischen Hochschule Hannover, der Landesvereinigung für Gesundheit, der AOK und der Psychotherapeutenkammer sowie der Ärztekammer Niedersachsen zusammensetzt, stellt gerne seine bisher erarbeiteten Materialien den anderen Landesärztekammern zur Verfügung.

5. *Aufbau eines Forschungsbereiches zur Problematik "Häusliche Gewalt" in der Familie*

Der Antrag von Frau PD Dr. Birnbaum (Drucksache VI-63) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer und das Bundesministerium für Gesundheit werden aufgefordert, den Aufbau eines multi- und interdisziplinären Forschungsbereiches zur Problematik „Häusliche Gewalt“ in der Familie tatkräftig zu unterstützen, um möglichst rasch grundlegende Daten über Zusammenhänge zwischen Gewalt und Gesundheit, Kosten sowie Versorgungsbedarf ermitteln zu können.

Begründung:

Die Kosten für die medizinische und psychiatrische Versorgung gewaltbedingter Verletzungen und Beschwerden scheinen immens zu sein. Kanada beziffert nach einer Untersuchung die Ausgaben für erforderliche medizinische Behandlungen und Konsultationen mit 225 Mio. Dollar/Jahr und für die ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung mit 507 Mio. Dollar/Jahr.

6. *Aufnahme der Thematik „Häusliche Gewalt“ in die (Muster-) Weiterbildungsordnung*

Der Antrag von Frau PD Dr. Birnbaum (Drucksache VI-64) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Delegierten des 105. Deutschen Ärztetages fordern die Aufnahme der Problematik „Häusliche Gewalt“ im weitesten Sinne als Lehrstoff und Prüfungsgegenstand in die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung.

Bei der Neufassung der Inhalte sind zukünftig Kenntnisse über:

- die fachspezifischen Besonderheiten weiblicher Erkrankungen,
- das Wissen um die Folgen von Gewalt in der Familie,
- das Erkennen von Akut- und Langzeitfolgen der Gewalteinwirkung
- sowie über Präventions- und Hilfsangebote

zu berücksichtigen.

Begründung:

Bisher besteht kaum Sensibilität hinsichtlich der Bedeutung von Gewalt als zentralem Risiko für die Gesundheit von Frauen. Es existiert wenig Wissen um die Wechselwirkungen und Zusammenhänge zwischen Gewalt- und Misshandlungserfahrungen und der Gesundheitssituation sowie dem Gesundheitshandeln von Frauen.

Ärztlicherseits sind neben Arbeits- und Zeitdruck erheblicher Informationsmangel und Hemmungen die häufigsten Barrieren, das Thema anzusprechen.

7. *Thema „Häusliche Gewalt“ im Gegenstandskatalog der Approbationsordnung*

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

Die Delegierten des 105. Deutschen Ärztetages fordern das Bundesministerium für Gesundheit auf, bei der Neufassung der Approbationsordnung geschlechtsspezifische Erkrankungen sowie insbesondere gesundheitliche Langzeitfolgen häuslicher Gewalt in der Familie in den Gegenstandskatalog aufzunehmen.

Begründung:

Gewalt, insbesondere häusliche Gewalt stellt weltweit eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen dar. Die gesundheitlichen Folgen sind vielfältig und können kurz-, mittelfristig oder chronifiziert auftreten. Es wird geschätzt, dass in westlichen Industrienationen Frauen im Alter zwischen 16 und 40 Jahren eines von fünf gesunden Lebensjahren (DALys) auf Grund von Gewalt verlieren.

8. Diagnose- und Therapieschlüssel für „genitale Verstümmelung“ schaffen

Auf Antrag von Frau PD Dr. Birnbaum (Drucksache VI-70) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Wir verurteilen die genitale Verstümmelung von Mädchen auf das Allerschärfste. Dieses Delikt wird in Deutschland strafrechtlich als Körperverletzung verfolgt. Um die betroffenen Patientinnen angemessen behandeln zu können, sollten folgende Rahmenbedingungen geschaffen werden:

1. Benennung eines ICD-Schlüssels in Anlehnung an die WHO und den europäischen FIGO-Schlüssel
2. Schaffung von EBM-Abrechnungsziffern

Begründung:

Diagnose- und Therapieschlüssel sind notwendig, um die ärztlichen Leistungen wahrheitsgemäß zu dokumentieren und honorieren.

Ärztmangel

1. Maßnahmen zur Behebung des Ärztemangels

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache VI-20) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Dem sich schon jetzt abzeichnenden Ärztemangel, insbesondere in den neuen Bundesländern, aber auch in den alten Bundesländern, muss unverzüglich entgegen gewirkt werden, um eine drohende Unterversorgung der Bevölkerung abzuwenden.

Folgende Maßnahmen müssen deshalb in Angriff genommen werden:

- sofortiger Wegfall des AiP
- Sicherstellung der Weiterbildungsmöglichkeiten
- mehr unbefristete Verträge
- Umsetzung des EuGH-Urteils und Einschränkung nichtärztlicher Tätigkeiten im Interesse der Patientenversorgung

2. Konzepte zur besseren Begleitung von Studierenden an medizinischen Fakultäten

Auf Antrag von Frau Dr. Nölle und Dr. H.-U. Schröder (Drucksache VI-55) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag stimmt der Einschätzung zu, dass der zunehmenden Zahl der Studienabbrüche im Medizinstudium entgegengewirkt werden muss. Über die Motive der Studienabbrecher/innen ist bisher kein ausreichendes Datenmaterial zugänglich.

Zur Ermittlung der Ursachen und zur Entwicklung von Handlungsstrategien ist eine aussagekräftige, zielgruppenbezogene Motivationsforschung erforderlich.

Die medizinischen Fakultäten werden aufgefordert, entsprechende Studien und Umfragen durchzuführen und zu veröffentlichen. Die so erhobenen Daten sollen als Grundlage für zielgerichtete Interventionsstrategien dienen.

Ärztliche Arbeitsbedingungen / Bürokratisierung

1. *Einsatz von studentischem Hilfspersonal als erste Operations-Assistenz*

Auf Antrag von Frau Dr. Hagel (Drucksache VI-8) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Aus Kostengründen wollen Verwaltungschefs von Krankenhäusern studentisches Hilfspersonal gegen stundenweise Vergütung anstelle von fest angestellten Ärzten als 1. OP-Assistenz einstellen.

Aus zweierlei Gründen ist dies problematisch:

1. Im Falle einer Schadensersatzklage könnte durchaus die Karte des Organisationsverschuldens stechen, da ja die 1. Assistenz im Falle einer kritischen Operationssituation zur Bewältigung der Komplikation höchst wichtig ist.
2. Während der OP-Assistenz findet kontinuierlich eine Weiterbildung der Ärzteschaft statt. Nur über diesen Weg kann die operative Technik vermittelt werden. Nur so kann Routine erlangt werden, die dann in einer selbstständigen Operationsführung mündet.

Sollte sich dieses Modell weiter verbreiten, würde dies einen weiteren Schlag gegen eine qualifizierte Weiterbildung bedeuten.

Die an sich zur Weiterbildung anstehenden approbierten Ärzte würden so immer mehr nur noch für den Bereitschaftsdienst herangezogen werden. So könnte zwar dem drohenden EuGH-Urteil und dem Arbeitszeitgesetz kostengünstig entsprochen werden, die nachhaltige qualifizierte Weiterbildung der Ärzte würde aber großen Schaden erleiden.

Mit diesen bezahlten studentischen Aushilfskräften sind wohlgerneht nicht die Famulaturen gemeint, die selbstverständlich nach wie vor höchst begrüßenswert sind.

Der Ärztetag spricht sich gegen diese Praxis auszusprechen.

2. *Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit*

Auf Antrag von Dr. Montgomery, Herrn Henke, Dr. Mitrenga und Dr. Wolter (Drucksache VI-9) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitgeber von Bund, Ländern und Gemeinden auf, bei den laufenden Tarifverhandlungen über krankenhausspezifische Arbeitszeitregelungen die Vorgaben des europäischen Urteils zur Arbeitszeit vom 3. Oktober 2000 unverzüglich zu berücksichtigen.

Das europäische Urteil definiert die gesamte Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes während eines Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus eindeutig als Arbeitszeit. Damit wurde auf höchstrichterlicher Ebene klargestellt, dass Bereitschaftsdienst keine Ruhezeit, sondern Arbeitszeit ist.

Dieses Urteil ist eine Chance, die Auswüchse bei den überlangen Arbeitszeiten zu beenden, den Wert ärztlicher Arbeit neu zu bewerten und gegen die Ausbeutung der Ärzte in deutschen Krankenhäusern vorzugehen.

Das Arbeitszeitgesetz muss die europäische höchstrichterliche Vorgabe berücksichtigen. Dasselbe gilt bei den Regelungen im Tarifrecht. Bei den weiteren krankenhausspezifischen Tarifverhandlungen müssen jetzt die Arbeitgeber den Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit bewerten und auf dieser Grundlage versuchen, zusammen mit den Gewerkschaften – u. a. dem Marburger Bund – endlich zu einem Verhandlungsergebnis zu kommen.

Eine rechtskonforme Umsetzung des europäischen Urteils in das Tarifrecht kann dann vor Ort nur eingehalten werden, wenn in einem angemessenen Verhältnis Neueinstellungen erfolgen. Mit den notwendigen Veränderungen des Tarifrechts fordert deshalb der 105. Deutsche Ärztetag, jetzt die gesetzlichen Voraussetzungen zur Finanzierung dieser zusätzlichen Personalkosten zu schaffen. Deshalb müssen bei der Kalkulation der DRGs diese notwendigen Personalkosten voll berücksichtigt werden.

3. DRGs – Stationsassistenten und -assistentinnen einsetzen

Auf Antrag von Frau Dr. Fick (Drucksache VI-30) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit der bevorstehenden Einführung der DRGs (diagnosis related groups) im Krankenhaus, falls dieses Fallpauschalensystem überhaupt praktikabel ist, wird für administrative und organisatorische Arbeit ärztliches und pflegerisches Fachpersonal eingesetzt werden.

Stationsassistenten (z. B. weitergebildete Arzthelferinnen) können hier sinnvoll Ärztinnen und Ärzten entlasten und diese neu geschaffenen Aufgaben, von der Diagnoseverschlüsselung bis hin zur Dokumentation, übernehmen. Diese Aufgaben dürfen keinesfalls unseren jungen Ärztinnen und Ärzten aufgebürdet werden, da sie sonst ihren originären Aufgaben, der Betreuung der Patienten, nicht mehr angemessen nachkommen können.

4. Eingeschränkung des Hilfsmittelbezugs ist abzulehnen

Auf Antrag von Dr. Fuchs (Drucksache VI-35) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt Anweisungen von Kostenträgern an Ärztinnen und Ärzten ab, den Bezug von ärztlich verordneten Hilfsmitteln für Patienten und Unfallversicherte auf einen Lieferanten zu beschränken.

Begründung:

Eine Vereinbarung zwischen Kostenträger und Lieferant bildet ein systemwidriges Kartell, dient weder der Qualität der Versorgung noch der Wirtschaftlichkeit und schafft Bürokratie in der Arztpraxis.

Bei 30 Unfallversicherungsträgern und über 300 gesetzlichen Krankenkassen muss bei abgeschlossenen Einzelversorgungsverträgen nach der hierfür notwendigen EU-Weiterausschreibung das Chaos ausbrechen. Dies ist der Einstieg in das Einkaufsmodell.

5. EDV-Zeitdokumentation (Stechuhren) für Ärzte

Auf Antrag von Dr. Hülskamp und Frau Dr. Huber (Drucksache VI-42) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, unverzüglich eine lückenlose (täglich, über 24 Stunden) Dokumentation der ärztlichen Arbeitszeit in Krankenhäusern anzuordnen. Hierfür sollen geeignete EDV-Systeme verwendet werden.

Begründung:

- Noch immer wird das Arbeitszeitgesetz in den meisten Kliniken ignoriert und mit Füßen getreten, indem häufig über die Höchstgrenze von 10 Stunden pro Tag gearbeitet und im Anschluss an Bereitschaftsdienste weitergearbeitet wird.
- Pausen werden weder gegeben noch als solche erfasst.
- Wochenendvisiten – ohne Dokumentation der Arbeitszeit und Bezahlung – sind in vielen Kliniken immer noch die Regel. Gleichzeitig werden Übergabezeiten an Wochenenden und an Wochenfeiertagen nicht erfasst.
- Die tariflich vorgegebenen Arbeitszeiten müssen exakt dokumentiert sein, damit Ansprüche geltend gemacht werden können.
- Tarifliche Arbeitszeitmodelle, die sowohl dem Arbeitszeitgesetz als auch dem EuGH-Urteil gerecht werden, erfordern eine lückenlose und zeitnahe Dokumentation.

6. Arbeitskreise „Junge Ärztinnen und Ärzte“ auf Landesebene

Der Antrag von Dr. Jonitz (Drucksache VI-54) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 105. Deutsche Ärztetag empfiehlt den Landesärztekammern, Arbeitskreise „Junge Ärztinnen und Ärzte“ zu initiieren und organisatorisch, personell und finanziell zu unterstützen.

Gleichzeitig wird der Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, über die Aktivitäten der auf Landesebene eingerichteten Arbeitskreise dem nächsten Deutschen Ärztetag zu berichten.

Begründung:

Die Notwendigkeit zur Veränderung der Situation junger Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wurde auf dem 104. Deutschen Ärztetag übereinstimmend bestätigt. Die Einrichtung von Arbeitskreisen „Junge Ärztinnen und Ärzte“ soll die verschiedensten Initiativen und das Engagement junger Kollegen aufgreifen, bündeln und dadurch an Lösungen mitwirken.

7. Umsetzung von Beschlüssen des 104. Deutschen Ärztetages zur Situation angestellter Ärzte auf Länderebene

Auf Antrag von Frau Dr. Ullmann, Frau Groterath (Drucksache VI-71) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern, die die Beschlüsse des 104. Deutschen Ärztetages zur Umfrage unter den Krankenhausärzten und zur Ernennung von Ombudsleuten noch nicht umgesetzt haben, auf, dies baldmöglichst zu tun.

Eine Zwischenbilanz über die bisherige Umsetzung sollte dem Plenum des Deutschen Ärztetages vorgelegt werden.

Begründung:

Schon der 104. Deutsche Ärztetag hat die Bedeutung schlechter Arbeitsbedingungen für die Situation von Ärztinnen und Ärzten aufgezeigt. Der 105. Deutsche Ärztetag hat erneut die schlechten Arbeitsbedingungen für ein Abwandern junger Ärztinnen und Ärzte aus der kurativen Medizin identifiziert. Die beiden o. g. Maßnahmen sollten helfen, Ursachen für schlechte Arbeitsbedingungen differenzierter darzustellen. Das Ignorieren von Beschlüssen des Deutschen Ärztetages bedeutet sowohl ein Herabsetzen dieses Gremiums als auch eine nicht zu vertretende Demotivation der jungen Kolleginnen und Kollegen.

Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung

1. Erstellung eines Berichtes „Krankheit und soziale Ungleichheit“

Der Antrag von Frau Dr. Drexler-Gormann, Frau Dr. Löber-Götze und Frau Schlang (Drucksache VI-13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, im Rahmen eines der nächsten Deutschen Ärztetage einen Bericht mit dem Thema

"Krankheit und soziale Ungleichheit"

vorzulegen, der die Grundlage für dieses Thema als Schwerpunkt auf einem der darauf folgenden Deutschen Ärztetage sein soll.

Begründung:

In gesundheitspolitischen Diskussionen ist die Finanzierbarkeit der Krankenversicherung das fast ausschließliche Thema. Dagegen spielt die Beeinträchtigung der Gesundheit einzelner Bevölkerungsgruppen durch ihre soziale Lage in der öffentlichen Diskussion keine oder nur eine sehr nachgeordnete Rolle.

Ärztinnen und Ärzte sind jedoch fast täglich mit Armut und den daraus resultierenden Gefährdungen und Beschädigungen der Gesundheit konfrontiert. Die eingehende Beschäftigung mit dieser Thematik ist sinnvoll und hilfreich für die ärztliche Praxis und die gesundheitspolitische Diskussion.

2. Verbesserung des Katastrophenschutzes

Auf Antrag von Dr. Dietz (Drucksache VI-22) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Terroranschläge vom 11. September 2001 in den USA haben deutlich gemacht, wie verletzlich technisch hoch entwickelte Gesellschaften sind. Besonders dramatische Auswirkungen hätten diese Verbrechen im atomaren Bereich.

Es können sich aber auch verheerende Reaktorkatastrophen wie in Tschernobyl allein schon als Folge von technischen Fehlern und menschlichem Versagen wiederholen.

Die Erfahrungen daraus zeigen, dass sich die Ausbreitung und medizinischen Folgen von Radioaktivität nach einem Unfall an keine engen Grenzen halten.

Die Katastrophenschutz-Vorkehrungen sind in Deutschland noch unzureichend. So sind ein Festhalten an einer 25-km-Zone willkürlich und die Ausgrenzung von Menschen über 45 Jahren bei der Organisation der Jobblockade nicht länger gerechtfertigt.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert daher die Bundesregierung und die für die Ausführungs-Bestimmungen zuständigen Landesregierungen auf,

- die Rahmenempfehlungen für den Katastrophenschutz in der Umgebung kern-technischer Anlagen und die entsprechenden länderspezifischen Regelungen zu ändern. Hochdosierte Jodtabletten sollen in allen Haushalten vorverteilt werden. Nur so ist eine rechtzeitige, wirkungsvolle Einnahme für die gesamte Bevölkerung gewährleistet.
- mit einem vorbeugenden TSH-Schilddrüsen screening der Gefahr einer jodinduzierten Hyperthyreose entgegen zu wirken. Dies gilt im besonderen Maße für ältere Menschen, aber auch jüngere Menschen sind potentiell davon betroffen.
- den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die Rettungsdienste zu verzahnen und durch einen qualifizierten erfahrenen ärztlichen Rettungsdienstleiter im Katastrophenfall zu koordinieren. Notwendig ist ein standardisiertes Konzept, das auch regelmäßige Katastrophenschutzübungen vor Ort, Schulung und Fortbildung der Ärzte in Kliniken und Praxen beinhaltet.
- Für die Kosten dieser vorsorglichen Maßnahmen gilt grenzüberschreitend das Verursacherprinzip. Sie dürfen weder zu Lasten des Einzelnen, des Staates noch der Krankenkassen gehen.

Begründung:

Durch die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, u. a. die Einführung der DRGs, werden Kapazitäten zur Vorhaltung von katastrophenmedizinischer Versorgung knapper. Reale Katastrophenszenarien sind bisher kaum berücksichtigt und geübt worden. Es fehlen Erste-Hilfe-Kurse in breiten Teilen der Bevölkerung.

Die Zuständigkeit für den Katastrophenschutz liegt bei den Innenministerien der Bundesländer mit unterschiedlichen Konzepten und Einsatzplänen für den 25-km-Radius um atomare Anlagen. Außerhalb der 25-km-Zone sind die Bundesbehörden zuständig.

Bisher werden hochdosierte Jodtabletten nur in wenigen Gebieten nahe den Kernkraftwerken in den Haushalten vorverteilt. Das hochdosierte Jod sollte aber sinnvoller Weise bereits vor der Inhalation von radioaktivem Jod 131 eingenommen werden. Eine Einnahme 3 Stunden nach der Kontamination vermindert die Wirksamkeit schon um 50 %. Bereits nach 10 Stunden ist die Maßnahme wirkungslos. Eine noch spätere Einnahme kann sogar gegenteilige Effekte auslösen.

Bei einer zentralen Ausgabe der Tabletten per Hubschrauber aus nur drei Depots in der BRD, dann weiter über Feuerwehrestationen, dann über die Apotheken vor Ort

und erst dort an die betroffenen Menschen, ist eine wirkungsvolle Jodblockade im Chaos eines Ernstfalls nicht rechtzeitig durchführbar. Vor allem deswegen, weil in einer solchen Situation der Aufenthalt der Menschen im Freien vermieden werden soll. Evtl. notwendige Evakuierungsmaßnahmen würden das Durcheinander noch steigern.

Die Regelung, Menschen über 45 Jahre von der Versorgung auszuschließen, ist nach den aktuellen Analysen aus der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl nicht mehr zu verantworten. Erwachsene erkranken in allen Altersstufen immer noch bis zu 6-mal häufiger an einem Schilddrüsen-Karzinom. Bei Kindern und Jugendlichen steigt das Risiko zu erkranken auf das 200-fache an.

Eine jodinduzierte Hyperthyreose lässt sich verhindern, wenn die Schilddrüsenfunktion durch einen vorab durchgeführten TSH-Test bekannt ist. Für Menschen, die davon potentiell betroffen wären, ließe sich ein jodfreies Ausweichpräparat bereitstellen.

3. *Hämotherapie-Richtlinien - Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin*

Der Antrag von PD Dr. Dr. Dietrich (Drucksache VI-33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Nach dem Transfusionsgesetz ist die Ärzteschaft für die Überwachung qualitätssichernder Maßnahmen in der Transfusionsmedizin verantwortlich. Gemäß Hämotherapierichtlinien haben die Qualitätsbeauftragten in Form einer Selbstverpflichtungserklärung der zuständigen Landesärztekammer die richtlinienkonforme Durchführung der Qualitätssicherung ihrer Institution zu melden. Diese Meldung sollte erstmals zum 31. Dezember 2001 erfolgen. Dieses Verfahren wird von den einzelnen Landesärztekammern sehr unterschiedlich gehandhabt. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird deshalb gebeten, einen zusammenfassenden Bericht über die Ergebnisse der Selbstverpflichtungserklärungen bis zum Herbst 2002 vorzulegen. Dieser Bericht sollte auch Lösungsvorschläge enthalten, wie in Institutionen ohne Selbstverpflichtungserklärung bzw. Erklärungen mit gravierenden Mängeln die Qualitätssicherung verbessert werden kann. Dieser Bericht wird die Arbeit der Qualitätsbeauftragten und Transfusionsverantwortlichen unterstützen und verbessern.

4. *Thema "Patient und Arzt" als Tagesordnungspunkt auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage*

Der Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache VI-45) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Einer der nächsten Deutschen Ärztetage soll als TOP das Thema „Patient und Arzt“ behandeln.

Begründung:

Mehrere Deutsche Ärztetage haben sich naturgemäß mit der Entwicklung des Arztberufes beschäftigt. Es wäre sicherlich auch sinnvoll, in den Dialog mit den Patienten und Selbsthilfeverbänden zu treten, um die Sichtweise dieser Seite zu erfahren und zu diskutieren.

5. Publikation „Prävention von Verletzungen“ neu herausgeben

Der Antrag von Prof. Dr. Lob (Drucksache VI-52) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die von der Bundesärztekammer herausgegebene Publikation: „Prävention von Verletzungen“ soll einem der nächsten Ärztetage in einer erweiterten 2. Auflage vorgelegt werden.

Die Veröffentlichung: „Prävention von Verletzungen“ hat großes Interesse gefunden.

Die Politik hat das Thema Prävention erkannt und sieht Prävention als Eckpunkt der Gesundheitspolitik. Die Prävention von Erkrankungen und Verletzungen ist ein zuvorderst ärztliches Thema; die Ärzte sollten es auch bearbeiten.

6. Mehr Organspenden nötig

Auf Antrag von Frau Dr. Dominik, Dr. Schüller, Dr. Hansen und Frau Künanz (Drucksache VI-57) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In einigen Bundesländern kam es in den letzten Jahren zu einem dramatischen Rückgang der Organspenden.

Grundsätzlich sind nach Umfragen rund 70 % der Bevölkerung bereit, ihre Organe nach dem Tod zu spenden. Doch nur 12 % der Bundesbürger dokumentieren diese Bereitschaft mit einem Organspenderausweis.

Über 14.000 chronisch kranke Menschen warten derzeit in der Bundesrepublik auf ein Spendeorgan, doch nur knapp 4.000 können wegen des Mangels an Spendeorganen jährlich transplantiert werden.

Für die schlechte Spendenbilanz sind nach Ansicht von Fachleuten auch die Organisationsmängel in einigen Krankenhäusern verantwortlich.

Um die Quote der transplantierten Organe bundesweit zu erhöhen, fordert der Deutsche Ärztetag:

1. Eine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung und Einführung von Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern. Um für optimale Arbeitsbedingungen der Transplantationsbeauftragten zu sorgen, müssen entsprechende Arztstellen im Stellenplan der Krankenhäuser berücksichtigt werden.
2. Kommunen, Krankenkassen, die Ärzteschaft, die Apothekerschaft, Selbsthilfegruppen, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Länder auf, mit Öffentlichkeitsaktionen dafür zu werben, dass sich mehr Menschen mit der Organtransplantation persönlich auseinandersetzen und einen Spenderausweis mit sich tragen.
Dazu gehört auch eine verstärkte Information und Motivation von Menschen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens (z. B. Pflegepersonal, Lehrer und Lehrerinnen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Gesundheitsämter, Apotheker und Apothekerinnen).

7. Palliativmedizin – Schwerpunktthema des 106. Deutschen Ärztetages

Auf Antrag von Frau Dr. Auerswald und Prof. Dr. Hoppe (Drucksache VI-67) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der 106. Deutsche Ärztetag in Köln wird sich mit dem Schwerpunktthema „Palliativmedizin“ befassen.

Begründung:

Die Gesetzgebungen in unseren Nachbarländern zur „Aktiven Sterbehilfe“ müssen für uns der Anlass sein, die bisherigen Bemühungen um die Palliativmedizin zu verstärken und auch deren Vorteile aufzuzeigen.

8. Pflegenotstand beheben

Auf Antrag von SR Dr. Orth (Drucksache VI-75) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Bundesregierung und Krankenkassen werden aufgefordert, die unverantwortlichen Einengungen und die Überbürokratisierung in der ambulanten Krankenpflege schnellstmöglich zu beenden.

Begründung:

Die ordentliche hausärztliche Versorgung wird zunehmend durch Einengungen unmöglich gemacht.

Die Sozialstationen und anderen Pflegeeinrichtungen sind vielfach schon ganz oder nahezu bankrott.

Innerhalb von 5 Jahren sind 80 % der Altenpflegerinnen aus dem Beruf ausgeschieden. Nachwuchs ist kaum mehr zu bekommen.

Die DRGs bringen zusätzliche erhebliche Belastungen.

9. Zusammenarbeit der Partner im Gesundheitswesen

Der Antrag von Dr. Peters (Drucksache VI-81) wird in zweiter Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bessere Zusammenarbeit der Partner im Gesundheitswesen

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die gesetzlichen Grundlagen für eine bessere Zusammenarbeit der Partner im Gesundheitswesen zu schaffen: Es sollen in den Aufsichtsräten der Krankenkassen Vertreter der verfassten Ärzteschaft mit Stimm- und ggf. Vetorecht bei bestimmten Entscheidungen vertreten sein, wie z. B. Durchführung und Finanzierung von Gesundheits- und Werbekampagnen, Bau von Verwaltungsgebäuden. Umgekehrt sollen Vertreter der Krankenkassen in den Aufsichtsräten von Gesundheitsanbietern (Krankenhausketten, Medikamentenherstellern, Bundes-KV) mit gleichen Rechten mitwirken. Im Falle eines Vetos muss dann die zuständige Landesregierung als Aufsichtsbehörde die strittige Entscheidung zu Wahrung der Interessenslage der Bevölkerung regeln.

Begründung:

So ist besser gewährleistet, dass

- Krankenkassen die von der Bevölkerung erhaltenen Mittel für die eigentliche Aufgabenstellung, die Finanzierung der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen, möglichst ungeschmälert einsetzt und die Krankenkassenbürokratie in Grenzen hält,
- dass Krankenhäuser finanzierbare Strukturen für eine angemessene Patientenversorgung vorhalten,
- ein besseres Verständnis zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen erreicht wird.

10. Atomarer Katastrophenschutz

Der Antrag von Dr. Heckhausen (Drucksache VI-82) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das tschechische Atomkraftwerk Tremelin ist vor geraumer Zeit ans Netz gegangen, obwohl es dem Vernehmen nach westliche Sicherheitsstandards nicht erfüllt.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, beim Bundesministerium für Umweltschutz und Reaktorsicherheit zu hinterfragen, ob bei einer gravierenden Katastrophe des AKW Tremelin die Empfehlungen der deutschen Strahlenschutz-Kommission zum Schutz der Bevölkerung umgesetzt werden können (insbesondere Jodblockade der Schilddrüse).

Sollte das nicht der Fall sein, ist darauf hinzuwirken, dass der von der Strahlenschutz-Kommission empfohlene atomare Strahlenschutz baldmöglichst zu gewährleisten ist.

Ärztliche Fort- und Weiterbildung

1. Fortbildungscurriculum zur Gutachtenerstellung bei psychisch traumatisierten ausländischen Flüchtlingen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-3) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird gebeten, die Entwicklung von Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen in Asyl- sowie anderen aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren zu unterstützen und hierzu ein entsprechendes Fortbildungscurriculum mit Bescheinigung zur fachgerechten Erstellung dieser speziellen Gutachten zu entwickeln.

Begründung:

Seit mehreren Jahren bestehen Auseinandersetzungen zwischen den Innenbehörden der Länder und Ärztinnen und Ärzten, die Gutachten und Stellungnahmen zum Vorliegen psychisch reaktiver Traumafolgen bei ausländischen Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Antrags- und Klageverfahren erstellen. Vielfach wurde dabei von Behördenvertretern der Vorwurf erhoben, Kolleginnen und Kollegen würden Gefälligkeitsgutachten erstellen. Von Seiten der Ärztekammern ist diesen Vorwürfen auf der politischen Ebene bereits mehrmals begegnet worden. Die tägliche Praxis zeigt jedoch, dass weiterhin ärztliche Gutachten oder Stellungnahmen von Behörden mit dem Hinweis zurückgewiesen werden, sie würden nicht näher präzisiertere formale und inhaltliche Kriterien unberücksichtigt lassen. Über die Entwicklung formaler Kriterien für die Gutachten, wie sie von einigen Landesärztekammern erarbeitet wor-

den sind, hinausgehend bedarf es daher noch weiterer, ausführlicherer, formaler und inhaltlicher Voraussetzungen wie z. B. Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik psychisch reaktiver Traumafolgen, Kenntnisse in der Explorationstechnik ausländischer Probanden mit Hilfe von Dolmetschern, Kenntnisse über Geschichte der Herkunftsländer sowie deren gegenwärtige kulturspezifische, soziale und politische Strukturen und vieles mehr, was in einem eigens dafür erstellten Fortbildungsscurriculum interessierten Kolleginnen und Kollegen angeboten werden soll.

Eine Bescheinigung macht auch für nichtärztliche Behördenvertreter die Qualifikation der/des unterzeichnenden Gutachterin/Gutachters vorab erkennbar.

2. Fortbildungen zum Thema „Genitalverstümmelungen“

Der Antrag von Frau Schlang (Drucksache VI-12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Akademien der Landesärztekammern auf, in Zusammenarbeit mit qualifizierten Referentinnen und Referenten Fortbildungen zum Thema „Umgang und Erkennen von weiblicher Genitalverstümmelung und den möglichen Komplikationen“ anzubieten.

Angeregt wird eine Zusammenarbeit mit den Organisationen TERRE DES FEMMES, FORWARD, INTACT und der FIDE-AG der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Alle Ärzte und Ärztinnen in Deutschland, die mit möglicherweise betroffenen oder bedrohten Frauen und Kindern Kontakt haben, werden dazu aufgefordert, die Informationsbroschüre vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (entwickelt in Zusammenarbeit mit Terre des Femmes, in fünf Sprachen übersetzt) zu verteilen.

Begründung:

Der Deutsche Ärztetag hat sich 1996 gegen die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an der rituellen weiblichen Genitalverstümmelung ausgesprochen. Verwiesen wurde dabei auf die Generalpflichtklausel der Berufsordnung.

Was fehlt ist jedoch eine qualifizierte Information und Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte der verschiedensten Fachrichtungen (Gynäkologie, Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie).

Des weiteren fehlt eine Weitergabe von Information an die möglicherweise betroffenen oder bedrohten Frauen und Kinder. Kenntnisse über die Art der Gesundheitsschädigung und über die Gesetzeslage müssen verbreitet werden. Ärztinnen und Ärzte sollten in ihrer Position als Multiplikatoren vermittelnd tätig werden.

Die Broschüre "Wir schützen unsere Töchter – Aufklärungsbroschüre zum Thema Genitalverstümmelung für in Deutschland lebende Migrantinnen" kann über Terre des Femmes e. V. oder über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bezogen werden.

3. Krankenhausversorgung – Spezialisierung stationärer Abteilungen

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache VI-19) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Im Zuge der Ökonomisierung der Krankenhausbehandlung durch die Implementierung der DRGs kommt es zunehmend zu einer Spezialisierung der stationären Abteilungen, insbesondere in dem Fach der Inneren Medizin.

Dies gefährdet zunehmend die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und zum geplanten Facharzt für Allgemein- und Innere Medizin. Einerseits wird durch die Teilgebietsstationen die Weiterbildung deutlich erschwert, andererseits wird das Krankenhaus in Zukunft durch den wirtschaftlichen Druck immer weniger Weiterbildung anbieten können.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Landesgesetzgeber auf, den politisch gewollten Ausbau der hausärztlichen Versorgung durch Schaffung von allgemeininternistischen Stationen im Krankenhaus mit Einrichtung entsprechender Rotationsstellen und durch eine zwingende Verknüpfung der DRGs mit der ärztlichen Weiterbildung zu stärken.

4. *Zertifizierte Fortbildung Notfallmedizin*

Der Antrag von Dr. Zollner und Herr Stagge (Drucksache VI-21) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Delegierten des 105. Deutschen Ärztetages fordern zur Verbesserung der Notfallversorgung das bundesweite Modellprojekt ärztliche Zertifizierung weiterzuentwickeln: Mindestens fünf der 150 notwendigen Zertifizierungspunkte müssen erworben sein durch zertifizierte Fortbildung in Notfallmedizin.

Begründung:

Die Berufsordnung schreibt jedem Arzt die Fortbildung in der Behandlung von Notfällen vor, genauso wie die Fortbildung in seinem Fachgebiet. Durch die Zertifizierung können die Ärztekammern dies steuern und fördern.

5. *Fortbildung zu Mobbingkrankungen ist dringlich*

Der Antrag und Änderungsantrag von Dr. Weiss (Drucksache VI-25 und Drucksache VI-25a) werden zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

- Drucksache VI-25:

Erwerb und Vermittlung von Kenntnissen über die Erkennung von Mobbingkrankungen sollte fachübergreifendes Fortbildungsthema werden.

Begründung:

Der tiefgreifende gesellschaftliche Wandel, auch der Wandel in allen Leistungsbereichen des Gesundheitssystems, hat neue Krankheitsbilder wie Mobbingkrankungen hervorgebracht. Mobbingkrankungen erleiden Patientinnen und Patienten, Mobbingkrankungen erleiden Ärztinnen und Ärzte.

Bei der Erkennung und Wahrnehmung von Mobbingkrankungen sind Ärztinnen und Ärzte in Doppelfunktion gefordert, sie können einerseits Behandler und andererseits Betroffene sein. Die Ergebnisse einer Mobbingumfrage im Jahr 2001 unter den Ärztinnen und Ärzten der Sächsischen Landesärztekammer zeigen, dass 73 % der Ärztinnen und Ärzte, die an der Umfrage teilgenommen haben, eine Fortbildung für dringlich halten.

Das Thüringer Landesarbeitsgericht hat sich im April 2000 in einem Urteil wie folgt festgelegt: „Mobbing ist ..., ... die fortgesetzte, aufeinander aufbauende und ineinander übergreifende, der Anfeindung und Schikane oder Diskriminierung dienende Verhaltensweise, die nach Art und Ablauf im Regelfall einer übergeordneten, von der Rechtsordnung nicht gedeckten Zielsetzung förderlich ist und jedenfalls in ihrer Gesamtheit das allgemeine Persönlichkeitsrecht oder andere ebenso geschützten Rechte, wie die Ehre oder die Gesundheit des Betroffenen verletzt ...“ (Thüringer Landesarbeitsgericht, AZ.: 5 Sa 403/00, Auszug aus dem Urteil vom 10. April 2000). Mobbing ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, bei dem Ärztinnen und Ärzte Therapeuten als auch Betroffene sein können. Es besteht dringender Fortbildungsbedarf in der Vermittlung von Kenntnissen über Mobbingkrankungen.

▪ Drucksache VI-25a:

Die Zeilen 1 und 2 von Antrag VI-25 sollen wie folgt lauten:

Erwerb und Vermittlung von Kenntnissen über die Erkennung von Mobbingkrankungen und deren Therapie muss von den Landesärztekammern fachübergreifend in das Fortbildungsprogramm aufgenommen werden.

6. *Notfallmedizinische Kurse und Strahlenschutzkurse als obligatorischer Weiterbildungsteil zu Lasten der Krankenhäuser*

Auf Antrag von Frau Haus (Drucksache VI-26) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert, die Inhalte der notfallmedizinischen Kurse wie auch der Strahlenschutzkurse in die ärztliche Weiterbildung so zu integrieren, dass jede Ärztin und jeder Arzt diese Kurse unmittelbar nach Berufseintritt auf Kosten des jeweiligen Krankenhausträgers absolvieren kann.

Eine medizinische Versorgung, die zunehmend mehr auf Sicherheit und Qualitätsstandards setzt, macht dies erforderlich.

7. *Vergütung von Fort-/Weiterbildung*

Auf Antrag von Dr. Lindhorst, Frau Dr. Beck (Drucksache VI-31) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert, dass – wie in vielen anderen Berufsfeldern – die Teilnahme an externen Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung des medizinischen Kenntnisstandes auch vom Träger der Weiterbildungsstätte bzw. Arbeitgeber nach abgeschlossener Weiterbildung gefördert wird. Dies betrifft sowohl die Freistellung bzw. den Zeitausgleich bei Fort-/Weiterbildung an Feiertagen oder am Wochenende als auch die Übernahme der Kosten.

Begründung:

Weiter- und Fortbildung (z. B. Zertifizierung, Rezertifizierung) werden zwar zunehmend von Seiten der Politik und Kostenträger gefordert, es fehlt jedoch an vorgesehener Vergütung der Maßnahmen von Seiten der Kostenträger im Gesundheitswesen. Um diese einfordern zu können, muss zunächst der Arbeitgeber diese Kosten entstehen zu lassen und vergüten.

Zumindest der überwiegende Anteil der ärztlichen Weiter- und Fortbildung kommt direkt dem Arbeitgeber zugute:

- adäquater Kenntnisstand der Mitarbeiter bei der kurzen Halbwertszeit medizinischen Wissens, z. B. durch Kongressbesuche,
- Angebot bewährter Techniken auch für neue, darin vorher noch nicht eingearbeitete Mitarbeiter, z. B. Notarztwesen, Ultraschall, Strahlenschutzkurse,
- Erwerb von Kenntnissen in neuen Techniken, Zusatzbezeichnungen und Spezialisierungen, die im Rahmen der dienstlichen Tätigkeit genutzt werden.

8. Weiterbildung in der „Ärztlichen Psychotherapie“ auch für Haus- und Fachärzte ermöglichen

Der Antrag von Dr. Fleischmann, Frau Löber-Kraemer, Frau Dr. Schleu, Dr. Bodenstein, Frau Dr. Bühren, Frau Goterath und Dr. Hutterer (Drucksache VI-39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer möge bei der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung im Fachbereich Psychotherapie Sorge dafür tragen, dass auch weiterhin Haus- und Fachärzte berufsbegleitend eine psychotherapeutische Weiterbildung erlangen können, die den Zugang zur Richtlinienpsychotherapie gewährleistet. Angesichts vieler Erkrankungen, zu deren Diagnostik und Behandlung neben der psychotherapeutischen die ärztlich-somatische Kompetenz erforderlich ist, muss dieser wichtige Versorgungsbereich gemeinsam mit der psychosomatischen Grundversorgung neben der zukünftigen Fachgebietspsychotherapie erhalten bleiben.

Begründung:

Psychotherapie ist unverzichtbarer originärer Bestandteil ärztlicher Krankenbehandlung. Da bei vielen Erkrankungen neben psychotherapeutischen Maßnahmen auch somatische Diagnostik und Behandlungen (z. B. Pharmakotherapie) erforderlich sind, darf auf die ärztliche Kompetenz in diesem Feld nicht verzichtet werden.

Derzeit werden bereits nur noch 20 % der mit den Krankenkassen abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen von Ärzten erbracht.

Wenn der genannte Bereich wegfällt, wird sich dieser Anteil weiter drastisch verringern und bestehende Versorgungsgänge werden sich weiter verschärfen.

9. Weiterbildung in der Orthopädie / Chirurgie / Unfallchirurgie

Der Antrag von Prof. Dr. Lob (Drucksache VI-51) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten zu ermöglichen, dass bereits erworbene Inhalte aus der jetzt noch gültigen Weiterbildungsordnung für die Facharztkompetenz Orthopädie und Chirurgie/Unfallchirurgie auf den neuen gemeinsamen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie anerkannt werden können. Dies könnte über eine Empfehlung des Vorstandes der Bundesärztekammer an die Landesärztekammern zur Gestaltung von internen Verwaltungsvorschriften erfolgen.

Die jungen Kollegen sind darüber verunsichert, dass sie derzeit eine Weiterbildung absolvieren, die für die neue Facharztkompetenz nicht genügt. Diese Unsicherheit könnte mit einem überbrückenden Verfahren beseitigt werden.

10. *Beschlussfähige Novelle der (Muster)Weiterbildungsordnung in 2003*

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob (Drucksache VI-53) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, dem 106. Deutschen Ärztetag im Jahre 2003 eine beschlussfähige Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung zur entgeltigen Entscheidung vorzulegen.

Eine erneute Verschiebung der Entscheidung führt zu erheblichen Nachteilen für Ärzte und Krankenhäuser. Die jahrelange öffentliche Diskussion hat zu einer schwerwiegenden Verunsicherung der in Weiterbildung stehenden Assistenten geführt. Die unsichere Zukunft in der Medizin schreckt junge Menschen ab, dieses Fach als Lebensweg zu wählen. Zum anderen richten sich Krankenhausträger schon heute nach einer Weiterbildungsordnung, die wir noch gar nicht beschlossen haben.

11. *Persönliche Eignung zur Weiterbildungsbefugnis*

Der Antrag von Dr. Jonitz, Dr. Thierse und Frau Dr. Bunge (Drucksache VI-58) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 105. Deutsche Ärztetag nimmt die beiliegende Richtlinie zur Beurteilung der persönlichen Eignung eines Arztes / einer Ärztin zur Leitung der Weiterbildung gemäß §§ 8 Abs. 2, 10 Abs. 1 Ziffer 1 WbO der Ärztekammer Berlin zur Kenntnis und empfiehlt den Gremien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern, entsprechende Regelungen für ihren Bereich zu beschließen.

Begründung:

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer hat die beiliegende Richtlinie am 15. Mai 2002 mit einer Gegenstimme und einer Enthaltung beschlossen. Sie stellt die Grundlage dar, die persönliche Eignung zur Befugnis besser als bisher zu beurteilen und die soziale Kompetenz von Weiterbildern im ambulanten und stationären Bereich zu fördern.

12. *Ärztliche Weiterbildung unter den Bedingungen des DRG-Systems*

Der Antrag von Dipl.-Med. Michaelis, Frau Dr. Beck und Dr. Wesser (Drucksache VI-77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, von den Bundesländern die Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die Krankenhäuser als Ort der Fort- und Weiterbildung einzufordern. Eine gesetzliche Pflicht der Krankenhausträger zur Unterstützung der Weiterbildung von Ärzten soll in den Landeskrankenhausgesetzen begründet werden.

Begründung:

Mit der Einführung des DRG-Systems ist die Qualität der ärztlichen Weiterbildung erheblich gefährdet.

13. Befähigungsnachweis in der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Der Antrag von Dr. Dietz und Dr. Kaplan (Drucksache VI-79) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Befähigungsnachweise können sich nur auf Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beziehen, können nicht diagnosebezogen sein und müssen dem arbeitsteiligen Charakter der Weiterbildungsordnung sowie der Gliederung der Versorgungsbereiche Rechnung tragen.

GOÄ / Honorierung ärztlicher Tätigkeit / Zuwendungen Dritter

1. Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-4) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag in Rostock fordert eine baldige Reform des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen. Die vom Bundesministerium der Justiz vorbereitete Regelung eines Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes muss dem zu Grunde gelegten Vergütungsprinzip entsprechend endlich einen Ausgleich für die Preis- und Kostenentwicklung in den vergangenen neun Jahren seit der letzten Novelle schaffen; dies erfordert eine angemessene Anhebung der Sachverständigenvergütung in Form von Stundensätzen, Sonderleistungen und besonderen Aufwendungen, wie z. B. Schreibgebühren und Fahrtkosten. Dem Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung des medizinischen Sachverständigen auf Grund seiner hochspezialisierten Professionalität ist Rechnung zu tragen. Insofern sind die geplanten Festbeträge pro Stunde in den vorgesehenen drei Vergütungsgruppen nur dann zu akzeptieren, wenn sie die reine Gutachtenleistung abgelden und nicht andere Aufwendungen, wie z. B. Schreibgebühren umfassen. Die Reform muss endlich auch die Gebühren für Befundberichte sowie Kurz- und Formbogengutachten dem hierfür erforderlichen Zeitaufwand entsprechend vergüten.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert zwölf Jahre nach der Wiedervereinigung die Abschaffung des Ostabschlages für diese gesetzliche Regelung. Die für Ostberlin vorgenommene Angleichung der Entschädigungen und Vergütungen des Zeugen- und Sachverständigenentschädigungsgesetz (ZuSEG) ist wegweisend für die Regelung im gesamten Beitrittsgebiet.

2. Angleichung des GOÄ-Vergütungsniveaus in den neuen Bundesländern

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-5) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag 2002 in Rostock fordert die Bundesregierung, insbesondere die federführende Bundesministerin für Gesundheit, auf, nunmehr 12 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands, endlich die Vergütungsunterschiede zwischen Ost und West zu beseitigen. Der mit dem Kostenermäßigungssatz-Aufhebungsgesetz Berlin vom 1. Februar 2002 initiierte Schritt, Justizgebühren und Entschädigungen - einschließlich der Rechtsanwaltsgebühren - zumindest für das Land Berlin anzugleichen, muss Anlass sein, auch die ärztlichen Vergütungsunterschiede in Berlin und in den neuen Bundesländern zu beseitigen. Der 10 %-ige Ost-

abschlag diskriminiert die Leistungen der ostdeutschen Ärzte; sie sind nicht geringer zu bewerten als Leistungen anderer Freier Berufe, wie Steuerberater, Architekten, Ingenieure u. a., die schon lange vergütungsrechtlich gleichgestellt sind. Insofern stellt der Vergütungsabschlag Ost im Bezug auf die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte eine eklatante Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes dar, die auch nicht mit der ohnehin verfassungsrechtlich fragwürdigen Messlatte der Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung begründbar ist. Bezugsgrößen der Sozialversicherung können kein Maßstab für privatärztliche Vergütungen sein; diese Vermengung von Sozialversicherungsrecht und privatärztlichem Gebührenrecht dient ausschließlich zur Entlastung der Beihilfe. Durch Akzeptanz des Standardtarifs in § 5 b GOÄ hat die Ärzteschaft ihren Beitrag zur Entlastung der Beihilfe auch in den neuen Bundesländern in ausreichendem Umfang geleistet. Ostdeutschen Ärzten ist es nicht weiter zumutbar, darüber hinaus noch weitere Vergütungsabschläge hinnehmen zu müssen.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert mit Nachdruck die Einlösung der Zusage der vorherigen Bundesregierung, bis zur Jahrtausendwende eine Angleichung der Vergütungen durchzusetzen.

3. Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-6) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 105. Deutsche Ärztetag 2002 in Rostock fordert die Bundesregierung auf, ihre Verantwortung für eine Weiterentwicklung des privatärztlichen Gebührenrechtes endlich wahrzunehmen; die Diskrepanz zwischen aktuellem Leistungsgeschehen in der Medizin und Gebührenverzeichnis der GOÄ wird immer größer. Die letzte GOÄ-Teilnovelle '96 liegt inzwischen sechs Jahre zurück. Bei Inkrafttreten dieser Novelle wurde der Ärzteschaft politisch zugesagt, dass die übrigen Abschnitte des Leistungsverzeichnisses unverzüglich an den Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst werden sollen. Dieser Zusage lag die Erkenntnis zu Grunde, dass die über zwanzig Jahre alten - in Inhalt und Bewertung unzulänglichen Teile der GOÄ - zunehmend zu Fehlinterpretationen, Falschabrechnungen und damit Fehlentwicklungen bis hin zu staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen führen, die die gesamte Ärzteschaft in Misskredit bringen. Die Bundesregierung trägt auf Grund ihres Versäumnisses, das privatärztliche Gebührenrecht zu aktualisieren, eine erhebliche politische Mitverantwortung an dieser - Patient und Arzt und letztlich auch Kostenträgerseite - belastenden Entwicklung.

Die Vorschläge der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung des Gebührenverzeichnisses liegen seit über zehn Jahren vor; sie mussten auf Grund des Zeitablaufs 1998 überprüft werden. Inzwischen sind erneut Aktualisierungen erforderlich, die Zeit- und Kostenaufwand verursachen. Die zahlreichen Eingaben der Bundesärztekammer, endlich die Beratungen über die GOÄ aufzunehmen, haben leider keine politische Resonanz gefunden. Die Ärzteschaft kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Vernachlässigung der Amtlichen Gebührenordnung politisches Kalkül ist, die sich potenzierenden Anwendungsprobleme und Fehlentwicklungen in diesem Bereich zum Anlass für einen radikalen Schnitt im Privatliquidationsbereich zu nehmen.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, endlich ihrer Verantwortung zur Aktualisierung und Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte nachzukommen. Wenn das federführende Bundesministerium für Gesund-

heit selbst die ihm politisch zugewiesene Aufgabe nicht wahrnehmen kann, sollten endlich die Rahmenbedingungen zur Realisierung des Vorschlagsmodells geschaffen werden. Dazu hat der letzte Deutsche Ärztetag 2001 in Ludwigshafen die volle Unterstützung der Ärzteschaft zugesagt und die Voraussetzungen für ein politisches Wirksamwerden des Vorschlagsmodells formuliert; eine weitere Verzögerung und Vernachlässigung des privatärztlichen Gebührenrechtes ist nicht länger hinzunehmen.

Bis zur Realisierung des Vorschlagsmodells wird erneut Zeit verstreichen. Die letzte Anhebung des Punktwertes erfolgte mit der Vierten Änderungsverordnung zur GOÄ zum 1. Januar 1996, und zwar um 3,6 % für einen zurückliegenden Zeitraum von acht Jahren. Seitdem sind erneut sechs Jahre vergangen. Der 105. Deutsche Ärztetag fordert daher eine unverzügliche Anpassung des Punktwertes an die Preis- und Kostenentwicklung.

4. Einseitige Honorarfestlegung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-7) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag 2002 in Rostock lehnt die einseitige Honorarfestlegung durch den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) für die Erstellung ärztlicher Gutachten als völlig unakzeptabel ab. Diese Honorarfestlegung des VDR führt – trotz 5-jährigem Honorarstillstand – zu Einbußen der Gutachter-Ärzte, weil Vergütungsabsenkungen durch Übernahme der GOÄ '96 für Sonderleistungen die bescheidene 7,5 %ige Vergütungsanhebung der Gutachten übersteigen. Eine solch unzulängliche Honorarzuweisung an langjährig erfahrene, qualifizierte Gutachter, deren fachliche Voten Milliarden im Rehabilitations- oder Rentenbereich für die Rentenversicherer bewegen, ist unzumutbar und Sparen an der falschen Stelle. Die einseitige Honorarfestlegung verstößt zudem gegen die gesetzlichen Vorschriften des SGB X und stellt eine kartellrechtswidrige Maßnahme dar.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert eine unverzügliche, an den hohen Qualifikationsanforderungen und der realen Kostensituation orientierte Honorarverbesserung für ärztliche Gutachten im Bereich der Rentenversicherung.

5. Zuwendungen durch die pharmazeutische Industrie

Der Antrag von Dr. Ottmann (Drucksache VI-24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, den Gedanken eines Publizitätsgesetzes für die pharmazeutische Industrie nachhaltig in die gesundheitspolitische Diskussion mit der Bundesregierung einzubringen. Zweck eines solchen Gesetzes soll die Herstellung der Öffentlichkeit bei Zuwendungen der pharmazeutischen Industrie an Ärzte, Krankenhäuser, ärztliche Vereinigungen, Praxisnetze, Selbsthilfegruppen etc. sein. Dabei kann es der politischen Diskussion überlassen bleiben, in welcher Form und Aggregation diese Daten veröffentlicht werden und ob diese voll umfänglich durch den Gesetzgeber festgelegt werden sollen oder ob sich der Gesetzgeber darauf beschränken kann, einen Verhaltenskodex der pharmazeutischen Industrie mit einer jährlichen Erklärung der Unternehmen

vorzuschreiben, dass sich die Industrie an diesen Kodex hält und die Angaben vollständig gemacht wurden.

Der Präsident der Bundesärztekammer möge den nächsten Deutschen Ärztetag in seinem Bericht über die Ergebnisse informieren.

Begründung:

Die Ärzteschaft hat eine Schlüsselrolle für den Umsatz der pharmazeutischen Industrie inne, eines boomenden Industriezweiges mit Umsatzrenditen bis zu 30%. Dass in diesem Zusammenhang versucht wird, mit offenen oder verdeckten Zuwendungen Einfluss zu nehmen, liegt auf der Hand. Durch entsprechende Strafverfahren ist bekannt geworden, dass dabei auch Machenschaften mit eindeutig kriminellem Charakter im Sinne des Strafrechts vorkommen. Dass dies nur die „Spitze des Eisbergs“ darstellt, behaupten – mit großem politischen Echo – Organisationen wie „Transparency International“.

Die Vorschriften der ärztlichen Berufsordnung zur Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten sind angesichts des hier wirksamen Kräfteverhältnisses ein schwacher Hebel.

Vorbild für die vorgeschlagene Regelung ist das derzeit in der politischen Beratung befindliche „Transparenz- und Publizitätsgesetz“, das Verhaltensstandards für deutsche Aktiengesellschaften sichern soll. Eine „Publizitätslösung“ erscheint marktwirtschaftlichen Aspekten konformer als die von Bundesministerin Schmidt erwogene Schaffung einer zusätzlichen Überwachungsbürokratie („nationaler Arzneimittelinspekteur“).

6. GOÄ-Honorar Leichenschau / Neuschaffung "Leichenschaubesuch"

Auf Antrag von Frau Dr. Fick, Dr. Kaplan und Dr. Jantzen (Drucksache VI-76) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesärztekammerausschuss „Gebührenordnung“ auf, folgende Änderungen bzw. Ergänzungen der GOÄ zu erreichen:

1. Einführung einer eigenen Besuchsgebühr zur Durchführung der Leichenschau mit Einführung einer entsprechenden Legende („Leichenschaubesuch“).
2. Einführung einer eigenen GOÄ-Ziffer für das Ausführen einer vorläufigen Leichenschau und das Ausstellen des entsprechenden vorläufigen Leichenschauscheins.
3. Leistungsgerechte Anhebung der Gebühr der GOÄ-Nr. 100 für die regelrechte Leichenschau selbst.

Begründung:

1. Auf Grund zweier Amtsgerichtsurteile (AG Herne/Wanne: Az. 2 C 380/98 und AG Oberhausen; 37), die die Abrechenbarkeit der Besuchsgebühr neben der Leichenschau verneint haben, und der unterschiedlichen Stellungnahmen der Bundesärztekammer (DÄ-Blatt 9. Juni 2000 und 22. Juni 2001), besteht im Augenblick Rechtsunsicherheit bezüglich der Abrechenbarkeit der GOÄ-Nr. 50 bei Durchführung einer Leichenschau. Da im ambulanten Bereich, meist unter ungünstigen Bedingungen, eine Leichenschau grundsätzlich einen Besuch erfordert, muss dieser Besuch auch „ohne symptombezogene Untersuchung“ abgerechnet werden können.
2. Die Abrechnung einer vorläufigen Leichenschau mit Ausstellung eines entsprechenden Leichenschauscheins nach GOÄ-Nr. 70 wird der Leistung in keiner Weise gerecht. Deshalb ist für diesen Leistungsabschnitt eine eigene Gebührenordnungsnummer erforderlich.

3. Auf Grund des in den Bestattungsverordnungen vorgeschriebenen Untersuchungsumfangs bei der Leichenschau und der aufwendigen Dokumentation ist die derzeitige Honorierung nicht mehr leistungsgerecht.

Vertragsärztliche Tätigkeit / Niederlassung

1. Zulassungsbeschränkungen nach § 103 SGB V

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

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Zulassungsbeschränkungen nach § 103 SGB V aufzuheben.

Begründung:

Die Voraussetzungen für eine Überversorgung sind in Anbetracht der sinkenden Arztzahlen, insbesondere im hausärztlichen Bereich, entfallen.

Die Bedarfsplanung erschwert die Neuniederlassung, die Zusammenarbeit in neuen Kooperationsformen und bedroht die wirtschaftliche Praxisführung.

Aus diesen Gründen ist der ärztliche Nachwuchs nicht mehr bereit, in die ambulante Versorgung der Bevölkerung zu gehen. Insbesondere neue Kooperationsformen wie fachübergreifende Praxismgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen sind nur schwer zu gründen. Einzelpraxen finden keinen Nachfolger, weil die Alleinverantwortung und der zeitliche Aufwand zu hoch erscheint und der finanzielle Aufwand nicht überschaubar ist.

2. Bürokratie und Dokumentationsflut in den ärztlichen Praxen

Auf Antrag von Frau Dr. Mehlhorn (Drucksache VI-32) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft, insbesondere die Vertragsärzteschaft, fordert die Politik auf, die Versorgung der Versicherten im vertragsärztlichen Bereich nicht noch mehr zu erschweren, indem immer mehr Bürokratie und Dokumentationswut in den Praxen einziehen.

Bei drohendem Ärztemangel, begrenzten Lebensarbeitszeiten und begrenzten finanziellen Mitteln führt dies zwangsläufig zum Entzug persönlich-ärztlicher Zuwendung.

3. Schwerpunktthema „Arbeitssituation der niedergelassenen Ärzte“ auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage

Auf Antrag von Dr. Joas und Dr. Lutz (Drucksache VI-47) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag in zweiter Lesung:

Einer der nächsten Deutsche Ärztetage möge sich als Schwerpunktthema mit der Arbeitssituation der niedergelassenen Ärzte befassen.

Begründung:

Der Deutsche Ärztetag in Ludwigshafen hatte es geschafft, nach langfristiger und guter Vorbereitung auf die problematischen Arbeitsbedingungen im stationären Bereich hinzuweisen. Das Interesse bei Medien und Bürgern war groß; ein Umdenken hat eingesetzt.

Die Redebeiträge bei der Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Ärztetages und im heutigen Plenum weisen auf die Umbruchsituation im ambulanten Bereich hin:

Ländliche Kassenarztsitze können nicht mehr besetzt werden;

unter Budget-Bedingungen kann eine hochwertige medizinische Versorgung nicht mehr erfolgen.

Der Arzt-Beruf wird zunehmend so unattraktiv, dass auch die Nachfrage für Studienplätze zurückgeht.

Der gesamte ambulante Bereich ist in keiner Weise auf die neue DRG-Situation vorbereitet.

Deshalb ist es notwendig, dass sich der Deutsche Ärztetag nachhaltig mit dieser Problematik beschäftigt.

4. Beschränkung der Niederlassung als Allgemeinärztin/-arzt

Der Antrag von Dr. Herrmann, Dr. Bartmann, R. Büchner, Dr. v. Kügelgen, Frau Dr. Müller (Drucksache VI-62) und der Änderungsantrag von Frau Müller-Mette, Dr. Herrmann, Dr. Bartmann, R. Büchner und Dr. von Kügelgen (Drucksache VI-62a) werden zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

- Drucksache VI-62:

Erneut fordert der Deutsche Ärztetag den Vorstand der Bundesärztekammer auf, mit allen ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten dafür einzutreten, die Bestimmungen des § 95 a SGB V aufzuheben, die die Möglichkeit der Niederlassung als Allgemeinärztin/-arzt nach dem 1. Januar 2006 bei denjenigen Ärztinnen und Ärzten ausschließen, die den Facharzt für Allgemeinmedizin nach 3-jähriger Weiterbildung erworben haben.

Begründung:

Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte mit 3-jähriger Weiterbildung, die sich z. B. durch Wehrdienst, Erziehungsurlaub, Entwicklungshilfezeiten o. Ä. bis zu diesem Zeitpunkt nicht niederlassen können, wären in einem unverhältnismäßigen Umfang benachteiligt.

Abgesehen davon ist die gesetzliche Regelung bei dem sich abzeichnenden Mangel an Allgemeinärztinnen und -ärzten kontraproduktiv und steht in krassem Missverhältnis zu den vielen fachlich unbefriedigenden Möglichkeiten, bis in die Gegenwart nach mehr oder weniger geeigneter Weiterbildung nur nach Übergangsbestimmungen Arzt für Allgemeinmedizin zu werden.

- Drucksache VI-62a:

Der Entschließungsantrag wird wie folgt ergänzt:

„Dies findet lediglich für Kolleginnen und Kollegen Anwendung, die ihre 3-jährige Weiterbildung bis Ende 1998 begonnen haben.“

Begründung:

Ohne diese zeitliche Begrenzung und Präzisierung bestünde die Gefahr, dass neben der 5-jährigen Weiterbildung auch eine 3-jährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht.

5. Sozialrecht darf ärztliches Berufsrecht im Hinblick auf die haus- und fachärztliche Versorgung nicht aushöhlen

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

Der Bundesgesetzgeber hat im Sozialgesetzbuch V die Trennung in einen haus- und fachärztlichen Bereich gesetzlich verankert.

Diese Differenzierung lässt sich im Bereich der Weiterbildungsordnung auf Landesebene nicht abbilden. Zwar leitet sich die Vorschrift des § 73 SGB V aus dem ärztlichen Berufsrecht her, durch sozialrechtliche Regelungen auf Bundesebene wird hier aber in unzulässiger Weise die landesrechtliche Zuständigkeit für das Facharztwesen verletzt, indem einzelne berufliche Tätigkeitsbereiche von Ärzten eingeschränkt werden.

Nachdem die Zuständigkeit des Bundes für die Zuordnung auf fachtypische Kernbereiche der einzelnen Gebiete nicht gegeben ist, wird die Bundesärztekammer aufgefordert, in der weiteren Diskussion die landesrechtliche Zuständigkeit für das Berufsrecht in den Mittelpunkt der weiteren Überlegungen zu stellen.

Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages / Vorstand Bundesärztekammer

1. Ergänzung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

Auf Antrag von Dr. Emminger (Drucksache VI-46) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag in Rostock beauftragt den Vorstand und die Geschäftsführung der Bundesärztekammer, zum nächsten Ärztetag eine Ergänzung des § 11 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage vorzubereiten. Hierbei soll festgelegt werden, dass schriftliche Anträge grundsätzlich nicht länger als eine DIN-A4-Seite sein sollen. Ausgenommen hiervon sind Anträge der Satzung der Bundesärztekammer, der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage, der (Muster-) Weiterbildungs- und Berufsordnung, sowie Anträge zum Finanzbericht und zum Haushaltsplan.

2. Vorstandsanträge zum Deutschen Ärztetag

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert Anträge des Vorstandes so rechtzeitig zu erstellen, dass sie 4 Wochen vor Beginn des Deutschen Ärztetages den Delegierten des Deutschen Ärztetages zugesandt werden können.

3. Versand von Ärztetagsanträgen

Der Antrag von Dr. Junker und Dr. Oberschelp (Drucksache VI-78) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Anträge sollten bis 14 Tage vor dem Deutschen Ärztetag eingereicht sein und an die Delegierten zur Kenntnis verschickt werden. Dies betrifft insbesondere Anträge des Vorstandes, „Leitanträge“ und Anträge über eine Seite.

Akute Anträge sollten eine Seite nicht überschreiten.

Begründung:

Akut eingereichte, z. T. mehrere Seiten lange Anträge sind unzumutbar und oft nicht sachgerecht zu beurteilen. Lange Gedankengänge können auch früher formuliert werden.

Verschiedenes

1. *Solidarität mit der tschechischen Ärztekammer*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-59) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Solidarität mit der tschechischen Ärztekammer

Der 105. Deutsche Ärztetag beglückwünscht die Kollegen der mitteleuropäischen Länder für den mutigen und erfolgreichen Aufbau von Ärztekammern im zurückliegenden Jahrzehnt. Wir sehen die Gründung oder Wiedereinrichtung von Ärztekammern als ein Zeichen der demokratischen Bewegung von Ärzten, die als Bürger freier Staaten Verantwortung gegenüber den Patienten und der Bevölkerung aktiv wahrnehmen und gestalten.

Die Versuche einiger tschechischer Politiker, die Ärztekammer wieder zu demontieren, werden vom Deutschen Ärztetag mit großer Sorge gesehen – auch wenn diese Politiker derzeit in der Minderheit sind.

Ärztliche Selbstverwaltung und die Übernahme von Verantwortung für öffentliche Aufgaben durch die Ärztekammern benötigen gleichermaßen die Beachtung der Berufsordnung, wie die Teilnahme aller Ärzte an der Selbstverwaltung, als auch das Recht, die Selbstverwaltung frei zu wählen. Der Versuch Ärztekammern zu Interessensverbänden zu degradieren, entspricht weder den differenzierten Anforderungen an die Ärztekammern, noch dem Prinzip der Subsidiarität.

2. *Dienstleistungen im Rahmen der GATS-Verhandlung*

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

Der Vorstand der BÄK wird gebeten die Thematik aufzuarbeiten und zu prüfen:

Der Deutsche Ärztetag möge sich umgehend Kenntnis verschaffen über die Zielsetzungen der laufenden Verhandlungen zur weiteren Liberalisierung von Dienstleistungen im Rahmen des GATS (General Agreement on Trade in Services) der Welthandelsorganisation WTO, soweit sie die Krankenversorgung in der BRD gefährden.

Der Deutsche Ärztetag möge sich mit allem ihm zu Gebote stehenden Nachdruck dafür einsetzen, dass eine Gefährdung der Gesundheitsversorgung in der BRD durch GATS jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt ausgeschlossen wird.

Dienstleistungen, die zur Daseinsfürsorge (neben Gesundheitsversorgung auch Bildung und Wasserversorgung) dienen, müssen von der Liberalisierung grundsätzlich ausgenommen werden, d. h., sie dürfen nicht dem freien Fluss der Marktkräfte ausgesetzt und staatlicher Regulierung entzogen werden, wie es das GATS derzeit vorsieht.

Begründung:

Entsprechend der letzten WHO-Verhandlungsrunde im November 2001 in Katar müssen alle beteiligten Länder (141 Staaten und die EU) bis Juni 2002 ihre Liberalisierungsforderungen formulieren und bis Ende März 2003 ihre eigenen Liberalisierungsangebote vorlegen.

Die Verhandlungsentwürfe der EU-Kommission wurden bisher dem Parlament nicht zugestellt, wohl aber den Wirtschaftsverbänden (dies mit der Bitte um Kommentar). Welche Forderungen der deutschen Wirtschaft bisher vorliegen, ist nicht bekannt. Laut Angaben der WTO gibt es jedoch keinen Dienstleistungsbereich, der a priori aus den Verhandlungen ausgeschlossen bleibt. Die Verhandlungen finden hinter verschlossenen Türen statt. Der bisherige Verlauf lässt darauf schließen, dass Forderungen der Industrie berücksichtigt bzw. übernommen werden. Es besteht die Gefahr, dass auf WTO-Ebene Entschlüsse gefasst werden, die über Jahre bindend sind, ohne dass die Öffentlichkeit und auch die Ärzteschaft davon erfahren hat und ohne dass parlamentarisch darüber beraten worden wäre.

Es ist davon auszugehen, dass potentielle Folgen bereits erfolgter und möglicher weiterer Liberalisierung bisher nicht bedacht, erforscht und bekannt sind. Laut einer „Kleinen Anfrage“ an den Bundestag von mehreren MdBs vom März 2002 gibt es lediglich eine EntschlieÙung des Europäischen Parlaments bezüglich der „genauen und vergleichbaren Bewertung der tatsächlichen Auswirkungen zur Liberalisierung der Leistungen der Daseinsfürsorge“. Danach sei klarzustellen, dass die WTO-Regeln das Recht der Mitgliedsstaaten, die Leistungen der Daseinsfürsorge zu reglementieren, nicht beeinträchtigen dürfen. Konsequenzen zur Umsetzung dieser EntschlieÙung gibt es offenbar nicht. Dagegen gibt es eindeutige Hinweise, dass industrielle Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen im In- und Ausland bereits dabei sind, den mit GATS entstehenden liberalisierten sehr lukrativen Dienstleistungsmarkt unter sich aufzuteilen. Die deutsche Ärzteschaft hat darüber bisher keine Informationen erhalten und somit ihre Position in versorgungsrelevanten Bereichen nicht einbringen können.

Auch die anstehenden Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem im Zusammenhang mit DRGs und DMP sind dazu angetan, unsere Gesundheitsversorgung im Sinne eines liberalisierten Marktes „marktgerecht“ zu machen. Deshalb müssen die Auswirkungen von DRGs und DMP auf die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung von der Ärzteschaft sorgfältig analysiert und validiert werden. Einer möglichen Gefährdung der Versorgung durch GATS muss unbedingt entgegen gewirkt werden.

3. Förderung der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit und gesundheitliche Aufklärung durch "medizin heute"

Der Antrag von Dr. König (Drucksache VI-66) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag beschließt die gesundheitspolitische Öffentlichkeitsarbeit und gesundheitliche Aufklärung dadurch zu fördern, dass die Privatpraxen wieder

mit „medizin heute“ beliefert werden. Wie in vergangenen Jahren werden die hierdurch entstehenden Kosten von der Bundesärztekammer übernommen.

Diejenigen Kassenärztlichen Vereinigungen, die keine Belieferung der Vertragspraxen mit „medizin heute“ mit dem Deutschen Ärzteverlag vereinbart haben, werden gebeten, die Verbreitung dieses Magazins – „Gesundheit für die ganze Familie“ – nicht nur im Praxis-Wartezimmer zu fördern.

Begründung:

Die Förderung der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit und gesundheitlichen Aufklärung wird häufig und weitgehend den Marketing-Abteilungen der Pharma-, Heil- und Hilfsmittelindustrie sowie den Apotheken überlassen.

Wenig sinnvoll erscheint es auch, zumindest im Wartezimmer u. a. Zeitschriften und Magazine auszulegen, die sich überwiegend kritisch mit der Ärzteschaft auseinandersetzen.

Der Entzug von Fördermitteln für „medizin heute“ ist vor diesem Hintergrund und angesichts des hohen Finanzmitteleinsatzes für Imagekampagnen und Arztbildungsprovisionen wenig nachvollziehbar.

Dies umso mehr, als die Ärzteschaft gemeinsam mit der Zahnärzteschaft über ein in der Öffentlichkeit in hohem Maße beachtetes Medium verfügt:

Laut Media-Analyse (MA 2002) rangiert „medizin heute“ im direkten Konkurrenzvergleich bei der Reichweite (Leser pro Ausgabe) vor „Vital“ und „Gesunde Medizin“, obwohl die Auflagenhöhe in den vergangenen Jahren von über 300.000 pro Ausgabe auf nun 143.000 zurückgefahren wurde. Ein Exemplar von „medizin heute“ wird im Schnitt von 7 Personen gelesen, findet also 6 Mitleser. Der Bekanntheitsgrad ist ausgesprochen hoch: 23,6 % der Gesamtbevölkerung über 14 Jahren kennen „medizin heute“. Sein weitester Leserkreis beträgt 3,3 Mio. Leser oder 1,17 Mio. pro Ausgabe. Damit nimmt – trotz alledem – „medizin heute“ eine Spitzenposition im Vergleich mit monatlich erscheinenden Gesundheits- und Elternzeitschriften sowie Titeln aus dem Bereich Wissenschaft/Technik/Kultur ein. Eine Analyse des Leserverhaltens ergab, dass 83 % der 26.032 Befragten Zeitschriften im Wartezimmer lesen.

Aus diesen Gründen ist die mehr als mangelnde Förderung der gesundheitspolitischen Öffentlichkeitsarbeit und gesundheitlichen Aufklärung durch „medizin heute“ nicht nachvollziehbar und durch Beschluss des 105. Deutschen Ärztetages aufzugeben. Dieses anerkannte Gesundheitsmagazin sollte verstärkt genutzt und finanziell gefördert werden.

4. *Plakatausstellung "Ärztinnen" auf dem 105. Deutschen Ärztetag*

Auf Antrag von Frau Groterath und Frau Dr. Ullmann (Drucksache VI-72) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag:

Die Informationen aus den Postern der Landesärztekammern zur Situation von Ärztinnen (Plakatausstellung während des 105. Deutschen Ärztetages) sollen zusammengestellt werden und den Landesärztekammern zur Verfügung gestellt werden (EDV-Verarbeitung).

Begründung:

Die nun vorhandene Datenzusammenstellung ermöglicht den Kolleginnen, z. B. in Arbeitskreisen, den Rückgriff auf die Datenlage zur Situation von Ärztinnen in Deutschland für ihre Arbeit in ihren Landesärztekammern.

5. Zu Punkt VII der Tagesordnung:

Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001)

1. *Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001)*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VII-1) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V., Münster.

Der Finanzbericht der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001) wird gebilligt.

6. Zu Punkt VIII der Tagesordnung:

Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001)

1. *Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001)*

Auf Antrag von Dr. J. Koch (Drucksache VIII-1) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2000/2001 (01.07.2000 – 30.06.2001) Entlastung erteilt.

7. Zu Punkt IX der Tagesordnung:

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

1. *Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002-30.06.2003)*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IX-1) beschließt der 105. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2002/2003 (01.07.2002 bis 30.06.2003) in Höhe von EUR 12.522.000 wird genehmigt.

2. Haushaltsvoranschlag

Der Antrag von Dr. Calles (Drucksache IX-2) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, im kommenden Jahr einen Haushaltsvoranschlag 2003/2004 mit einer zeitgemäßen und situationsangepassten Ausgabensteigerung für die Landesärztekammern von höchstens 2,5 – 3,5 % vorzulegen. Sollten weiterhin neue Aufgaben (z. B. von der Politik) zugewiesen werden, die zu weiteren Ausgaben führen, ist zu fordern, dass diese vom Verursacher finanziert werden. Auch die in den letzten Jahren erkennbaren erheblichen Personalmehrungen erfordert zwingend sofortige Zurückhaltung.

Für die Richtigkeit
Rostock, den 31. Mai 2002

Dr. Hans-Jürgen Maas

unter Mitwirkung von

Dr. Annegret Schoeller

Dr. Hans-Georg Krumpaszky

Dr. Bernhard Rochell

Anlagen