

BESCHLUSSPROTOKOLL
DES
99. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
vom 04.-08. Juni 1996
IN KÖLN

Inhaltsverzeichnis

Zu Punkt I der Tagesordnung:	Gesundheits- und Sozialpolitik	1
1.	Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens auch über die Jahrtausendwende hinaus sichern.....	1
2.	Prinzipien einer humanen Gesundheits- und Sozialpolitik	5
3.	Sicherung des Sozialstaates.....	6
4.	Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärzten im Krankenhaus	7
5.	Gesundheitsförderung	7
6.	Gesundheitspfennig auf Tabakwaren und Alkoholika	8
7.	Gesundheitsgefährdung durch BSE	9
8.	Ablehnung des Primärarztsystems	10
Zu Punkt II der Tagesordnung:	Das Wertebild der Ärzteschaft 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß	10
1.	Das Wertebild der Ärzteschaft 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß	10
2.	Dokumentation des Nürnberger Ärzteprozesses	11
3.	Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen	11
Zu Punkt III der Tagesordnung:	Die Medizinischen Hochschulen im Wandel des Gesundheitswesens.....	14
1.	Die Medizinischen Hochschulen im Wandel des Gesundheitswesens.....	14
2.	Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung	19
3.	Praktische Ausbildung an den Medizinischen Fakultäten.....	19
4.	Lehrfähigkeit und Lehrtätigkeit	20
5.	Einbeziehung nichtuniversitärer Einrichtungen der Krankenversorgung in die ärztliche Ausbildung	20
6.	Leistungsvergütung der Medizinischen Hochschulen.....	20
7.	Universitätskliniken und Hochschulförderung.....	21
8.	Liquidationsrecht.....	21
9.	Fonds für Lehrbeitrag der akademischen Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen	22
10.	Versorgungsbetten in Medizinischen Fakultäten	22
11.	Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin.....	22
12.	Einrichtung von pneumologischen Lehrstühlen.....	23
13.	Einrichtung von Lehrstühlen für Epidemiologie und Infektiologie	23
14.	Qualitätskriterien für die Berufung an Medizinische Fakultäten	23
15.	Frauengleichstellungspläne der Medizinischen Fakultäten	24
16.	Universitätsleitungsgremien	24
17.	Personalvertretung an Universitätskliniken.....	24
18.	Strukturreform der Medizinischen Hochschulen	25
19.	Pädagogische Zusatzqualifikation bei der Berufung an Medizinischen Fakultäten.....	25
20.	Stärkung der Lehrqualifikation	25
21.	Medizinische Forschung	25
Zu Punkt IV der Tagesordnung:	Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	26
1.	Verfahren zum Tagesordnungspunkt "Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	26
2.	Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	26
3.	Einführung der gebietsbezogenen allgemeinen Schmerztherapie in allen klinischen Gebieten	33
4.	Kosten für die Facharztweiterbildung	33
5.	Integration des ärztlichen Nachwuchses.....	34
6.	Obligatorische Praxisphase	35
7.	Neueinführung der Facharztkunde "Echokardiographie" im Gebiet Innere Medizin	36
8.	Umbenennung der Schwerpunktbezeichnung "Endokrinologie" in "Endokrinologie-Diabetologie".....	36
9.	Anrechnung der "Arbeits-/Betriebsmedizin" für die Weiterbildung in der Inneren Medizin	37
10.	Änderung der Weiterbildungszeiten in den Schwerpunkten des Gebietes Innere Medizin	38
11.	Neueinführung der Fachkunde "Bronchoskopie" im Gebiet der Inneren Medizin	38
12.	Weiterbildungsaufgaben zur Befugnis "Allgemeinmedizin"	39
13.	Einführung des Schwerpunktes "Infektiologie"	39
14.	Einführung der Zusatzbezeichnung "Suchtmedizin"	41
15.	Qualität allergologischer Leistungen.....	42
16.	Ergänzung der Zusatzbezeichnung "Homöopathie"	42

17. Einführung des Schwerpunktes "Infektiologie" in der Inneren Medizin und Pädiatrie	43
18. Änderung der Weiterbildungsordnung - Kinderheilkunde.....	44
19. Einführung der Zusatzbezeichnung "Diabetologie"	44
20. Finanzierung der Weiterbildung sichern	44
21. Ergänzung der Zusatzbezeichnung "Umweltmedizin"	45
22. Änderung der Zusatzbezeichnung "Flugmedizin" (1. Teil).....	45
23. Änderung der Zusatzbezeichnung "Flugmedizin" (2. Teil).....	46
24. Änderung der Fachkunde "Bronchoskopie" im Fachgebiet "Innere Medizin"	46
25. Gliederung im Fachgebiet der Neuropathologie	47
26. Änderung des § 4 Abs. 6 der Muster-WBO (angemessene Vergütung)	47
27. Neues Weiterbildungskonzept.....	48
28. Neugliederung der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin zur Lösung der Hausarzt/Facharzt-Problematik	48
29. Allgemeinmediziner als Hausärzte.....	51
30. Erhalt der Inneren Medizin als Basisfachgebiet.....	51
31. Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	52
32. Weiterbildungszeiten in der Allgemeinmedizin	53
33. Haus- und gebietsärztliche Tätigkeit von Internisten	53
Zu Punkt V der Tagesordnung: Novellierung der (Muster-)Berufsordnung	53
1. Novellierung der (Muster-)Berufsordnung.....	53
2. Novellierung der (Muster-)Berufsordnung.....	61
3. Führen von Bezeichnungen zur Struktur der Praxis	65
4. Gültigkeit der Berufsordnung auch für neue elektronische Medien	66
5. § 8 der Berufsordnung	66
6. Antrag zur Ergänzung des § 6 um einen Satz 3	66
7. Zweigpraxen	67
Zu Punkt VI der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer.....	67
1. Angleichung der Vergütungen in den neuen Bundesländern	67
2. Gebührenordnung für Ärzte.....	68
3. Standardtarif der Privaten Krankenversicherungen mißbilligen.....	68
4. Standardtarif der PKV	68
5. Keine Einheitshonorare	69
6. Teilzeitarbeit in der Arztpraxis	69
7. Freier Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung	69
8. Einheitliche Qualitätsmaßstäbe für versicherungsfinanzierte Prävention.....	70
9. Gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung klarstellen	71
10. Arbeitsschutz ist verbindlich	72
11. Ärztliche Verantwortung	72
12. Gegliederte ärztliche Verantwortungskette im Krankenhaus	72
13. Akutversorgung von Schlaganfallpatienten.....	73
14. Überstunden von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus	73
15. Arbeitszeitgesetz.....	74
16. Fehlzeiten-Regelungen während des Praktischen Jahres.....	74
17. Teilzeitausbildungsstellen für PJ zur Kinderbetreuung	75
18. Novellierung Approbationsordnung	75
19. Streichung der AiP-Phase	75
20. Fortbildung "Umweltmedizin"	76
21. Fortbildung "Suchtmedizin und Suchttherapie"	76
22. Berufliche Situation von Ärztinnen	76
23. Kennzeichnungspflicht für gentechnisch veränderte Lebensmittel	77
24. Besserer Gesundheitsschutz in der EU	78
25. Schadstoffbelastung in diätetischen Lebensmitteln	78
26. Erklärung des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie.....	80
27. Rituelle Verstümmelung weiblicher Genitalien.....	81
28. Die Rückführung von Flüchtlingen darf nicht zum erneuten Trauma füh- ren	82
29. Asylbewerberleistungsgesetz.....	83
30. Indikationen für IVF.....	83
31. Bayerisches Schwangerenberatungsgesetz	84
32. Impfschutz und ärztliche Verantwortlichkeit.....	85
33. Empfehlungen zur Arzneiverordnung	86

34. Rationale Arzneimitteltherapie	86
35. Neuordnung Unfallversicherungsrecht (SGB VII)	86
36. Veröffentlichung der Beschlüsse des DÄT	88
37. "Der Arzt im Krankenhaus - eine Standortbestimmung"	89
38. Verbesserung des Abstimmungsverfahrens	89
39. Gesundheits- und Sozialpolitik der Europäischen Union	89
40. Durchführung von Weiterbildungscurricula zur Speziellen Schmerz- therapie.....	90
41. Situation der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung	90
Zu Punkt VII der Tagesordnung: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1994/95 (1. Juli 1994 bis 30. Juni 1995)	91
1. Genehmigung des Jahresabschlusses 1994/95.....	91
Zu Punkt VIII der Tagesordnung: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1994/95 (1. Juli 1994 bis 30. Juni 1995)	91
1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäfts- jahr 1994/95	91
Zu Punkt IX der Tagesordnung: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1996/97 (1. Juli 1996 bis 30. Juni 1997).....	92
1. Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1996/97	92
2. Finanzbericht 1995 / 1996	92
3. Erhöhung der Aufwendungen und Erträge im Haushaltsvoranschlag 1996/97	92
Zu Punkt X der Tagesordnung: Wahl des Tagungsortes für den 102. Deutschen Ärztetag 1999	93
1. 102. Deutscher Ärztetag 1999 in Cottbus.....	93

ZU PUNKT I DER TAGESORDNUNG: GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK

1. Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens auch über die Jahrtausendwende hinaus sichern

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-1) faßt der 99. Deutsche Ärztetag unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Thomas (Drucksache I-1a (1. Lesung)), Frau Dr. Machnik (Drucksache I-1g (2. Lesung)) und Dr. Rohde (Drucksache I-1d (1. Lesung)) folgende EntschlieÙung:

1. Wirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Das schwierigste strukturelle Problem unserer Gesellschaft ist - bedingt durch eine Vielzahl von Gründen - die hohe Arbeitslosigkeit. Eine sinkende Lohnquote und ein dadurch verringertes Beitragsaufkommen haben auch die Gesundheits- und Sozialpolitik nicht unberührt gelassen.

Durch eine Steigerung der Lohnnebenkosten sowie durch eine Minderung der Beitragseinnahmen für die sozialen Sicherungssysteme sind die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen jedoch auch vom Gesetzgeber geprägt worden; zu einer weiteren Erhöhung der Lohnnebenkosten haben ebenso die Tarifvertragspartner über freiwillige Vereinbarungen beigetragen. Heckenschnittartige Sparmaßnahmen werden dieser Problemlage nicht gerecht; erforderlich ist vielmehr eine exakte Analyse und eine gemeinsame Suche nach Lösungen, die unsere sozialen Sicherungssysteme auf Dauer leistungsfähig und finanzierbar erhalten.

2. Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme - insbesondere die Krankenversicherung

Die alleinige Fixierung auf die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) genügt nicht. Unabhängig von der Leistungs- und Ausgabendynamik im Gesundheitswesen ist ein dramatischer Rückgang der Lohnquote am Volkseinkommen von 76,9 % im Jahr 1982 auf 72,1 % im Jahr 1993 zu verzeichnen. Es hätte in diesem Zeitraum keine Steigerung der Beitragssätze in der GKV gegeben, wenn die Lohnquote konstant geblieben wäre.

Arbeitsmarktpolitisch ist das Gesundheitswesen einer der wenigen Wachstumsmärkte. So ist nach einer kürzlich vorgelegten BASYS-Studie die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten im Gesundheitswesen in den alten Bundesländern von 1980 bis 1995 von knapp einer auf über eineinhalb Mio. um 50 % gestiegen. Rechnet man die Zahl der selbständig Tätigen und geringfügig Beschäftigten hinzu, liegt die Zahl der neugeschaffenen Arbeitsplätze noch weit höher. Da die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesamtwirtschaft im selben Zeitraum aber nur von 21 auf 22,5 Mio. wuchs, erhöhte sich damit der Beschäftigungsanteil im Gesundheitswesen von 4,7 % auf 7,0 %. Ferner ist nach dieser Studie der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 5,2 % auf 5,5 % - und damit deutlich geringer als die Beschäftigung - gestiegen. Daraus kann gefolgert werden, daß die Beschäftigungszuwächse mit unterdurchschnittlichen Einkommenszuwächsen erzielt wurden.

Mit einem seit 1970 nahezu unverändert gebliebenen Anteil von 8,9 % am Bruttoinlandsprodukt ist das Gesundheitswesen der größte Dienstleistungsbereich in Deutschland. Über zwei Millionen Beschäftigte erwirtschaften jährlich DM 300 Milliarden. Einseitige Spardiktate im Gesundheitswesen müssen daher - möglicherweise dramatische - Folgen für den Arbeitsmarkt haben. Der volkswirtschaftliche Beitrag des anerkannt hohen Leistungs- und Versorgungsniveaus des deutschen Gesundheitswesens ist gefährdet.

Die sozialen Sicherungssysteme dürfen nicht weiter durch versicherungsfremde Leistungen belastet werden. Bei einem großen Teil dieser Leistungen handelt es sich um gesellschaftspolitische Anliegen, die auch von der Gesellschaft als Ganzes, d. h. eben durch Steuern und nicht durch die Solidargemeinschaft der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bezahlen sind. Die überfällige Umverteilung dieser Lasten wäre auch ein wichtiger ordnungspolitischer Beitrag zu mehr sozialer Gerechtigkeit in unserer Gesellschaft.

3. Folgen von Budgets - Erhalt der Selbstverwaltungsstrukturen

Gesamtbudgets auf Dauer sind unvereinbar mit einer flächendeckenden und hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Solche Budgets werden vielen Patienten ganz oder teilweise medizinischen Fortschritt und Hochleistungsmedizin vorenthalten.

Über eine Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen allein können die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gelöst werden. Schon jetzt führt gewinnorientierter Wettbewerb der Krankenversicherungen tendenziell zur Risikoselektion. Erfahrungen im Ausland - z.B. mit Managed-Care-Modellen - zeigen, daß dieser Trend durch derartige Modelle begünstigt wird.

Die solidarischen Grundlagen unseres bewährten Versorgungssystems dürfen daher nicht durch solche Wettbewerbsmodelle gefährdet werden. Solidaritätsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung und gewinnorientierter Wettbewerb schließen sich gegenseitig aus. Auch im bestehenden System der gesetzlichen Krankenversicherung können jedoch neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen - insbesondere unter Aufhebung der bestehenden sektoralen Budgetierung - erprobt werden, so daß insoweit ein fairer Wettbewerb um die für die medizinische Versorgung effizienteste Versorgungsform erfolgen kann.

Dem Vorschlag der Krankenkassen, ein Einkaufsmodell an die Stelle kollektivvertraglicher Vereinbarungen zu setzen, wird nachdrücklich ebenso widersprochen wie allen politischen Vorschlägen, welche die bewährten Selbstverwaltungsstrukturen zerschlagen. Die Selbstverwaltung hat im Rahmen der ihr bisher gegebenen Möglichkeiten ihre Aufgaben zum Wohle der Patienten erfüllt.

4. Konkretisierung der Rechtsgrundlagen für Qualitätssicherung

Im Rahmen eines gestärkten Selbstverwaltungssystems ist die Ärzteschaft bereit, Verantwortung für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung zu übernehmen. Sie hat bereits für die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität erhebliche Vorleistungen und Voraussetzungen für die Zukunft erbracht. Eine an der Patientenversorgung orientierte Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung durch ein partnerschaftliches Verhältnis der Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen muß aber durch klare rechtliche Regelungen sichergestellt werden.

Die unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen auf Bundes- und Landesebene zur Qualitätssicherung führen heute zu Kompetenzüberschneidungen und Widersprüchen, die eine medizinisch-wissenschaftlich begründete, praktisch anwendbare und bezahlbare Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung erheblich erschweren oder gar unmöglich machen.

Der 99. Deutsche Ärztetag stellt erneut fest, daß auf der Grundlage der Kammer- bzw. Heilberufsgesetze der Länder die Ärztekammern aufgrund ihrer speziellen fachlichen Kompetenz für die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung zuständig sind. Die im SGB V verankerten gesetzlichen Grundlagen werden diesen Anforderungen nicht gerecht. Daher fordert der 99. Deutsche Ärztetag:

- Die gesetzlichen Bestimmungen über Qualitätssicherung im SGB V, insbesondere die §§ 137 ff, 115 b, 112 sind so zu gestalten, daß Kompetenzüberschneidungen zwischen Berufs- und Sozialrecht vermieden werden.

- Die gleichberechtigte Kooperation der verfaßten Ärzteschaft auf Bundes- und Landesebene mit Krankenkassen und Krankenhausträgern und gegebenenfalls weiteren Beteiligten ist gesetzlich entsprechend den sachlichen Erfordernissen zu regeln. Dabei ist zu beachten, daß die inhaltlichen Vorgaben für eine wissenschaftlich begründete und praktisch anwendbare Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung nur durch die Ärzteschaft selbst erfolgen können.

5. Weiterentwicklung patientengerechter Versorgungsstrukturen

Bei der Weiterentwicklung patientengerechter Versorgungsstrukturen steht die effiziente Verbindung zwischen ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung im Vordergrund. Hierzu müssen folgende Voraussetzungen, die die Entwicklung der Medizin berücksichtigen, erfüllt werden:

- Eine an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientierte sachgerechte Arbeitsteilung zwischen ambulanter haus- und fachärztlicher Versorgung einerseits und stationärer Versorgung andererseits. Die Leistung muß dort erbracht werden, wo sie am effizientesten durchgeführt werden kann; eine Doppelzuordnung gleicher Leistungen ist zu vermeiden.
- Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung muß auf einer personenbezogenen Grundlage durch dafür qualifizierte Ärzte erfolgen.
- Für die ambulante und stationäre Versorgung müssen die unterschiedlichen Finanzierungsarten und Vorhalteleistungen bei der Schaffung von Vertrags- und Vergütungsstrukturen berücksichtigt werden.

6. Aufgaben und Mitverantwortung von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen

Neben der Gestaltung der ärztlichen Weiter- und Fortbildung ist vor allem die Entwicklung qualitativer Vorgaben für die ärztliche Berufsausübung (z. B. durch Leitlinien und Empfehlungen) ein Aufgabenschwerpunkt der Ärztekammern. Dadurch tragen sie zu einer effizienten Mittelverwendung im Gesundheitswesen bei.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Finanzverantwortung gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungen.

Das Spannungsfeld zwischen der Einhaltung von medizinisch begründeten Leistungen nach Leitlinien, Richtlinien oder Standards einerseits und den knappen Ressourcen andererseits muß von der Ärzteschaft selbst durch eine enge Kooperation in gemeinsamer Arbeit von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gelöst werden.

Eine derart intensivierte Kooperation wäre zugleich ein wichtiger Schritt in Richtung einer sektorübergreifend organisierten ärztlichen Selbstverwaltung. Dies böte vor allem Perspektiven für eine zukünftig weitere Integration und Durchlässigkeit der ambulanten und stationären Krankenversorgung.

7. Schlußfolgerungen für eine patientengerechte Gesundheitsreform

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert daher für eine patientengerechte Gesundheitsreform:

- Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung mit dem Ziel, die sektoralen Abgrenzungen durch eine bessere Verbindung der einzelnen Versorgungsbereiche zu überwinden.
- Strukturierung nach den Versorgungserfordernissen der Patienten mit stärkerer personaler Integration von ambulanter und stationärer Versorgung, z.B. durch Kooperationsmodelle zur gemeinsamen Nutzung von Krankenhausspezialeinrichtungen und Großgeräten durch niedergelassene und Krankenhausärzte; Förderung des kooperativen Belegarztwesens sowie Verbesserung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten.

- Persönliche Ermächtigungen von Krankenhausärzten unter Berücksichtigung der Bedarfsfrage und der Notwendigkeit von Überweisungen sind zu fördern, und zwar unter voller Berücksichtigung des § 116 SGB V und des § 31 der Zulassungsverordnung-Ärzte.
- Stärkung der Selbstverwaltung und Gewährleistung von Ausgewogenheit in den Beziehungen zwischen Ärzten, Krankenkassen und Krankenhausträgern mit einem wirksamen Steuerungsinstrumentarium zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in den einzelnen Leistungsbereichen.
- Gewährleistung von differenzierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen in unmittelbarem Zusammenwirken der Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenversicherungen.
- Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages für die vertragsärztliche Versorgung als Voraussetzung für die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden, guten und kostengünstigen vertragsärztlichen Versorgung mit der Möglichkeit der Vereinbarung von differenzierten Versorgungs- und Vergütungsmodellen, soweit dadurch die notwendige flächendeckende Versorgung nicht tangiert und der erforderliche Versicherungsschutz nicht eingeschränkt wird.
- Sicherstellung der Finanzierung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung, d.h. eines nach Leistungsfähigkeit gestuften und flächendeckend gegliederten Systems von wohnortnahen Krankenhäusern mit differenzierter medizinischer Aufgabenstellung.
- Strukturreform der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes (Teamarzt-Modelle).
- Klarstellung der gesetzlichen Grundlagen zur Zuständigkeit der Ärztekammern für die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung.
- Erhaltung des bewährten gegliederten Krankenversicherungssystems mit Aufgabenteilung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung als solidarisch finanzierter Sozialversicherung und der privaten Krankenversicherung als risikoäquivalenter Privatversicherung.
- Entlastung des Leistungskataloges um krankenversicherungsfremde Leistungen.
- Differenzierung des Leistungskataloges in solidarisch zu finanzierende Leistungen und satzungsgemäße Zusatzleistungen.
- Überprüfung der Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitswesens angesichts der rückläufigen Lohnquote.

2. Prinzipien einer humanen Gesundheits- und Sozialpolitik

Auf Antrag von Prof. Dr. Mausbach (Drucksache I-2) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Für Gesundheitssicherung und soziale Gerechtigkeit

Als Ärztinnen und Ärzte kann es uns nicht unbeteiligt lassen, daß in den letzten Jahren in Deutschland neue soziale Not und neue Armut entstanden sind.

- Mehr als 5 Millionen Sozialhilfeempfänger.
- Hohe Dauerarbeitslosigkeit und steigende Obdachlosigkeit.

Über den Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage gibt es gesicherte Erkenntnisse. Kranke, Behinderte und sozial Schwache brauchen besonders den Schutz der Sozialversicherung. Weitere Einschnitte in das bewährte System der Krankenversicherung, ausufernde Selbstbeteiligung und weiteren Sozialabbau in anderen Bereichen lehnen wir deshalb ab. Wir treten dafür ein, die Solidargemeinschaft so auszubauen, daß die ärztliche Versorgung für die sozial Benachteiligten auch

in Krisenzeiten erhalten bleibt. Die gleichgewichtige Finanzierung der Sozialversicherung ist hierfür eine wichtige Voraussetzung.

Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zu reduzieren und die Kranken zusätzlich zu ihrem Leiden auch noch finanziell zu belasten, verstößt gegen die soziale Gerechtigkeit.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die Bundesregierung, die Prinzipien einer humanen Gesundheit- und Sozialpolitik zu bewahren und keine weiteren Einschnitte in das Netz der sozialen Sicherung vorzunehmen.

Weiterer Sozialabbau könnte zusätzliche Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung nach sich ziehen. Unter Berufung auf die europäische Sozialcharta treten wir dafür ein, jeden weiteren Sozialabbau, der gesundheitlich bedenkliche Folgen erwarten ließe und die Krankheitsbekämpfung erschweren könnte, zu verhüten und im Gegenteil bewährte und für die Zukunft wichtige Maßnahmen der Krankheitsverhütung inhaltlich auszubauen und finanziell abzusichern.

3. Sicherung des Sozialstaates

Auf Antrag von Prof. Dr. Mausbach (Drucksache I-3) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Sicherung der Gesundheit und der sozialen Lebensqualität einer Gesellschaft setzen den Sozialstaat voraus. Die leidvollen Erfahrungen der Weimarer Republik haben das Grundgesetz so mitgeprägt, daß unserer Demokratie ein sozialstaatliches Fundament gegeben wurde. Dieses sozialstaatliche Fundament hat auch die Entwicklung des Gesundheitswesens maßgeblich und wohltuend beeinflußt.

Nach den sich immer mehr häufenden Einschnitten in das soziale und gesundheitliche Sicherungsnetz haben am 8. Mai 1996 die folgenden Verbände übereinstimmend erklärt, daß der Sozialstaat in diesem Lande gefährdet sei: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., Diakonisches Werk der EKD e.V., Deutscher Caritasverband e.V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V., Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Rentner Deutschlands e.V., Zentralwohlfahrtsverband der Juden in Deutschland e.V.

Der Deutsche Ärztetag teilt die Sorge um die sozialstaatliche Zukunft und ruft die Bundesregierung auf, den Sozialstaat zu sichern und weiterzuentwickeln.

Unsere Sorge bezieht sich vor allem auf den Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit und Arbeitslosigkeit und Krankheit. Wir denken an die Gefährdungen in der Arbeitswelt. Wir denken an die chronisch Kranken. Wir denken an die Behinderten. Wir denken an die Entwicklung des Krankheitspektrums mit der Zunahme der Herz-Kreislauf-Krankheiten und der Krebserkrankungen. Nur die Erhaltung sozialstaatlicher Rahmenbedingungen kann das Gesundheitswesen so fördern, daß für die von Krankheit Betroffenen mehr getan und zugleich eine wirkliche an den Ursachen ansetzende Krankheitsverhütung für die Zukunft entwickelt werden kann. Deshalb treten wir als Ärztinnen und Ärzte in Übereinstimmung mit Artikel 20, Absatz 1 GG für die Erhaltung und den Ausbau des Sozialstaates ein.

4. Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärzten im Krankenhaus

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache I-4) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag geht bei einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Ärzten im Krankenhaus von folgenden Grundsätzen aus:

- Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit (Verzahnung) zwischen ambulanter und stationärer ärztlicher patientenorientierter Versorgung ist eine Verbesserung der Kollegialität. Zum Beispiel könnten Gesprächszirkel mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten diese Kollegialität fördern.
- Für einen verbesserten Informationsfluß zwischen den Kollegen im ambulanten und stationären Bereich ist zu sorgen. Die Zusammenarbeit zwischen allen unmittelbar beteiligten Ärzten wird gefördert, wenn ein direkter Datenfluß mit einer Sicherung des Datenschutzes, unter Berücksichtigung einheitlicher Dokumentationsstandards angestrebt wird. Der onkologische Versorgungsbereich könnte hier beispielgebend sein.
- Persönliche Ermächtigungen von Krankenhausärzten unter Berücksichtigung der Bedarfsfrage und der Notwendigkeit von Überweisungen sind zu fördern, und zwar unter voller Berücksichtigung des § 116 SGB V und des § 31 der Zulassungsverordnung-Ärzte.
- Eine Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen durch die ärztliche Selbstverwaltung muß unter gleichen Bedingungen im ambulanten und stationären Bereich durchgeführt werden.
- Kooperationsmodelle müssen Wettbewerbsverzerrungen zwischen Praxis und Krankenhaus vermeiden. Daher sind bei allen Kooperationsformen finanzielle und organisatorische Auswirkungen sowohl auf niedergelassene Ärzte als auch auf Krankenhausärzte zu beachten. Das gilt nicht nur für die Investitionsbereiche, sondern auch für die Verantwortung in allen Behandlungsabläufen.

5. Gesundheitsförderung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (ehemals Drucksache VI-7 / neu Drucksache I-5) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag begrüÙt die Pläne der Regierungskoalition, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Beitragsentlastungsgesetz durch eine Änderung des § 20 Sozialgesetzbuch V gesundheitsfördernde Maßnahmen der Krankenkassen, die als reine Marketingmaßnahmen angeboten werden, wie z. B. Indoor-Climbing und Jazz-Dance, nicht mehr als Pflichtleistung zu finanzieren. Er wendet sich aber entschieden gegen eine komplette Streichung der Gesundheitsförderung im § 20 SGB V.

Gesundheitsförderung ist eine sinnvolle und unverzichtbare Ergänzung der traditionellen medizinischen Versorgung.

Anstatt eine solidarisch-finanzierte Gesundheitsförderung pauschal abzulehnen, muß stärker als bisher die Qualität gesundheitsfördernder Angebote evaluiert, gesichert und verbessert werden. Es ist zu gewährleisten, daß alle Präventionsangebote medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien genügen, qualitätsgesichert sind und durch eine Begleitforschung auch langfristig geprüft werden. Die Ärzteschaft steht hierzu mit ihrem Sachverstand zur Verfügung und empfiehlt eine gesetzliche Regelung, in der die Selbstverwaltung der Ärzteschaft und die Krankenkassen miteinander Maßnahmen der Gesundheitsförderung abstimmen.

6. Gesundheitspennig auf Tabakwaren und Alkoholika

Auf Antrag von Dr. Huttel (Drucksache I-6) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag empfiehlt der Bundesregierung, die bereits 1992 angedachte, zweckgebundene Gesundheitsabgabe auf Tabakwaren und Alkoholika jetzt umzusetzen.

Die Ärzteschaft legt hierzu ein Modell vor (siehe unten).

Es sieht eine zweckgebundene Abgabe auf Tabakwaren und Alkoholika vor, die den Krankenkassen zur Krankenbehandlung zur Verfügung gestellt wird.

Die Abgabe soll behutsam und nicht dirigistisch sein. Sie wird kostenneutral zusammen mit den entsprechenden Konsumsteuern erhoben und von den Krankenkassen untereinander verteilt.

Auf diese Weise mündet Risikoverhalten in eine Risikoversorge und der Zugang zum Sparen allein an Kranken, Behinderten und sozial Schwachen wird abgebremst.

Modell einer zweckgebundenen Gesundheitsabgabe im Sinne einer Selbstbeteiligung ohne Kontrollbedarf, die dem individuellen Risikoverhalten automatisch folgt und dadurch zur Entlastung aller Beitragszahler in den Krankenkassen führt.

Erhebungsweise: die zweckgebundene Verbraucherabgabe lehnt sich an den bereits funktionierenden Apparat der jeweiligen Steuern (Tabak- und Alkoholsteuer) an. Ihre Erhebung ist daher praktisch kostenneutral.

Verteilungsmodus: die Gesundheitsabgabe wird vollständig an die Krankenkassen überwiesen, die die Verteilung der Mittel untereinander regeln, so daß die Mittel in vollem Umfang der Krankenbehandlung zugute kommen. Ein sinnvolles Kriterium hierfür wäre z.B. die Anzahl der vollversicherten Mitglieder.

Volumen: auf der Basis der vorläufigen Verbrauchsdaten aus 1995 - die weitgehend den gesicherten Daten für 1994 entsprechen - ergibt sich bei nur mäßiger, nicht verbrauchssteuernder Dimensionierung der Gesundheitsabgabe ein erwartetes Volumen um rund drei Milliarden DM jährlich, die zur Beitragssatzstabilisierung wesentlich sicherer beitragen können als Streichungsmaßnahmen mit nicht berechneten gesamtwirtschaftlichen Folgekosten (**antizyklischer Effekt**).

Das Volumen ergibt sich auf der Basis der Verbrauchsdaten 1995 (Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden) wie folgt:

Gesundheitsabgabe auf Alkoholika			erbringt cirka
Bier	10 Pf/L	= 5 Pf auf die 0,5 L-Flasche = 3,3 Pf auf die 0,33 L-Flasche	1,069 Mrd. DM
Schaumwein	30 Pf/L	= 21 Pf auf die 0,7 L-Flasche	117 534 Mio. DM
Branntwein	192 Pf/L reiner Alkohol (96 Vol.%) entsprechend ca. 51 Pf. auf eine 0,7 L-Flasche eines 38-%igen Likörs		376 132 Mio. DM

(Wein: da keine Weinsteuern erhoben wird, derzeit nicht einbezogen, um nicht das gesamte Vorhaben zu gefährden)

Gesundheitsabgabe auf Tabakwaren			erbringt cirka
Zigaretten	1 Pf/Zigarette		1,345 Mrd. DM

Zigarren	5 Pf/Zigarre	69,305 Mio. DM
Feinschnitt-Tabak	5 DM/kg entspr. 25 Pf/50g	76,881 Mio. DM
Pfeifentabak	5 DM/kg - dto. -	5,586 Mio. DM
	Total cirka	3,059 Mrd. DM

7. Gesundheitsgefährdung durch BSE

Auf Antrag von Dr. Möhrle (Drucksache I-7) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag begrüÙt die Bemühungen des Bundesministers für Gesundheit und der Bundesregierung aus jüngerer Zeit, die Bevölkerung unseres Landes vor den möglichen Gefahren der BSE-Erkrankung zu schützen.

Die Bundesregierung wie auch alle Politiker der Europäischen Union werden aufgefordert, ihrer Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung ihrer Staaten gerecht zu werden und ohne Rücksicht auf wirtschaftliche Interessen alles zu tun, um eine Ausbreitung der BSE-Seuche zu verhindern.

Begründung:

Noch besteht keine völlige Klarheit darüber, ob BSE auf Menschen übertragbar ist und eine CJD-ähnliche Erkrankung auslöst. Die bisher vorliegenden Ergebnisse und die Meinung namhafter Wissenschaftler sprechen jedoch mit großer Wahrscheinlichkeit dafür.

Da die Folgen einer Ausbreitung von BSE und der möglicherweise bei Menschen ausgelösten Erkrankung für die Weltbevölkerung unvorstellbar ernst wären, muß bis einer endgültigen wissenschaftlichen Klärung mit allen Mitteln verhindert werden, daß jegliche Gewebe oder Produkte von Tieren, die möglicherweise mit BSE infiziert sind, aus betroffenen Staaten exportiert werden. Wirtschaftliche Interessen müssen hinter dieser gesundheitspolitischen Maßnahme zurücktreten.

Zugleich sollte die Verfütterung von Tiermehl an Pflanzenfresser verboten und insgesamt auf ein Mindestmaß beschränkt werden.

8. Ablehnung des Primärarztsystems

Auf Antrag von Dr. Stöckle (Drucksache I-8) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zur Erhaltung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung auch in Zukunft wird das Primärarztssystem abgelehnt.

ZU PUNKT II DER TAGESORDNUNG: DAS WERTEBILD DER ÄZTESCHAFT 50 JAHRE NACH DEM NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESS

1. Das Wertebild der Ärzteschaft 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II-1) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn Weyers (Drucksache II-1b) und Dr. v. Ascheraden (Drucksache II-1c) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. DEUTSCHE ÄRZTETAG 1996 IN KÖLN gedenkt der Opfer des Nationalsozialismus und erinnert 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß an Leiden und Tod, die Menschen auch aus der Hand von Ärzten erfahren haben.

In kriminellen Aktionen haben Ärzte im Nationalsozialismus an unmenschlichen Versuchen teilgenommen, ihnen Anvertraute verraten, Beistand und Hilfe versagt.

Ohne Not haben Ärzte Tod und Leiden von Menschen in verachtenswerter Weise herbeigeführt, angeordnet oder gnadenlos verwaltet.

Verführt vom Zeitgeist der Diktatur sind Ärzte willig einer unmenschlichen Ideologie gefolgt und haben die Grundwerte der Ärzteschaft verraten.

Eingeschüchtert von der Gewalt des nationalsozialistischen Unrechtsstaates haben auch Ärzte weggesehen oder geschwiegen.

Wir, die deutschen Ärzte im Jahre 1996 sind betroffen von diesem Unrecht und trauern um Opfer und Leid, die Ärzte im Nationalsozialismus verursacht haben. Wir schauen zurück auf 50 Jahre, in denen wir uns bemüht haben, Lehren aus einem Unrecht zu ziehen, das Ärzte begangen haben.

Wir mahnen, die Unabhängigkeit der ethischen Grundnormen unseres Berufes auch in der ärztlichen Vertretung gegen Zeitgeist und staatliche Eingriffe zu bewahren. Dazu gehören:

Die Achtung vor der Würde des Menschen.

Die Achtung vor dem Lebensrecht des Menschen.

Die Achtung des Selbstbestimmungsrechts der Menschen.

Die Pflicht, dem Patienten nicht zu schaden und nach bestem Wissen und Gewissen seinem Wohle zu dienen.

Die Pflicht zur Verschwiegenheit.

Die Pflicht zur Menschlichkeit.

Die Ärztinnen und Ärzte, die widerstanden haben, sind unser Vorbild.

2. Dokumentation des Nürnberger Ärzteprozesses

Der Antrag von Dr. Schagen (Drucksache II-2) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

1. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Herausgabe der Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln zu fördern.
2. Dazu gehört insbesondere die Prüfung, bis zur Beratung des TOP IX auf diesem Ärztetag festzustellen, in welcher Weise eine finanzielle Unterstützung über den Haushalt möglich ist.

3. Aus der Vergangenheit für die Zukunft lernen

Der Antrag von Dr. Huber (Drucksache II-4) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 99. Deutsche Ärztetag 1996 in Köln bekräftigt die Aussagen auf dem 92. Deutschen Ärztetag 1989 in Berlin, wo Richard Toellner als Referent u.a. folgendes ausdrückte:

1. Die Zahlen sind erschreckend und erschütternd!
Wir müssen "erinnern. (Alle Zahlen in der Größenordnung zuverlässig geschätzt nach unten abgerundet, jeweils die untere Grenze):
 - 6.000 Kollegen diskriminiert, gedemütigt, verfolgt, ihrer Existenzgrundlage beraubt, vertrieben, deportiert, ermordet, nur weil sie "nicht arisch" - welcher Begriff! - oder politisch mißliebig waren. Wo blieb die standesethisch geforderte Kollegialität und Loyalität mit den Standesgenossen ?
 - 250.000 Menschen zwangsweise sterilisiert, denunziert, verurteilt, operiert durch Ärzte. 5.000 starben an den Folgen der Operation.
 - 5.000 hilflose Kinder erfaßt, begutachtet, selektiert, verurteilt, ermordet, eingeschläfert, "abgespritzt" (Terminus technicus), dem Hungertod ausgesetzt durch Ärzte. Tötung, so sagt das Strafgesetz, ist Mord, wenn sie "heimtückisch, grausam oder aus niederen Beweggründen" geschieht.
 - 70.000 geistig und körperlich behinderte Menschen, Altersschwache, Kriegsinvaliden darunter, insgesamt alles "Volksgenossen", erfaßt, verurteilt, ermordet durch Ärzte. Die Kranken über ihr Schicksal getäuscht, die Angehörigen auf die heuchlerischste und infamste Weise belogen. 70.000 bis zum offiziellen Ende der Aktion T4 (1939 - 1941), wie viele Tote es noch in der inoffiziellen Fortführung der Euthanasie-Aktion bis Kriegsende wurden, wir wissen es nicht. Wir kennen auch nicht die Anzahl der Kriegsgefangenen, Fremdarbeiter, Volksgenossen, die systematisch durch Arbeit und Hunger unter der Aufsicht von Ärzten vernichtet wurden.
 - Hunderte hilf- und wehrloser Menschen wurden durch medizinische Versuche gequält, gefoltert, getötet von Ärzten. Wir kennen ihre Zahl noch nicht, entdecken immer noch neue "Forschungsunternehmen" dieser Art, nicht nur in Konzentrationslagern. Wenn damals verstoßen wurde gegen den Satz, daß gute Zwecke niemals böse Mittel heiligen könnten, dann wird bis heute vergessen, daß böse Mittel auch die guten Zwecke verderben. Der objektive Wert der Forschungsergebnisse mag sein, welcher er will, durch die Art, wie sie gewonnen wurden, sind sie verwerflich und müssen geächtet werden.
 - Und schließlich der Völkermord. Fünf Millionen Menschen erschlagen, erschossen, bei lebendigem Leibe verbrannt, vergast. Der leitende Lagerarzt von Auschwitz, Dr. Eduard Wirths, der nach Aussage seines Kommandanten, die - so wörtlich - "von ihm verlangten Tötungen mit seinem Gewissen nicht vereinbaren" konnte, legte gesteigerten Wert darauf, daß die Selektionen an der Rampe, die Organisation und Durchführung der Tötung ärztliche Aufgaben waren. Wir wissen nicht, wieviele Ärzte sich gegen ihr ärztliches Gewissen zu Instrumenten der Machthaber machten, ihre ärztliche Kompetenz für ein zutiefst unärztliches Tun mißbrauchen ließen".
2. Massenmord wurde als Normalität akzeptiert

"Wir wissen nur, daß ihre Zahl vielfach größer gewesen sein muß als die dreihundertfünfzig, die bisher immer genannt wird. Wir wissen, daß sie keine Psychopathen oder Teufel waren, obwohl sie an ihren Opfern teuflisch handelten. Sie waren bedeutende Gelehrte, hervorragende Wissenschaftler, angesehene Ärzte in hohen Rängen und leitenden Stellungen, anständige Bürger, liebevolle Familienväter, unter den jüngeren waren wohlgezogene, gebildete, intelligente, ehrgeizige, profilierte Leute, wie Mengele; und natürlich ebenso unbedarfte, kleinkarierte, höchst mittelmäßige, dumpfe Naturen, angepaßt in Denken und Verhalten, wie Mennecke. Kurz, das ganze Spektrum der Normalität in einer großen sozialen Gruppe, wie der Ärzteschaft, war vertreten und sie wußten alle, was sie taten. (.....)

Wohlgemerkt: uns geht es um den Balken im eigenen Auge, nicht um den Splitter im Auge des Anderen. Es geht nicht um das Verhalten der Kirchen, der Justiz, der Militärs, der Wirtschaftskapitäne, der naturwissenschaftlichen-technischen Intelligenz, der Künstler, der Lehrerschaft, der Handwerkerschaft, der Arbeiterschaft etc. Es geht um das Verhalten der Ärzteschaft auf ihrem ureigenen Feld und in ihrem ureigenen Verantwortungsbereich. (....)

Eine Ärzteschaft aber, die Massenmord an Kranken als Normalität akzeptiert, ja in großen Teilen ausdrücklich als richtig, notwendig und gemeinschaftsdienlich bejaht, hat ihren Auftrag verraten, hat versagt, macht sich moralisch insgesamt schuldig, unabhängig davon, wie viele ihrer Mitglieder an

diesem Krankenmord konkret, mittelbar - oder unmittelbar in juristisch zurechenbarer Weise schuldig waren. (...)"

3. Die Last ist die Lehre!

"Der Verrat an den selbstverständlichen Pflichten ärztlicher Berufsausübung war die Schuld der Ärzte im dritten Reich, die Schuld der Ärzteschaft, daß sie diesen genuinen Kernbereich ärztlicher Handlung und Verantwortung nicht gesichert hat gegen die Zumutung, das ärztliche Gewissen außer Kraft zu setzen.

Der Himmel über der deutschen Geschichte ist seither verdunkelt durch den schwarzen Rauch, der aus den Krematorien deutscher Vernichtungslager aufgestiegen ist. Wir treten aus den Schatten unserer Vergangenheit nicht heraus, wenn wir verschweigen, verdrängen, verleugnen, dämonisieren, beschönigen, entschuldigen, erklären oder gar reduzieren auf formaljuristische Straftatbestände. Wir können nur dann aufrecht, würdig und frei mit dem unauslöschlichen Kainsmal leben, wenn wir uns zu der Schuld der Väter bekennen und bereit sind, zu deren Folgen zu stehen." (...)

Wir konstatieren "aus den Erfahrungen der Ärzte im Dritten Reich

- wo der Arzt sich zum Instrument machen läßt,
- wo der Arzt sich seine unteilbare Verantwortung für sein ärztliches Handeln und Entscheiden abnehmen läßt oder delegiert,
- wo der Arzt nicht Leben schützt und bewahrt, sondern ausliefert und tötet,
- wo der Arzt sich anmaßt, über Wert oder Unwert eines Menschenlebens zu entscheiden,
- wo der Arzt die Personalität und Individualität seines Patienten, wo er dessen Würde und Selbstbestimmungsrecht nicht achtet, ehrt und respektiert,
- wo der Arzt fremde, eigene oder Interessen dritter, über das Wohl des ihm vertrauenden und anvertrauten Patienten stellt,
- wo eine Ärzteschaft diese sittlichen Normen ärztlichen Handelns nicht sichert und schützt,
- wo eine Ärzteschaft diese Normen ärztlichen Handelns nicht täglich einübt und vorlebt, sondern nur kodifiziert und in Festtagsreden beschwört,

da sind Ärzte in Gefahr, ihren Beruf, ihren Auftrag, sich selbst zu verraten. Die Geschichte der Ärzte im Dritten Reich lehrt es. Die Ärzte im Dritten Reich haben uns eine schwere Last hinterlassen für jetzt und in alle Zukunft. Erinnern wir uns dieser Last. Lernen wir sie kennen, wirklich kennen."

ZU PUNKT III DER TAGESORDNUNG: DIE MEDIZINISCHEN HOCHSCHULEN IM WANDEL DES GESUNDHEITSWESENS

Einheit von Forschung, Lehre, Krankenversorgung und Ausbildung

1. Die Medizinischen Hochschulen im Wandel des Gesundheitswesens

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-1) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag beschließt folgende Stellungnahme zum Thema "Die Medizinischen Hochschulen im Wandel des Gesundheitswesens":

Die medizinischen Hochschulen im Wandel des Gesundheitswesens

Präambel:

Die Medizinischen Fakultäten und die Universitätskliniken als Stätten der Hochleistungsmedizin stehen derzeit aus vielerlei Gründen vor großen Herausforderungen: die Auswirkungen des GSG, die Diskussion über eine neue ärztliche Approbationsordnung, die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes und nicht zuletzt eine zunehmend "kritische Öffentlichkeit" als Beobachter jedweder Aktivitäten bestimmen ihren Alltag. Sie sind in besonderer Weise Opfer der "Fortschrittsfalle" bei eingeschränkten Ressourcen. Zudem findet vermehrt ein -auch innerärztlicher- Diskurs statt, ob den Medizinstudenten praxisnahe, an den Belangen der Alltagsmedizin ausgerichtet Ausbildungsinhalte dort noch umfassend zu vermitteln sind.

Damit die Medizinischen Fakultäten und die Universitätskliniken ihre Aufgaben aber auch in Zukunft wahrnehmen können, ist eine überzeugende Analyse und Bestandsaufnahme erforderlich, um Optimierungen zu erreichen.

Die Effizienz der Medizinischen Fakultäten könnte insbesondere gesteigert werden durch: vermehrte Bereitschaft, Lehrverpflichtungen persönlich wahrzunehmen, Konzentration der Lehre auf die wesentlichen Inhalte des eigenen Fachgebietes, unter Beachtung wesentlicher Anliegen aller Disziplinen, Verbesserung der Qualifikation im Umgang mit Kommunikationstechniken, Steigerung des Bewußtseins für Management-, Marketing-, Personalführungs-, und Betriebsführungsaufgaben.

Diskutiert wird auch die Qualität der Lehre. Gefordert werden eine verstärkte Ausrichtung des Unterrichts auf die ärztliche Praxis, die Intensivierung des Patienten- statt Technikbezugs sowie didaktisch begründete Schwerpunktbildungen.

1. Leitgedanken

Medizinische Fakultäten müssen auch künftig die einzig legitimierten und von der Gesellschaft dafür ausgestatteten Einrichtungen ärztlicher Ausbildung bis zu deren Abschluß sein. Hierzu darf es keine Alternative geben! Ihre Aufgaben, Lehre und deren Qualitätssicherung, Forschung und Krankenversorgung müssen bestehen bleiben, damit sie ihrem umfassenden Auftrag gerecht werden können. Besondere Bedeutung hat die Qualitätssicherung in der Lehre. Es ist unabdingbar, daß die theoretischen Grundlagen zur Ausübung des ärztlichen Berufes in einem wissenschaftlichen Studium vermittelt werden, da nur so ausreichende Kritikfähigkeit und Erkenntnisfähigkeit entstehen können.

Die medizinischen Fakultäten haben in besonderer Weise die Aufgabe, den medizinischen Fortschritt voranzubringen, die medizinische Forschung zu vertreten und deren Ergebnisse in die Krankenversorgung einzubringen. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, müssen strukturelle Änderungen vorgenommen werden und sachgerechte Verantwortungsbereiche geschaffen werden.

2. Gesellschaftliche Rahmenbindungen

Vielfältige gesellschaftliche Entwicklungen beeinflussen die zukünftigen Rahmenbedingungen, auch die des Arztberufes. Pluralistische Orientierung oder gar Orientierungslosigkeit, anhaltend hohe Arbeitslosigkeit und veränderte Lebensarbeitszeit bei steigender Lebenserwartung führen zu Instabilitäten der Gesellschaft. Bislang funktionierende Generationsverträge erfordern dringend neue Konzepte, deren Gültigkeit nicht zuletzt durch Zunahme der Bedeutung des Migrationsverhaltens der (Welt-) Bevölkerung ständig zu überprüfen sein werden.

Knappheit der Ressourcen Zeit und Geld erzwingt Rationalisierungen und droht Rationierungen in nahezu allen Bereichen zur Folge zu haben und führt insbesondere zu weiteren Unsicherheiten sozialer Sicherungssysteme, auch wegen ständiger Verringerung des Wirtschaftswachstums.

Die Entwicklung hin zur Informations- und Kommunikationsgesellschaft, die insbesondere im Gesundheitswesen rasch in Gang gekommen ist, wird Unsicherheiten und einen intensiven permanenten Lern- und Entwicklungsprozeß auslösen. Die Komplexität dieser und vieler anderer gesellschaftlicher Entwicklungs- und Veränderungsprozesse erfährt durch wissenschaftliche, technologische und soziale Implikationen eine dramatische Steigerung.

In einer solchen Situation bedarf es zwingend der Orientierung in die Zukunft. Es geht um die Definition der "Unternehmens"-Ziele, die durch modernes Führungs- und Personalmanagement zu verfolgen sind.

3. Änderungen im Gesundheitswesen

Ansprüche der Gesellschaft und neue gesundheitspolitische Strategien sowie medizinisch-wissenschaftlicher und medizinischer Fortschritt eröffnen ständig neue Perspektiven präventiver, diagnostischer und therapeutischer Wege. Eine Ausschöpfung medizinischer Möglichkeiten führt zwangsläufig zu weiteren Steigerungen der Kosten im Gesundheitswesen und erschwert Risiko-Nutzen-Erwägungen.

In der Gesellschaft bestehen schon heute erhebliche Zweifel, ob ihr alle neuen Entwicklungen wirklich dienen. Eine dem Gemeinwohl verpflichtete Fakultät muß sich die Frage nach ihrem gesellschaftlichen Nutzen stellen. Aufgabe der Fakultäten sollte es auch in Zukunft sein, wissenschaftlichen Ansprüchen zu genügen, ethische Grundsätze zu vermitteln, rechtliche Probleme aufzuzeigen und Grundlagen für eine betriebswirtschaftlich sinnvolle Betriebsführung zu vermitteln.

4. Herausforderungen für Ärztinnen und Ärzte

Die Öffentlichkeit bewertet ärztliches Wissen sowie ärztliche Einstellungen und Handlungen zunehmend kritisch. Sie beansprucht im **Spannungsfeld von Recht , Ökonomie und Ethik** ein Mitsprache- und Entscheidungsrecht, auch bei ausschließlich medizinisch zu entscheidenden Problemen. Die ethischen Fragestellungen in der Medizin werden sich häufen, völlig neue Probleme entstehen. Die Ärzte müssen in der Lage sein, schwierige ethische Probleme zu erkennen und ihre Maßstäbe selbstkritisch zu reflektieren. Prävention und Rehabilitation müssen zukünftig neben der Therapie verstärkt in ärztliches Handeln und Denken einfließen.

5. Das gesundheitspolitische Umfeld der Zukunft

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 1993 wird von politischer Seite eine stärkere Akzentuierung der hausärztlichen Versorgung gefordert. Die bewährte, wichtige und hochqualifizierte fachärztliche Versorgung muß aber in Zukunft neben der hausärztlichen Versorgung bestehen bleiben und sogar ausgeweitet werden. Dabei muß sich eine stärkere Verzahnung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung entwickeln.

Die Universitäten müssen dafür ihre Ausbildungsstrategien vermehrt daraufhin anlegen, daß Absolventen des Medizinstudiums über hausärztliches Grundwissen und Grundfertigkeiten verfügen.

6. Die Stellung der Medizinischen Fakultät im gesellschaftlichen Gefüge

Die Universitätsklinik muß auch künftig ihre Funktion als Zentrum der Maximalversorgung und Institution des medizintechnischen Fortschrittes behalten. Als eine ihrer Hauptaufgaben nimmt die Medizinische Fakultät die Lehrfunktion wahr. Dies ist unabdingbar mit Forschung und Krankenversorgung verbunden.

Ausgehend von universitären Bildungsgrundsätzen und inhaltlich bestimmt von den Zielen und Vorgaben der Bundesärzteordnung sowie der Approbationsordnung für Ärzte, umfaßt der Bildungsauftrag der Medizinischen Fakultäten die wissenschaftlich-systematische Vermittlung theoretischer und medizin-praktischer Grundlagen. Er umfaßt Inhalte naturwissenschaftlicher Gebiete und berücksichtigt soziale, ethische und ökonomische Belange.

Das Ausbildungsziel muß auch in Zukunft der zur Ausübung des Berufes befähigte Arzt bleiben, der zu Weiterbildung und Fortbildung in der Lage ist und hiernach in der Europäischen Union migrieren kann.

Aufbauend auf den medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlagen **müssen** parallel und ergänzend Praxis -und Ausbildungselemente verwirklicht sein. Weiterbildungsinhalte sind nicht Gegenstand des studentischen Unterrichts.

Aufgabe und Ziel künftiger Medizinischer Fakultäten muß es sein, die stark am medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundwissen orientierte heutige Universitätsausbildung stärker in eine praxis- und anwendungsbezogene künftige Ausbildung zu überführen. Diese Ausbildung muß zur "generellen Arztreife" führen und damit zur effizienten Berufsausbildung und zur ärztlichen Weiterbildung befähigen. Aufgrund ihrer derzeitigen Strukturen können Universitätskliniken heute diesen Auftrag nur eingeschränkt wahrnehmen.

Da sie in der Krankenversorgung in der Regel die Maximalversorgung wahrnehmen, sind ihre Patienten für dieses Ausbildungsziel oft ungeeignet.

7. Neue Strukturen

Den Zielen einer zukunftsorientierten medizinischen Ausbildung wird **nur eine Medizinische Hochschule gerecht, die als Institution die Aufgaben in Lehre, Forschung und umfassender Krankenversorgung integriert wahrnimmt.**

Ein harmonisches Gleichgewicht in der Bedeutung zwischen dem klinischen und theoretischen Bereich ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Die Medizinische Fakultät kann ihre klinischen Ausbildungsaufgaben nur mit den Ressourcen eines Universitätsklinikums nicht mehr bewältigen. Deswegen muß die Fakultät in neue Dimensionen erweitert werden.

Orte der Lehre, Forschung und Krankenversorgung

Eine solche neue, erweiterte Medizinische Fakultät würde, neben den derzeitigen Bereichen, auch eine größere Zahl unterschiedlicher Einrichtungen mit besser geeigneten Eigenschaften für eine praxisnahe, an der Alltagsmedizin orientierten Lehre, Forschung und Krankenversorgung organisatorisch umfassen und folgenden Umfang haben: Die vorklinischen Institute, die klinisch theoretischen Institute (mittelbare Krankenversorgung), Universitätsklinikum einschließlich aller der unmittelbaren Krankenversorgung dienenden Abteilungen, die Poliklinik und Ambulanzen, akademische Lehrkrankenhäuser, Lehrpraxen sowie andere Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Koordination

Dies erfordert die **umfassende Einbeziehung der nicht universitären Einrichtungen der Krankenversorgung**, der dort Verantwortlichen und der von ihnen wahrgenommenen Ausbildungselemente in das Gesamtkonzept des medizinischen Ausbildungsgangs einer Medizinischen Fakultät, besonders in den klinischen Abschnitten. Da sich das Aufgabenspektrum im Bereich der Lehre einer "erweiterten medizinischen Fakultät" durch eine Fülle neuer Koordinations-, Kommunikations- und Entwicklungsaufgaben vom heutigen Zustand unterschiede, würde sich der Aufgaben-, Verantwortungs- und Einflußbereich eines Dekans einer solchen erweiterten Medizinischen Fakultät für den Bereich Lehre entsprechend ausweiten. Diese Managementfunktion des Dekans erfordert dessen hauptamtliche Tätigkeit. Eine solche Tätigkeit sollte im Hochschulrecht als Wahlamt mit angemessener Befristung ermöglicht werden.

Zusammenarbeit

Das von einer solch erweiterten Medizinischen Fakultät vertretene Curriculum würde von den Universitätsprofessorinnen und -professoren gemeinsam mit den in die Lehre eingebundenen Fachvertretern aus den universitätsexternen Bereichen inhaltlich gestaltet und vom Dekan einer solchen erweiterten Fakultät organisatorisch umgesetzt. Eine der vom Ordnungsgeber eingeforderten Leistungen einer derartigen Fakultät wird die nach einer systematischen Evaluierung aller Unterrichtselemente in allen Bereichen sein. Die Qualifikation in der Lehre ist bei Berufungen zudem stärker zu berücksichtigen. Zur Optimierung der Erfüllung aller Aufgaben ist der Medizinischen Fakultät großzügiger Spielraum (finanzieller, konzeptueller und zeitlicher Art) einzuräumen.

Gesamtverantwortung für die Lehre

Die Aufgaben einer so stark erweitert gedachten medizinischen Fakultät umfassen die professionelle Konzeption, Planung, Organisation, Koordination, Vernetzung, Durchführung und Evaluierung der Ausbildungsgänge und der Prüfungen in den einzelnen Abschnitten und für die einzelnen Elemente des Medizinstudiums. Der Verantwortungs- und Wirkungsbereich erstreckt sich über die Gesamtheit aller von der Fakultät zu betreuenden Ausbildungseinrichtungen.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Medizinische Fakultät ist Teil der Universität. Die Medizinische Fakultät steht in rechtlichen und organisatorischen Beziehungen zu den von ihr genutzten Einrichtungen. Sie trägt die Verantwortung für die sachgerechte Umsetzung der Approbationsordnung in den von ihr genutzten Einrichtungen.

Personalstrukturen/Personalentwicklung

Aufgabenvielfalt bei hoher Spezialisierung in Krankenversorgung, Forschung, Lehre sowie Qualitätssicherung sind zukünftig nicht mehr nur von einzelnen Personen zu leisten, sondern von Mehreren arbeitsteilig und im Verbund wahrzunehmen. Dabei muß Grundlage der Zusammenarbeit ein von allen Führungskräften gemeinsam erarbeiteter und getragener Orientierungsrahmen von Werten sein. Mitverantwortung erhöht dabei die Leistungsmotivation aller Beteiligten.

Bedeutung für die Region/ Einbindung der Universitäten in regionale Strukturen

Die erweiterte Fakultät wäre aufs engste in "Regionalisierungskonzepte" eingebunden. Ihr müßte eine zentrale Rolle im Zusammenwirken mit den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften zukommen.

Da auch in der Krankenversorgung sich über alle Versorgungsstufen hinweg Informations- und Kommunikationsnetze entwickeln, kann eine so "erweiterte Fakultät" auch ihre Aufgaben in der Lehre mit den Informations- und Kommunikationsabläufen in der Krankenversorgung innerhalb der ihr geographisch zugeordneten Region verknüpfen.

Weiterbildung

In den Instituten und Kliniken muß auch die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten in entsprechenden Weiterbildungsgängen stattfinden können. Eine Hochspezialisierung kann in Einzelfällen bedingen, daß nicht das gesamte mögliche Spektrum ärztlicher Weiterbildungen an Medizinischen Fakultäten erworben werden kann. Um dennoch ein breites Angebot an Weiterbildungsgängen vorzuhalten, bietet sich in der "erweiterten Fakultät" die Rotationsweiterbildung im Rahmen der Weiterbildungsbefugnis im Verbund mehrerer zur Weiterbildung befugter Ärztinnen und Ärzten an.

Erweiterte Forschung

Für den Bereich "Forschung" ergeben sich für eine solche erweiterte Medizinische Fakultät legitimierte, neue wichtige und interessante Aufgabenfelder: zum Beispiel: auch für die Langzeitergebnisforschung und Forschung im Bereich Allgemeinmedizin. Eine Ausweitung des Forschungsbereiches auch auf Felder der Allgemeinmedizin wäre viel intensiver als bisher möglich und von unschätzbarem Wert.

Finanzierung

Für den Bereich Lehre muß die Zuweisung der Budgetmittel im personellen, im Sachmittel- und im investiven Bereich, getrennt von Budgets für Forschung erfolgen. Die Mittelzuweisung für Lehre und Forschung sind als getrennte Budgets zu verwalten, einschließlich der Drittmittelzuwendungen. Die Finanzierung der Krankenversorgung muß durch die Versicherungsgemeinschaft erfolgen und kostendeckend sein. Die Finanzierung der Ausbildungskosten während des Praktischen Jahres in den akademischen Lehrkrankenhäusern können nicht dem Krankenhausbudget zugeordnet werden.

Eine rasch fortschreitende Einführung einer betriebswirtschaftlichen Ergebnisrechnung an den Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken mit einer dadurch möglichen hinreichend genauen Auftrennung und Zuordnung der Aufgaben für die Bereiche Krankenversorgung, Forschung und Lehre ist auch eine der weiteren Voraussetzungen dafür, daß der Bereich Lehre einer künftig erweiterten Fakultät mit einem eigenen Budget selbst qualitätsorientiert nach betriebswirtschaftlichen Effizienzkriterien geführt werden kann.

Geeignete Rechtsformen, die diese Finanzstrukturen sicherstellen, müssen geschaffen werden.

2. Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung

Auf Antrag von Dr. Grifka (Drucksache III-3) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt eine Trennung der Zuständigkeiten für Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits ab. Daß die Bereiche rechnerisch getrennt werden müssen, steht außer Zweifel, personell müssen sie auf das engste integriert bleiben. Alle Ärzte müssen die Möglichkeit haben, Aufgaben in der Krankenversorgung sowie in Forschung und Lehre wahrzunehmen. Deshalb hält der Deutsche Ärztetag an der Zugehörigkeit des gesamten ärztlichen Dienstes eines Universitätsklinikums zur medizinischen Fakultät ebenso fest wie an der Personalunion zwischen den Tätigkeiten des Arztes, des Forschers und des Lehrers.

3. *Praktische Ausbildung an den Medizinischen Fakultäten*

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob (Drucksache III-2) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Landesregierungen, deren Wissenschafts- und Kultusministerien sowie die Medizinischen Fakultäten werden aufgefordert, die praktisch medizinische Ausbildung der Medizinstudenten deutlich zu verbessern.

Dieses Ziel kann durch Einbeziehen aller geeigneter außeruniversitären Krankenhäuser und Arztpraxen erreicht werden. Die Medizinischen Fakultäten sollen um die notwendige Zahl von Krankenhäusern und Arztpraxen erweitert werden.

Die Fakultäten behalten hierdurch den Einfluß auf die Qualität der Lehre, die beteiligten Krankenhäuser und Arztpraxen erhalten ein festes Mitspracherecht in den Fakultäten.

Die immer wieder angemahnte praktische Ausbildung der Medizinstudenten kann so wesentlich verbessert werden. Gleichzeitig würde die gewünschte Entlastung der Universitätskliniken tatsächlich erreicht.

4. *Lehrfähigkeit und Lehrtätigkeit*

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache III-13) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert, daß die Lehrfähigkeit und Lehrtätigkeit stärker als bisher Beachtung finden. Didaktische Kenntnisse und Fähigkeiten sollten über einen längeren Zeitraum nachgewiesen und in Habilitationsverfahren berücksichtigt werden.

Die Wissenschaftsministerien und die Hochschulen werden aufgefordert, Mittel und Wege zu finden, um die Lehrfähigkeit gegenüber der vielfach lukrativeren Tätigkeit in Forschung und Krankenversorgung aufzuwerten.

5. *Einbeziehung nichtuniversitärer Einrichtungen der Krankenversorgung in die ärztliche Ausbildung*

Auf Antrag von Dr. Josten (Drucksache III-15) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten wird ärztlich ambulant versorgt. Die aktuelle Lehre und Forschung stützt sich jedoch weit überwiegend auf Patienten in stationärer Versorgung. Etwa die Hälfte der Medizinstudentinnen und -studenten wird in der Zukunft ausschließlich in der ambulanten Patientenversorgung tätig sein.

Dieses fordert die umfassende Einbeziehung der nicht universitären Einrichtungen der Krankenversorgung, der dort Verantwortlichen und der von ihnen wahrgenommenen Ausbildungselemente in das Gesamtkonzept des ärztlichen Ausbildungsganges einer medizinischen Fakultät, besonders in den klinischen Abschnitten.

Finanzierung und Vergütung

6. *Leistungsvergütung der Medizinischen Hochschulen*

Auf Antrag von Dr. Grifka (Drucksache III-4) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die gegenwärtige Situation der Hochschulmedizin ist davon geprägt, daß Hochschulmedizin immer mehr Hochleistungsmedizin und damit besonders personal- und kostenintensiv ist.

Daher fordert der Deutsche Ärztetag von den Bundesländern als Träger der Universitätskliniken, sich dafür einzusetzen, daß die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte so festgesetzt werden, daß die Universitätskliniken ihre auf die Krankenversorgung entfallenden Aufwendungen auch tatsächlich decken können. Dazu muß - auch in der Begleitforschung zu dem neuen Vergütungssystem - die Frage untersucht werden, ob sich Unterschiede zwischen den an den Universitäten und an anderen Krankenhäusern zu behandelnden Fallkonstellationen nachweisen lassen und wie die zwangsläufig höheren Basiskosten berücksichtigt werden können, die mit der besonderen Infrastruktur von Universitätskliniken verbunden sind.

Die Krankenversorgungsleistungen an einer Universitätsklinik müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen weder über- noch unterschreiten. Eine Entscheidung über die Notwendigkeit von Leistungen kann im Einzelfall nur die/der jeweils behandelnde Ärztin/Arzt treffen. Umfang und Art der Leistungserbringung müssen medizinisch begründet bleiben und offen für aktuelle Bedarfserfordernisse erfolgen, die sich auch kurzfristig ändern können.

7. Universitätskliniken und Hochschulförderung

Auf Antrag von Prof. Kunze (Drucksache III-8) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Es müssen die gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden, damit die Mittel der Hochschulbauförderung weiter zugewiesen werden können. Aufgrund der in den letzten Jahren nicht finanzierten Erhaltungsaufwendungen besteht bereits ein erheblicher Investitionsbedarf.

8. Liquidationsrecht

Auf Antrag von Dr. Schulze (Drucksache III-16) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Liquidationsrecht gegenüber Patienten muß in ärztlicher Hand bleiben und darf nicht durch die vom Träger erhobene Pauschalvergütung ersetzt werden. Nur so läßt sich das Prinzip aufrechterhalten, daß zwischen dem jeweiligen Arzt und dem Patienten ein persönlicher Vertrag geschlossen wird. Allerdings muß die Berechtigung zur Liquidation für ärztliche Leistungen stets bei demjenigen Facharzt liegen, der die Leistung tatsächlich erbringt. Es muß ferner gesetzlich garantiert werden, daß ärztliche und akademische Mitarbeiter in vergleichbarer Stellung ohne eigene Liquidationsberechtigung an diesen Honoraren entsprechend ihrer Beteiligung bei der Leistungserbringung teilhaben.

Begründung:

Der Wandel der Medizinischen Hochschulen darf bei allen geplanten und notwendigen Umstrukturierungen der Universitätskliniken nicht den Vorgaben der ärztlichen Berufsordnung entgegengerichtet sein.

Dieser Antrag greift mit seinen Forderungen entsprechende Inhalte auf, die in §§ 18 und 19 MBO festgelegt sind und die für die Mitarbeiterbeteiligung auf dem 98. DÄT im Beschluß IV Nr. 8 erneut bekräftigt wurden.

9. Fonds für Lehrbeitrag der akademischen Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen

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

Eine klare Bestimmung des finanziellen Fonds für die Lehre an den Fakultäten muß zur Folge haben, daß ein der geforderten Qualität der Ausbildung adäquater Finanzfonds für akademische Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen zur Verfügung gestellt wird.

Eine Rahmenhöhe dieses Fonds sollte zwischen den zuständigen Ministerien der Länder und den Fakultäten vereinbart werden.

10. Versorgungsbetten in Medizinischen Fakultäten

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

Der Deutsche Ärztetag fordert die Länder auf, einen Teil der universitären Betten als Versorgungsbetten zu deklarieren, um sie damit der investiven Förderung durch die Länder im Rahmen der Landeskrankenhausplanung zuzuführen.

Damit wird ein Teil der Betten an den Medizinischen Fakultäten über Hochschulbauförderung (HBFVG) und ein Teil über Landesinvestitionen gefördert.

Einrichtung von Lehrstühlen

11. Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin

Auf Antrag von Prof. Dr. Mangold (Drucksache III-5) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert erneut die Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen deutschen Universitäten.

Begründung:

Ärztenschaft und Politiker aller Parteien fordern seit geraumer Zeit eine stärkere Akzentuierung der hausärztlichen Versorgung. Voraussetzung dafür ist eine umfassendere Vermittlung hausärztlichen Grundwissens an den Universitäten. Basis für die Lehre ist aber wie in allen anderen medizinischen Fächern die Forschung. Grundlage für Lehre und Forschung sind Abteilungen mit Lehrstühlen für Allgemeinmedizin.

12. Einrichtung von pneumologischen Lehrstühlen

Auf Antrag von Dr. Rohde (Drucksache III-10) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag befürwortet die Einrichtung von pneumologischen Lehrstühlen in allen Universitäten.

Begründung:

Nur in jeder 4. Universität gibt es noch einen pneumologischen Lehrstuhl. Es besteht die Tendenz, daß diese sogar aufgelöst werden sollen. Im Gegensatz hierzu nehmen die Atemwegserkrankungen jährlich um wenigstens 3 % zu. Da schon heute ein Defizit in Lehre, Forschung und fachärztlicher Patientenversorgung besteht, kann diese Fehlentwicklung nur aufgehalten werden, wenn im Sinne dieses Antrages verfahren wird.

13. Einrichtung von Lehrstühlen für Epidemiologie und Infektiologie

Auf Antrag von Prof. Dr. Gekle (Drucksache III-19) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert erneut die Einrichtung und Abteilungen mit Lehrstühlen für Epidemiologie und Infektiologie.

Begründung:

17 Mio. Menschen sterben jährlich an Infektionskrankheiten - und jährlich werden es mehr. Über 30 neue Infektionen sind in den letzten 20 Jahren hinzugekommen. In Italien hat z.B. die Tuberkulose von 1988 - 1990 um 28% zugenommen. WHO-Generaldirektor H. Nakajima: "Wir stehen am Rande einer von Infektionskrankheiten ausgelösten Weltkrise."

Leitungsgremien, Personalvertretung und Gleichstellung

14. Qualitätskriterien für die Berufung an Medizinische Fakultäten

Auf Antrag von Frau PD Dr. John-Mikolajewski (Drucksache III-11) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Medizinischen Fakultäten auf, dafür Sorge zu tragen, daß

"Qualifikationsfeststellungen insbesondere im Zusammenhang mit Berufungen sich an eindeutig definierten, sachlich begründeten, vor Beginn einer Beurteilung festgelegten, transparenten Qualitätskriterien orientieren und öffentlich sind".

15. Frauengleichstellungspläne der Medizinischen Fakultäten

Auf Antrag von Frau PD Dr. John-Mikolajewski (Drucksache III-12) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zielvorstellungen und Schwerpunktsetzungen der Medizinischen Fakultäten sind in mittel- und langfristig angelegten, regelmäßig fortzuschreibenden Universitäts- und Personalentwicklungsplänen festzulegen mit Frauengleichstellungsplänen als integralem Bestandteil. Dabei sollten die Hochschulen im Rahmen ihrer Haushaltsplanung interne Anreizsysteme zur Umsetzung frauengleichstellender Maßnahmen schaffen.

16. Universitätsleitungsgremien

Auf Antrag von PD Dr. Benninger (Drucksache III-6) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In einer Gesellschaft, die zunehmend die Vorteile demokratischer Abläufe erfährt, ist der heutige Aufbau universitärer Leitungsgremien antiquiert. Weder Forschung und Lehre noch Krankenversorgung profitieren von der derzeit festgeschriebenen Machtstellung der in Leitungsfunktionen Tätigen (Ordinarien, Abteilungsleiter etc.). Eine autoritäre, nicht kritisierbare Leitung ist motivationsfeindlich und kontraproduktiv.

Ein qualifiziertes Mitspracherecht von gewählten Vertretern und Leistungsträgern aus allen Funktionsbereichen, das sich u.a. auch auf die Stellenbesetzung und den Einsatz finanzieller Mittel erstreckt, ist unabdingbar (s. Beschluß IV - 34 des 98. Deutschen Ärztetages). Dies wird zur Erhöhung der Leistungsmotivation auf allen Ebenen beitragen. Leitungsfunktionen müssen in regelmäßigen zeitlichen Abständen erneut legitimiert werden.

17. Personalvertretung an Universitätskliniken

Auf Antrag von PD Dr. Benninger (Drucksache III-7) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die sich abzeichnende und unumgängliche Umstrukturierung der Hochschulmedizin stellt hohe Anforderungen an das gesamte Personal. Bei dieser Umstrukturierung darf es nicht um eine Verschlechterung der arbeitsrechtlichen Position der Beschäftigten gehen, sondern nur um einen größeren Nutzen der für die Hochschulmedizin aufgewendeten Mittel. Auch bei einer veränderten Rechtsform der Universitätskliniken sind die Rechte der jetzigen und künftigen Mitarbeiter zu wahren und vertraglich zu sichern.

Eine Umgestaltung der Universitätskliniken muß in enger Abstimmung mit der Personalvertretung geschehen, deren Mitbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten speziell für Ärzte grundlegend verbessert werden müssen. Eine Mißachtung der Rechte der Personalvertretung widerspricht dem Charakter der Universitätsklinik als einer öffentlichen Einrichtung.

Fördermaßnahmen zur Gleichstellung von Frauen und Männern sind in die Personalentwicklungspläne fest zu integrieren.

18. Strukturreform der Medizinischen Hochschulen

Auf Antrag von PD Dr. Benninger (Drucksache III-14) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag unterstützt die Bemühungen zu einer Strukturreform der Medizinischen Hochschulen (s. Beschluß IV 34 des 98. Ärztetages). Wegen der weitreichenden Auswirkungen besonders auch auf die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses fordert der Deutsche Ärztetag die Mitwirkung der verfaßten Ärzteschaft bei den Beratungen und Entscheidungen zu einer solchen Reform. In den zu etablierenden Kontrollgremien einer reformierten Medizinischen Fakultät / Universitäts-Klinik (Aufsichtsräte etc.) muß die verfaßte Ärzteschaft vertreten sein.

19. Pädagogische Zusatzqualifikation bei der Berufung an Medizinischen Fakultäten

Auf Antrag von Prof. Dr. Dittrich (Drucksache III-21) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert als Grundlagen für die Berufung zum Hochschullehrer eine hochschulpädagogische Zusatzqualifikation.

20. Stärkung der Lehrqualifikation

Auf Antrag von Dr. Drexler (Drucksache III-22) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag unterstützt die Forderungen der Fachtagung Medizin (der gewählten Vertretung der Medizin Studierenden in Deutschland) nach

1. einem stärkerem Praxisbezug im Medizinstudium,
2. nach Integration der Studierenden in Forschung und Krankenversorgung sowie
3. einer Stärkung einer Lehrqualifikation der in Hochschule und Lehrkrankenhäusern mit der Ausbildung befaßten Personen.

21. Medizinische Forschung

Auf Antrag von Dr. Klemperer (Drucksache III-23) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die medizinische Forschung sollte sich vermehrt den Alltagsproblemen in der Krankenversorgung widmen. Die sich hier ergebenden Fragestellungen insbesondere zur Indikationsstellung von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen sollte sie verstärkt zum Gegenstand der Forschung machen.

Begründung:

Die Sinnhaftigkeit von medizinischen Maßnahmen und Vorgehensweisen in Bezug auf den Nutzen für den Patienten ist noch immer in vielen Situationen unbestimmt. Die medizinische Forschung sollte sich deshalb vermehrt den Fragen der kurz-, mittel- und langfristigen Ergebnisse medizinischer Maßnahmen widmen bezogen auf die Parameter Lebenserwartung und Lebensqualität.

ZU PUNKT IV DER TAGESORDNUNG: NOVELLIERUNG DER (MUSTER-)WEITERBILDUNGSORDNUNG

Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

1. **Verfahren zum Tagesordnungspunkt "Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung"**

Auf Antrag von Dr. Berger (Drucksache IV-23) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag folgendes Verfahren der weiteren Beratung:

"Alle Anträge, die sich mit Neueinführung, Veränderung oder Erweiterung von Weiterbildungsqualifikationen beschäftigen, werden an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen mit der Maßgabe, daß Ausschuß und Ständige Konferenz "Weiterbildung" diese beraten, abstimmen und gegebenenfalls bis zum 101. Deutschen Ärztetag abstimmungsreife Vorschläge erarbeiten.

Diskutiert werden sollten nur die vier vorgelegten Vorschläge IV-1 Anlage 1-4 und die die Hausarzt/Facharzt-Problematik betreffenden Anträge."

Begründung:

Die meisten Vorschläge bedürfen einer intensiveren Beschäftigung, als es die erste kurze Diskussion auf einem Ärztetag gewährleistet.

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

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-1) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Hege (Drucksache IV-1m), Dr. Röderer (Drucksache IV-1a, Punkt 1 - 4, 7) und PD Dr. Raidt (Drucksache IV-1c) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

1. In § 23 MWBO wird als neuer Absatz 1 a eingeführt:

"Wird durch diese Weiterbildungsordnung der Inhalt der Weiterbildung, der durch eingehende besondere oder spezielle Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten festgelegt wird (Regelweiterbildung), verändert, so gilt grundsätzlich, daß die Qualifikation des Arztes gemäß der für den Abschluß seiner Weiterbildung gültigen Weiterbildungsordnung nachgewiesen ist."

2. § 23 Abs. 5 (Muster-)Weiterbildungsordnung erhält folgende Fassung:

Wer bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung zusammen mit der bisherigen Gebietsbezeichnung im Gebiet der Chirurgie eine der bisherigen Teilgebietsbezeichnungen der Chirurgie (Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, Unfallchirurgie) führt, kann sie beibehalten.

Auf Antrag erhält er das Recht, unter Verzicht auf das Führen der Bezeichnung "Facharzt für Chirurgie" oder "Arzt für Chirurgie" oder "Chirurg" und die bisher geführte Teilgebietsbezeichnung eine der nachstehenden Facharztbezeichnungen zu führen, wenn er berechtigt war, eine nachstehend genannten Teilgebietsbezeichnungen zu führen und in diesem Teilgebiet mindestens 2 Jahre überwiegend tätig war:

1. bei Teilgebietsbezeichnung "Kinderchirurgie" die Facharztbezeichnung für "Kinderchirurgie";
2. bei Teilgebietsbezeichnung "Plastische Chirurgie" die Facharztbezeichnung für "Plastische Chirurgie";
3. bei Teilgebietsbezeichnung "Thorax- und Kardiovaskularchirurgie" die Facharztbezeichnung für "Herzchirurgie"

3. Neuordnung des Weiterbildungsganges „Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen“

(Anlage 1)

4. Einführung von Bereich und Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

(Anlage 2)

5. Einführung einer Fakultativen Weiterbildung „Spezielle Ophthalmologische Chirurgie“ im Gebiet „Augenheilkunde“
(Anlage 3)

28. Öffentliches Gesundheitswesen

Definition:

Das öffentliche Gesundheitswesen umfaßt die ärztliche Tätigkeit in Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, die dazu bestimmt sind, unmittelbar den Gesundheitszustand der Bevölkerung und bestimmter Bevölkerungsgruppen zu ermitteln und laufend zu überwachen, ihnen drohende Gefahren festzustellen und zu beseitigen oder auf die Beseitigung hinzuwirken sowie die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und besonderer Gruppen sowie das gesundheitsbewußte Verhalten des einzelnen zu fördern. Die wesentlichen Aufgaben liegen im Bereich der Beobachtung, Begutachtung, Beratung und Wahrung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung einschließlich der Beratung der Träger öffentlicher Aufgaben in gesundheitlichen Fragen. Dazu gehören insbesondere Planungs- und Gestaltungsaufgaben in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung, allgemeine und spezielle öffentliche Hygiene einschließlich des gesundheitlichen Umwelt- und Verbraucherschutzes, Gesundheitsaufsicht, Beratung und Aufklärung der Bevölkerung in gesundheitlichen Fragen, die Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten sowie die Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen und die Erstellung ärztlicher Gutachten für Behörden und Körperschaften.

Weiterbildungszeit:

3 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 8 Abs. 1 Weiterbildungsordnung:

12 Monate Weiterbildung in Allgemeinmedizin oder Innere Medizin oder Kinderheilkunde

18 Monate Weiterbildung in einer Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitswesens, davon mindestens 9 Monate an einem Gesundheitsamt,

erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen von 6 Monaten Dauer, der in Abschnitte geteilt werden darf.

Auf den Kurs für Öffentliches Gesundheitswesen von 6 Monaten Dauer kann der theoretische Teil eines anerkannten und erfolgreich abgeschlossenen Kurses über Public Health bis zu 3 Monaten angerechnet werden.

2 Jahre klinische Tätigkeit:

1½ Jahre klinische Tätigkeit in Allgemeinmedizin oder Innere Medizin oder Kinderheilkunde

6 Monate klinische Tätigkeit in Psychiatrie und Psychotherapie

Auf die 1½ Jahre klinische Tätigkeit in Allgemeinmedizin oder Innere Medizin oder Kinderheilkunde können 6 Monate klinische Tätigkeit in Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Chirurgie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Laboratoriumsmedizin oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Neurologie oder Orthopädie oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Strahlentherapie oder Urologie angerechnet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Überwachung und Ermittlung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und bestimmter Bevölkerungsgruppen, in der Erkennung von Gesundheitsgefahren, in der Beurteilung der Möglichkeiten, diese zu beseitigen oder auf die Beseitigung hinzuwirken, in der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und einzelner Gruppen, in der Befähigung, die Bevölkerung in gesundheitlichen Fragen zu beraten und aufzuklären, in der Befähigung, die für die allgemeine und spezielle Hygiene einschließlich des gesundheitlichen Umweltschutzes notwendigen Maßnahmen durchzuführen sowie in der Wahrnehmung von Planungsaufgaben im gesundheitlichen Interesse der Bevölkerung.

Befähigung zur Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen und zur Erstellung ärztlicher Gutachten für Behörden und Körperschaften.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen über die Verfahren der empirischen Sozialforschung, die Biostatistik, die Toxikologie sowie die Gesundheitspolitik.

Hierzu gehören im öffentlichen Gesundheitswesen

1. Eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- Recht und Verfahren der öffentlichen Gesundheitsverwaltung
- Medizinalaufsicht bei Gesundheitsberufen und Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Planungs-, Aufsichts-, Ordnungs- und Beratungsaufgaben zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung
- Gesundheitsförderung, Prävention, Seuchenmedizin und Impfprophylaxe
- Gesundheitshilfe für Schwangere, Kinder und Jugendliche, Senioren, Behinderte, chronisch Kranke, psychisch Kranke und Suchtkranke
- Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie und Gesundheitsforschung
- Qualitätssicherung im öffentlichen Gesundheitswesen
- Aufgabe des Managements im Gesundheitswesen
- Fachspezifische Begutachtung
- Grundlagen der Hygiene unter besonderer Berücksichtigung der Krankenhaus-, Praxis-, Sozial-, Umwelt- und Städtehygiene
- Gesundheitlicher Umweltschutz einschl. der technischen Verfahren zur Verhütung und Verringerung umweltbedingter Gesundheitsschäden unter bes. Berücksichtigung der Epidemiologie umweltbedingter Erkrankungen
- Grundlagen der Rehabilitationsmedizin unter Berücksichtigung entsprechender sozialer Bezugfelder
- Betreuung von Obdachlosen und Randgruppen
- Beratung und Förderung von Selbsthilfegruppen
- Grundlagen der Schul- und Jugend-, der Wohnungs-, Freizeit- und Ernährungsmedizin

1.1 Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in

- Biostatistik
- Gesundheitsökonomie
- Sozialmedizin
- Sozialpädiatrie
- Sozialpsychiatrie
- Sozial- und gerichtsmedizinische Begutachtung
- Toxikologie
- Rettungswesen, Zivil- und Katastrophenschutz

19. Spezielle Schmerztherapie

Definition:

Die Spezielle Schmerztherapie umfaßt die gebietsbezogene Diagnostik und Therapie chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen selbständigen Krankheitswert erlangt hat.

Weiterbildungszeit:

1. Anerkennung zum Führen einer Gebietsbezeichnung mit Patientenbezug .
2. 12-monatige ganztägige Weiterbildung an einer Weiterbildungsstätte gem. § 8 Abs. 1.
3. Teilnahme an einem von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie von 80 Stunden Dauer.
4. Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

Weiterbildungsinhalt:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis besonderer Kenntnisse und Erfahrungen in

- der Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich der Auswertung von Fremdbefunden
- der Durchführung einer Schmerzanalyse
- der gebietsbezogenen differentialdiagnostischen Abklärung der Schmerzkrankheit
- der eingehenden Beratung des Patienten und der gemeinsamen Festlegung der Therapieziele
- der Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes einschließlich der zur Umsetzung des Therapieplanes erforderlichen interdisziplinären Koordination der Ärzte und sonstigen am Therapieplan zu beteiligenden Personen und Einrichtungen
- dem gebietsbezogenen Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren
- der standardisierten Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes

5.B.1 Fakultative Weiterbildung Spezielle Ophthalmologische Chirurgie

Definition

Die Spezielle Ophthalmologische Chirurgie umfasst die schwierigen Operationen an allen Abschnitten der Augen einschließlich der rekonstruktiven ophthalmologischen Chirurgie und der operativen Schielbehandlung.

Weiterbildungszeit

3 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gem. § 8 Abs. 1 .

1 Jahr der Weiterbildung in der Speziellen Ophthalmologischen Chirurgie müssen zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, welche über die im Gebiet aufgeführten Inhalte hinausgehen bei schwierigen Operationen an allen Abschnitten der Augen, bei der rekonstruktiven ophthalmologischen Chirurgie und der operativen Schielbehandlung; hierzu gehört eine Mindestzahl selbständig durchgeführter operativer Eingriffe.

3. Einführung der gebietsbezogenen allgemeinen Schmerztherapie in allen klinischen Gebieten

Auf Antrag von Dr. Windhorst (Drucksache IV-1x) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Die gebietsbezogene allgemeine Schmerztherapie soll analog zur Formulierung in der Gebietsweiterbildung "Anästhesiologie" in alle klinischen Gebiete aufgenommen werden.

Begründung:

Beschluß der Ständigen Konferenz Ärztliche Weiterbildung vom 23.04.96 in Köln.

4. Kosten für die Facharztweiterbildung

Der Antrag von Dr. Montgomery (Drucksache IV-3) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der neuen Weiterbildungsordnung sind in vielen Teilgebieten die theoretischen Weiterbildungsinhalte stark erweitert worden. Da sich viele Weiterbilder der Vermittlung dieser Kenntnisse aus verschiedenen Gründen entgegensetzen, werden immer mehr "Institute" oder "Akademien" gegründet, die dann die geforderte Theorie lehren. Dafür werden von den Kollegen in der Facharztweiterbildung immer höhere Gebühren abverlangt. Dies führt dazu, daß für AiPs und Assistenzärzte, die ja schon recht wenig Einkommen haben, nun vermehrt für ihre Facharztweiterbildung hohe finanzielle Kosten entstehen. Eine solche Praxis ist mit der ärztlichen Berufsethik nicht zu vereinbaren und wird vom Deutschen Ärztetag abgelehnt.

Begründung:

Zum Beispiel bei der Weiterbildung zum "Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie" entstehen für die Assistenzärzte für den Psychotherapie-Teil enorme Kosten für Einzelselbsterfahrung (150 Stunden sind vorgeschrieben bei einem durchschnittlichen Stundensatz bis zu 140 DM), Supervisionen, Balintgruppen u.a. Auch sollen in verschiedenen Städten für die erforderlichen Seminare hohe Gebühren von sog. Ausbildungsinstituten den Assistenten abverlangt werden. So kommen sehr schnell Kosten in einer Höhe von mehreren 10.000 DM zusammen. Gerade angesichts der schwierigen Stellensituation mit befristeten Arbeitsverträgen und der unsicheren Zukunft ist es den Kollegen nicht zumutbar, auch noch für ihre Facharztweiterbildung Geld zahlen zu müssen.

Der Änderungsantrag von Herr Zimmermann (Drucksache IV-3a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

1. Im 1. Absatz wird nach "... entstehen" (Zeile 8) der Satz eingefügt:
"Aufnahme- oder Eignungsprüfungen für Teile eines Weiterbildungsganges sind nicht einzurichten."
2. Im 1. Absatz Zeile 8 sind die Worte "der ärztlichen Berufsethik" zu ersetzen durch:
"Sinn und Zweck der ärztlichen Weiterbildungsordnung".
3. Als letzter Satz wird dem Antrag hinzugefügt:
"Der DÄT fordert die Gremien und Ausschüsse der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern auf, die Entwicklungen aufzuhalten."

5. Integration des ärztlichen Nachwuchses

Der Antrag von Dr. Röderer (Drucksache IV-6) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ein berufspolitisches Ziel der deutschen Ärzteschaft muß es ein, für den ärztlichen Nachwuchs alle ärztlichen Weiterbildungsbereiche offenzuhalten. Durch eine zu unflexible Anwendung der Weiterbildungsordnungen und der Bestimmungen zur Qualitätssicherung darf der ärztliche Nachwuchs von der Weiterbildung nicht ausgeschlossen werden.

Begründung:

Die jüngere Ärztesgeneration befürchtet, daß die Umgestaltung der Weiterbildungsordnungen auf der Basis der Musterweiterbildungsordnung von 1992 dazu führen könnte, daß einzelne Fachgebiete für den ärztlichen Nachwuchs verschlossen bleiben, weil die notwendigen Weiterbildungsmöglichkeiten fehlen. Deshalb muß die Ärzteschaft dafür Sorge tragen, daß in allen diesen Tätigkeitsbereichen genügend Weiterbildungsstellen für den ärztlichen Nachwuchs und dessen Qualifizierung vorhanden sind und bleiben.

Der Ergänzungsantrag von Dr. Walz (Drucksache IV-6a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Es sollen folgende Sätze an Absatz 1 angefügt werden:

1. Die Maßstäbe zur Qualitätssicherung, die sich aus einer neuen Weiterbildungsordnung ergeben, werden in gleichem Umfang für den ärztlichen Nachwuchs wie für bereits fachärztlich Tätige angewandt - dadurch wird die Glaubwürdigkeit des Argumentes der Qualitätssicherung gestärkt!
2. Für den ärztlichen Nachwuchs muß klar erkennbar sein, welche Bedingungen z.B. bezüglich der Dauer der Weiterbildungsbefugnis oder bezgl. des Aufbau eines Verbundsystems, an den Weiterbildungsstellen vorliegen, um eine Planung seines Weiterbildungsablaufs durchführen zu können.
3. Die notwendige Anpassung des Umfangs einer Weiterbildungsbefugnis nach Einführung einer neuen Weiterbildungsordnung mit erweiterten Inhalten soll wohlwollend erfolgen.

Begründung:

Bei vielen jungen Ärzten besteht die Auffassung, daß die neue Weiterbildungsordnung zwecks eines erschwerten Zugangs zur allgemein- und fachärztlichen Patientenversorgung eingeführt wurde. Durch ein Bekenntnis und Beachtung des Gebots, daß gleiche Maßstäbe der Qualitätssicherung für ärztlichen Nachwuchs und für bereits fachärztlich Tätige gelten, wird das zugrundeliegende Ziel bei Änderungen einer Weiterbildungsordnung verdeutlicht.

Veränderte Anforderungen einer neuen Weiterbildungsordnung führen auch zu Änderungen in Weiterbildungsbefugnissen gegenüber den vorbestehenden Weiterbildungsermächtigungen nach alter Weiterbildungsordnung. Diese sollten im Interesse des ärztlichen Nachwuchses realistisch und wohlwollend durchgeführt werden. Da sich junge Ärzte auf die Unterlagen der Ärztekammern bezgl. der Weiterbildungsbefugnisse verlassen, müssen diese auch baldmöglichst den veränderten Bedingungen einer neuen Weiterbildungsordnung angepaßt werden.

6. Obligatorische Praxisphase

Der Antrag von Dr. Junker (Drucksache IV-7) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Delegierten des 99. Deutschen Ärztetages fordern die Bundesärztekammer auf, folgende Änderung der Weiterbildungsordnung zu beschließen:

Im Laufe der Weiterbildung, frühestens mit dem 3. Weiterbildungsjahr, muß eine mindestens sechsmonatige Weiterbildungszeit in einer Praxis der angestrebten Fachrichtung eines dazu ermächtigten Vertragsarztes/-ärztin absolviert werden. Mit den Krankenkassen ist vorher die hierfür

notwendige Finanzierung - analog der bisherigen Finanzierung einer Assistentenstelle am Krankenhaus - zu vereinbaren und sicherzustellen.

Begründung:

1. Eine qualifizierte umfassende Weiterbildung in einem Fachgebiet ist heute ohne die Einbeziehung des Krankengutes in der Praxis eines niedergelassenen Arztes/Ärztin nicht mehr möglich. Viele Krankheitsbilder kommen schon in Kliniken der Grund- und Regelversorgung, erst recht z. B. in Universitätskliniken gar nicht mehr vor. Die Vorschaltung hochqualifizierter, fachärztlicher Versorgung in vertragsärztlichen Praxen, verbunden mit der hohen Arztdichte, führt zwangsläufig zu Einschränkungen des Behandlungsspektrums stationärer Einrichtungen.
2. Die Folgen der Vorgaben des GSG durch Eingriffe in die freie Niederlassung führen zunehmend zu Dauer-Assistenten-Stellen, da ein kontinuierlicher Abgang von Assistenten von den Kliniken durch Niederlassung in freier Praxis nicht mehr möglich ist. Hierdurch wird immer öfter für junge Ärztinnen und Ärzte die Weiterbildung blockiert.
Durch die Pflicht der Weiterbildung in einer niedergelassenen Praxis wird das erzwungene Festhalten (und damit Blockieren) an einer Weiterbildungsstelle durchbrochen und wieder aufgelockert. Hierdurch werden insbesondere wieder Rotationsstellen für die Weiterbildung geschaffen, die heute kaum in den Kliniken zu finden sind. Auch Wechsel zwischen den einzelnen Klinik-Weiterbildungsstellen werden so vermutlich leichter möglich sein, was für die Verbreitung des Spektrums der Weiterbildung nur dienlich sein kann.
3. Durch die Pflicht der Weiterbildung jedes Arztes in einer vertragsärztlichen Praxis würde eine frühzeitige Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung geschaffen. Dies könnte wesentlich dazu beitragen, die bekannten unnötigen Reibungsverluste zwischen Klinik und Praxis (dank besseren Verständnisses füreinander) zu reduzieren.
4. Die Finanzierung dieser Weiterbildungszeit durch die Krankenkassen ist logisch und folgerichtig, da sich an der Dauer der Weiterbildung eines Facharztes nichts ändert. Diese wird auch jetzt in Gänze über den Pflegesatz von ihnen gezahlt. Auch während der Weiterbildung in vertragsärztlicher Praxis versorgt der Assistenzarzt unverändert und gleichermaßen die Mitglieder der Krankenkassen. Ebenso profitieren die Kassen durch ein breites Weiterbildungsspektrum, insbesondere aber dadurch, daß nur durch diese vertragsärztliche Tätigkeit das volle Ausmaß und die Zwänge der "Verpflichtung zur wirtschaftlichen und sparsamen Versorgung" der Patienten erkannt und erlernt werden können! Dies würde wiederum zuerst die Kassen bzw. ihren Mitgliedern zugute kommen.

Für den Ausbilder, das weiß jeder, der in seiner Praxis Weiterbildungsassistenten beschäftigt hat, bedeutet ein/e Weiterbildungsassistent/In nur Verpflichtung und keinen "Gewinn". Der würde zudem vom jeweiligen HVM sofort beschnitten werden. Ein Assistentengehalt könnte jedoch vom heutigen Praxisgewinn gar nicht mehr bezahlt werden!

Die Finanzierung der Weiterbildung könnte z. B. für die Kostenstruktur neutral gestaltet werden, wenn in die Praxis rotierende Weiterbildungsassistenten/Innen der stationären Einrichtungen durch solche ersetzt würden, die im Rahmen ambulanter Tätigkeit ihre Weiterbildungszeit absolvieren.

7. Neueinführung der Facharztkunde "Echokardiographie" im Gebiet Innere Medizin

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der für den 101. Deutschen Ärztetag 1998 vorgesehene Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung folgende Ergänzung vorzunehmen:

Im Gebiet "Innere Medizin" wird die Fachkunde "Echokardiographie" neu eingeführt.

Begründung:

Die Echokardiographie findet aufgrund zunehmender kardialer Erkrankungen breite Anwendung, gehört für den interessierten Internisten zum Kernbereich seiner späteren Tätigkeit und deshalb ist das Erlernen der Methode im Rahmen der Weiterbildung zum Internisten notwendig.

8. Umbenennung der Schwerpunktbezeichnung "Endokrinologie" in "Endokrinologie-Diabetologie"

Der Antrag von Prof. Dr. Wildmeister (Drucksache IV-11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der für den 101. Deutschen Ärztetag 1998 vorgesehenen Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung folgende Änderung/Ergänzung vorzunehmen:

Im Gebiet Innere Medizin wird der Schwerpunkt "Endokrinologie" umbenannt in "Endokrinologie - Diabetologie".

Begründung:

Die verschiedensten Formen des Diabetes mellitus sind eindeutige Erkrankungen im Gebiet Innere Medizin. Die Weiterbildung zum Internisten enthält Diabetes mellitus als Teil der endokrinologischen Krankheitsbilder. Insbesondere ist der Diabetes mellitus integrierter Bestandteil der Weiterbildung im Schwerpunkt "Endokrinologie". Die zum Zweck der Reduzierung diabetestypischer Komplikationen notwendige Verbesserung der bundesweiten Versorgung von Diabetikern ist Aufgabe der entsprechend weitergebildeten Internisten und insbesondere der Endokrinologen, weil gerade der Diabetes mit seinen Folgeerscheinungen an vielen Organsystemen (Herz, Gefäße, Nieren, Magen-Darm, Nervensystem etc.) nach dem umfassend internistisch weitergebildeten Facharzt verlangt. In Anbetracht der internationalen, insbesondere europäischen Formulierung der Schwerpunktbenennung sollte dieser Zusatz erfolgen. Es handelt sich nicht um eine inhaltliche Änderung der jetzt gültigen Weiterbildungsordnung.

9. Anrechnung der "Arbeits-/Betriebsmedizin" für die Weiterbildung in der Inneren Medizin

Der Antrag von Dr. Ullmann (Drucksache IV-12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der für den 101. Deutschen Ärztetages 1998 vorgesehenen Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung folgende Änderung vorzunehmen:

Ergänzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung um eine auf 9 Monate erweiterte anrechnungsfähige arbeits-/betriebsmedizinische Weiterbildung für die Weiterbildungszeit der Inneren Medizin. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung soll also im Gebiet der Inneren Medizin wie folgt ergänzt werden:

"Weiterbildungszeit: ...

Angerechnet werden können bis zu 9 Monaten Weiterbildung in ... Arbeits-/Betriebsmedizin..."

Begründung:

In Zukunft müssen auch Kleinbetriebe eine betriebsärztliche Betreuung durchführen. Das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) verpflichtet künftig unabhängig von der Betriebsgröße alle Arbeitgeber zur Bestellung von Betriebsärzten, die sie in allen Fragen des Gesundheitsschutzes am

Arbeitsplatz unterstützen. Diese betriebsärztliche Betreuung kann aber nur durch solche Ärzte erfolgen, die die Gebietsbezeichnung "Arbeitsmedizin" oder die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" führen.

Durch die Möglichkeit der Anerkennung von 9 Monaten arbeits-/betriebsmedizinischer Weiterbildung könnten die Voraussetzungen für eine unkomplizierte Realisierung der im Arbeitssicherheitsgesetz aufgestellten Forderungen gewährleistet werden, weil erst dadurch mehr Weiterbildungsassistenten der Inneren Medizin motiviert werden könnten, die Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin" zu erwerben. Andernfalls steht zu befürchten, daß für die Realisierung des neuen Arbeitssicherheitsgesetzes 1995 zu wenig betriebsmedizinisch weitergebildete Fachärzte zur Verfügung stünden. Es dürfe auch ein Anliegen der Bundesärztekammer sein, für die künftig vorgeschriebene betriebsärztliche Betreuung in allen Betrieben frühzeitig die notwendigen weiterbildungsrechtlichen Vorkehrungen zu treffen.

10. Änderung der Weiterbildungszeiten in den Schwerpunkten des Gebietes Innere Medizin

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der für den 101. Deutschen Ärztetages 1998 vorgesehenen Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung folgende Änderung vorzunehmen:

In allen Schwerpunkten der Inneren Medizin - 15.C.1 bis 8 - wird die zweijährige Schwerpunkt-Weiterbildungszeit von 2 auf 3 Jahre verlängert.

Begründung:

Damit erfolgt eine längst überfällige Anpassung an das internationale Weiterbildungsrecht mit längeren Weiterbildungszeiten in den Schwerpunkten.

11. Neueinführung der Fachkunde "Bronchoskopie" im Gebiet der Inneren Medizin

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der für den 101. Deutschen Ärztetages 1998 vorgesehenen Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung folgende Ergänzung vorzunehmen:

Im Gebiet "Innere Medizin" wird die Fachkunde "Bronchoskopie" neu eingeführt.

Begründung:

Die Bronchoskopie wurde bereits in der Landesärztekammer Baden-Württemberg für das Gebiet "Innere Medizin" als Fachkunde eingeführt und gehört für den interessierten Internisten zum Kernbereich seiner späteren Tätigkeit. Diese Fachkunde hat die Bundesärztekammer mit Schreiben vom 10.01.1994 an die Landesärztekammern zur Einführung empfohlen.

12. Weiterbildungsaufgaben zur Befugnis "Allgemeinmedizin"

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

Die Delegierten des 99. Deutschen Ärztetages fordern die Bundesärztekammer auf, darauf hinzuwirken, daß Ärztekammern, die Befugnisse zur Weiterbildung auf der Grundlage von Übergangsbestimmungen zur Anerkennung "Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin" aussprechen, dies nicht mit zusätzlichen Auflagen verbinden, wie z.B. Ableisten einer dreijährigen "Stehzeit".

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen von Übergangsbestimmungen gemäß der jeweiligen Weiterbildungsordnung die Anerkennung als "Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin" erhalten, verfügen über langjährige praktische Erfahrungen.

Insoweit ist es entbehrlich, daß diese Ärztinnen/Ärzte nach Erhalt der Anerkennung als "Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin" - wie z.B. in Hessen - eine zusätzliche dreijährige "Stehzeit" verbringen müssen, bevor sie eine Ermächtigung zur Weiterbildung erhalten können.

13. Einführung des Schwerpunktes "Infektiologie"

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, im Rahmen der für den 101. Deutschen Ärztetag 1998 vorgesehenen Novellierung der (Muster-) Weiterbildung folgende Ergänzung der (Muster-) WBO vorzunehmen:

Schwerpunkte Infektiologie

Definition

Die Infektiologie umfaßt Epidemiologie, Ätiologie, Pathophysiologie, Biochemie, Klinik, Diagnostik, Differentialdiagnostik sowie Prävention und Therapie erregerbedingter Erkrankungen.

Weiterbildungszeit

- 2 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 8, Abs. 1, davon mindestens 1 1/2 Jahre Tätigkeit im Stationsdienst.
Anrechnungsfähig ist eine halbjährige Tätigkeit in der Fachambulanz einer Krankenhausabteilung mit ausgewiesenem infektiologischen Schwerpunkt.
- 6 Monate in einem Mikrobiologischen Institut oder Labor mit Schwerpunkt Mikrobiologie bzw. 1/4 Immunologie
- 1/2 Jahr der klinischen Weiterbildung kann bei einem niedergelassenen Arzt mit Schwerpunktbezeichnung "Infektiologie" abgeleistet werden.

1 Jahr der Weiterbildung im Schwerpunkt muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Zusätzlich zur Weiterbildungszeit muß der Nachweis der erfolgreichen Teilnahme am Kurs für klinische Infektiologie, Krankenhaushygiene und Tropenmedizin erbracht werden.

Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung

Vermittlung, Erwerb und Nachweis besonderer Kenntnisse und Erfahrungen in der Epidemiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik, Prophylaxe sowie Therapie von Infektionen einschließlich ihrer Manifestationen und Komplikationen.

Hierzu gehören im Schwerpunkt Infektiologie

1. besondere Kenntnisse und Erfahrungen in Ätiopathogenese, Epidemiologie, Prophylaxe, Diagnostik, Therapie
 - einheimischer Infektionskrankheiten einschließlich nosokomialer und opportunistischer Infektionen
 - Sepsis und schwere Organinfektion (Meningitis, Endo- und Myokarditis, Peritonitis, Osteoarthritis, Pyelonephritis und ähnliches)
 - der häufigsten tropischen Infektionskrankheiten
 - aller Formen immunsuppressiver Zustände, einschließlich der assoziierten Infektionssyndrome
2. Es sind Kenntnisse und Fähigkeiten auf folgenden diagnostischen Gebieten nachzuweisen
 - sachgerechtes Vorgehen bei Materialentnahme, Materialtransport in Laboratorien
 - Liquordiagnostik
 - Anfertigung, Färbung und Beurteilung von Präparaten zum Erregernachweis
 - Anfertigung und Beurteilung von Nativpräparaten zum Erregernachweis
 - Teste zum Nachweis mikrobiologischer Antigene
 - Anlegen von Blut-, Liquor- und Stuhlkulturen
 - Sensibilitätstestung
 - molekularbiologische Methoden in der mikrobiologischen Diagnostik sowie deren Indikation und Interpretation
 - parasitologische Diagnostik (unter besonderer Berücksichtigung der Malariadiagnostik)
 - Infektionsserologie und Infektionsimmunologie
 - Grundlagen der virologischen Diagnostik
3. Es sind Kenntnisse und Erfahrungen in folgenden Arbeitsgebieten und Tätigkeitsgebieten nachzuweisen:
 - Therapie der Infektionskrankheiten, insbesondere umfassende Erkenntnisse antimikrobieller Chemotherapie einschließlich Eigenschaften, Wirkungsspektrum, Pharmakokinetik, Resistenzentwicklung, Nebenwirkungen, Indikation, Dosierung und Applikation
 - klinische Bakteriologie, Mykologie, Virologie, Protozoologie, Helminthologie
 - Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen
 - rechtliche Bestimmungen, einschließlich Meldewesen bei Infektionskrankheiten
 - Mitarbeit in infektiologischen und krankenhaushygienischen Gremien

- Physiologie und Pathophysiologie des Immunsystems einschließlich der passiven und aktiven Immunisierungen, Erkennung von Impfkomplikationen
- schwerpunktspezifische Begutachtung

14. Einführung der Zusatzbezeichnung "Suchtmedizin"

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der für den 101. Deutschen Ärztetag 1998 vorgesehenen Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung folgende Ergänzungen vorzunehmen:

In die MWBO ist die Zusatzbezeichnung "Suchtmedizin" neu einzufügen.

Begründung:

Die Prävention von Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankungen, ihre Diagnostik, im besonderen aber suchtspezifische Psychotherapie, Substitution, Langzeitbehandlung, die Verknüpfung mit Legalproblemen und umfangreichen Sozialmaßnahmen erfordern einen hohen fachlichen Standard in der Weiterbildung und Berufsausübung, der mit der Zusatzbezeichnung gesichert werden soll.

15. **Qualität allergologischer Leistungen**

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

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer in Vorbereitung des 101. Deutschen Ärztetages auf, für eine Verbesserung der Qualität in der allergologischen Diagnostik und Therapie zu sorgen.

Ziel sollte sein, daß allergologische Leistungen in der Patientenversorgung nur von weitergebildeten Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden (ausgenommen Hyposensibilisierung).

Begründung:

Der zunehmenden Bedeutung des Faches Allergologie/Immunologie wurde in der Weiterbildungsordnung durch die zweijährige Weiterbildungszeit Rechnung getragen. Folge daraus muß sein, daß die komplexe Diagnostik und die oft aufwendigen therapeutischen Bemühungen auf einem qualitativ hohen Niveau erbracht werden.

16. **Ergänzung der Zusatzbezeichnung "Homöopathie"**

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer möge im Rahmen der Novellierung der WBO zum 101. DÄT die 1992 vom 95. Deutschen Ärztetag verabschiedete Zusatzbezeichnung "Homöopathie" wie folgt ergänzen:

Veränderungen gegenüber der gültigen WBO sind fett gedruckt.

Weiterbildungszeit

1. Nachweis einer mindestens 2jährigen klinischen Tätigkeit
2. Theoretische und praktische **Weiterbildung** in dem homöopathischen Heilverfahren bei einem **zur Weiterbildung in Homöopathie befugten Arztes** entweder
 - berufsbegleitend für die Dauer von 3 Jahren **mindestens 100 Stunden pro Jahr**,
oder
 - als ganztägige Weiterbildung in einer geeigneten Praxis oder Klinik für die Dauer eines Jahres
3. Teilnahme an 6 Kursen von einer Woche Dauer mit 40 Stunden oder wahlweise an einem 6-monatigen Kurs der homöopathischen Therapie, **unter Leitung eines zur Weiterbildung in Homöopathie befugten Arztes**.

Begründung:

Die gültige Weiterbildungsordnung hat dazu geführt, daß von einzelnen Ärztekammern die Notwendigkeit von Weiterbildungsbefugnissen abgelehnt wird. Es kann dann jeder Arzt mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie eine Bescheinigung über eine 3jährige Anleitung ausstellen, unabhängig vom eigenen Kenntnisstand. Somit kann nicht immer gewährleistet sein, daß die festgelegten Weiterbildungsinhalte tatsächlich vermittelt werden. Uns liegt daran, daß jeder homöopathische Arzt die ausgeübte Methode einschließlich ihrer Grenzen tatsächlich mit der nötigen Sorgfalt erlernt hat, damit der Qualitätsstandard erhalten bleibt.

17. Einführung des Schwerpunktes "Infektiologie" in der Inneren Medizin und Pädiatrie

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der Novellierung der WBO zum 101. Deutschen Ärztetag "Infektiologie" als Schwerpunkt der Inneren Medizin und Pädiatrie einzuführen.

Begründung:

Deutschland als Geburtsstätte einer wissenschaftlich begründeten Infektionsmedizin verlor während des und nach dem 2. Weltkrieg seine führende Stellung, aber vor allem auch den Anschluß an die internationale Entwicklung dieses Teilgebietes.

Was waren die Gründe dafür?

- ein zu starkes Vertrauen in die Wirksamkeit der Antibiotikatherapie und die Erfolge der Prävention,
- die Reduzierung der Infektionsmedizin nahezu allein auf die klassischen ansteckenden Erkrankungen und
- deutliche Defizite in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Was wollen wir?

- Die Versorgung infektionskranker Menschen durch fachlich besonders geschulte Ärzte. Dabei geht es nicht um die "Bagatellfälle" der Praxis, sondern um die schweren und oft anfangs unklaren Erkrankungen in der Klinik.
- Die Kenntnisse, vor allem in der Pathogenese, Diagnostik und Therapie bei viralen und parasitären Erkrankungen haben sich in den letzten Jahren fast explosiv erweitert. Auch dieser Fakt unterstreicht unsere Forderung.
- Die Infektionsmedizin darf nicht weiter autodidaktisch betrieben werden. Wir wollen eine Ausbildung zu dieser und dann auch folgerichtig die Anerkennung dieser Qualifikation.

Auf 2 Ärztetagen wurden bereits mehrere Anträge zur Infektiologie gestellt und an den Vorstand überwiesen. Das Thema wurde auch mehrfach mit dem Weiterbildungsausschuß der Bundesärztekammer besprochen und kompetente Vertreter der Inneren Medizin und der Pädiatrie haben ihre Zustimmung gegeben.

18. Änderung der Weiterbildungsordnung - Kinderheilkunde

Der Antrag von Dr. Lenk-Ostendorf (Drucksache IV-25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der für den 101. Deutschen Ärztetag 1998 vorgesehenen Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung folgende Ergänzung vorzunehmen:

Im Weiterbildungsgang für "Kinderheilkunde" wird die Forderung "Grundkenntnisse der Psychodiagnostik und Psychotherapie" wieder eingefügt.

Begründung:

Die Begründung wurde bereits beim Deutschen Ärztetag 1995 eingebracht, der aus Zeitgründen an den Vorstand überwiesene Antrag wurde mit einer Befürwortung der Vertreterversammlung der KV Bayerns und der Delegierten des Bayerischen Ärztetages 1995 (derzeitiger Stand: siehe Tätigkeitsbericht '96 S. 425, Drucksache IV-54).

19. Einführung der Zusatzbezeichnung "Diabetologie"

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der für den 101. Deutschen Ärztetag 1998 vorgesehenen Novellierung der M-WBO folgende Ergänzung vorzunehmen:

Es soll eine Zusatzbezeichnung Diabetologie eingeführt werden. Näheres wird vom WB-Ausschuß der Bundesärztekammer bis zum 101. DÄT erarbeitet.

Begründung:

1,4 Mio. Diabetiker in Deutschland sind mit den bestehenden ärztlichen Strukturen nicht flächendeckend ausreichend versorgt.

Um die Bedingungen der St. Vincent-Deklaration zu erfüllen - Vermeidungen von Amputationen, Erblindung und Nierenersatztherapie bei Diabetiker - muß die ärztliche Qualifikation durch eine ZB Diabetologie verbessert werden.

Die Umbenennung des SP Endokrinologie kann das diabetologische Defizit nicht ausfüllen. Die plakative Beschränkung auf die Endokrinologie ist dem Versorgungsauftrag kontraproduktiv. Endokrinologie enthält ohne Zusatz auch die Diabetologie.

20. Finanzierung der Weiterbildung sichern

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

Politik und Krankenkassen werden aufgefordert, bei Schaffung der Rahmenbedingungen zur Finanzierung des Gesundheitswesens dafür Sorge zu tragen, daß ärztliche Weiterbildung nicht durch (fortbestehende) Budgetierungen behindert wird. Weiterbildung kann nicht integraler Bestandteil behandlungsorientierter Budgets sein - sie muß außerhalb solcher Budgets finanziert werden.

Begründung:

Budgetierungen zwingen Praxen und Krankenhäuser dazu, alle Rationalisierungsmaßnahmen auszuschöpfen. In der Folge besteht im Krankenhaus die Gefahr, daß Arbeitsplätze zunehmend mit weitergebildeten Ärztinnen/Ärzten besetzt werden, weil diese - ökonomisch betrachtet - effektiver arbeiten können als Kolleginnen und Kollegen, die sich in der Weiterbildung befinden. Und in den Vertragspraxen werden WB-Assistenten vielfach gar nicht oder nur mit untertariflicher Vergütung beschäftigt.

Quantitativ und qualitativ gesicherte WB in Krankenhaus und Praxis jedoch ist unverzichtbar für den langfristigen Erhalt unserer anerkannt hochwertigen Patientenversorgung. Auch unserer nachfolgenden Ärztegeneration sind wir kontinuierliche Weiterbildung schuldig.

Unsere Forderung nach gesicherten Weiterbildungsmöglichkeiten besteht gleichermaßen für den stationären wie für den ambulanten Bereich.

21. Ergänzung der Zusatzbezeichnung "Umweltmedizin"

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

Der Vorstand der BÄK wird beauftragt, in Vorbereitung des 101. DÄT 1998 im Abschnitt II, Bereich 22 der (Muster-)Weiterbildungsordnung (Umweltmedizin), Ziffer 2 um folgenden Text zu ergänzen:

"Diese Voraussetzung gilt auch als erfüllt, wenn Ärzte eine gleichwertige Tätigkeit in der Umweltmedizin nachweisen, wobei der Erwerb eines gleichwertigen Weiterbildungsstandes in einer Prüfung nachgewiesen werden muß."

Begründung:

Der Mangel an Weiterbildenden würde nach Ablauf der Übergangsfristen zu einem "Aussterben" der Zusatzbezeichnung führen. Damit würden diejenigen, die die Bezeichnung führen können, eine nicht gewünschte Exklusivität erhalten; darüber hinaus könnte eine flächendeckende Versorgung mit umweltmedizinischen Leistungen nicht gewährleistet werden!

22. Änderung der Zusatzbezeichnung "Flugmedizin" (1. Teil)

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer möge im Rahmen der Vorbereitung des 101. Deutschen Ärztetages darauf hinwirken, daß in der Weiterbildungsordnung für Flugmedizin unter "Weiterbildungszeit" in Ziffer 1 die Worte "2-jährige Weiterbildung in Innere Medizin" zu streichen und durch "2-jährige Weiterbildung in klinischen, flugmedizinisch relevanten Gebieten - Allgemeinmedizin, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde, HNO-Heilkunde, Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie" ersetzt werden.

Begründung:

Die ausschließliche Weiterbildung in Innerer Medizin ist heute völlig obsolet. Andere Fachgebiete sind in ihrer Bedeutung für die Flugmedizin als gleichwertig anzusehen. Die Zahlen der Entscheidungsfälle im "Fliegerärztlichen Ausschuß für Luftfahrtpersonal des Bundesministers für Verkehr" beweisen dies hinfällig. Von jeweils 100 Entscheidungen entfällt mehr als die Hälfte auf ophthalmologische Probleme, gefolgt von 35 kardiologischen Fällen. Der Rest verteilt sich auf die Gebiete Orthopädie, Psychiatrie, HNO und Suchtprobleme.

23. Änderung der Zusatzbezeichnung "Flugmedizin" (2. Teil)

Der Antrag von Frau Dr. Simons (Drucksache IV-32) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer soll im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung zum 101. DÄT darauf hinwirken, daß in der Weiterbildungsordnung für Flugmedizin unter "Weiterbildungsinhalt" in Ziffer 2 die Worte "über mehrere Zeitzonen" durch die Worte "über mindestens 5 Zeitzonen" ersetzt werden.

Begründung:

Die ungenaue Bezeichnung "mehrere Zeitzonen" wurde von Antragsstellern dahingehend gedeutet, daß die Bedingungen mit nur 2 Zeitzonen erfüllt seien. Der Sinn der Zeitzonenflüge besteht darin, Erfahrungen über die Belastung des Cockpit - wie des Kabinenpersonals aufgrund der durch die Zeitverschiebung gestörten Biorhythmik mit Auswirkungen auf die Vigilanz und Leistungsfähigkeit

zu sammeln. Eine Desynchronisation des biologischen Tag-/Nachtrythmus ist jedoch erst durch eine Zeitverschiebung von mind. 5 Stunden in westliche oder östliche Richtung gewährleistet. Besonders die Ermüdung - sowohl die zentralnervöse als auch die Muskelermüdung, wird durch die Zeitverschiebung beeinflusst. Durch einen Cockpitflug wird das besonders veranschaulicht.

24. Änderung der Fachkunde "Bronchoskopie" im Fachgebiet "Innere Medizin"

Der Antrag von Prof. Dr. Brandt (Drucksache IV-33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen der nächsten Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung folgende Ergänzung vorzunehmen.

Eine Fachkunde "Bronchoskopie" für Internisten kann nur erworben werden wenn:

1. die fakultative Weiterbildung "Internistische Röntendiagnostik" erworben wurde.
2. eine Bildverstärker-Fernseh-Kette zur Verfügung steht.

25. Gliederung im Fachgebiet der Neuropathologie

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

Die Gliederung soll wie folgt erfolgen:

- 6 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Abs. 1, davon
- 4 Jahre Neuropathologie
 - 1 Jahr Pathologie
 - 1 Jahr Neurologie oder Neurochirurgie oder Psychiatrie oder Neuroradiologie oder Neuropädiatrie

Die Gesamtdauer der Weiterbildungszeit beträgt 6 Jahre und bleibt unverändert.

Begründung:

Verlängerung der Weiterbildung in Neuropathologie von 3 auf 4 Jahre, 1 Jahr Pathologie ist laut Deutscher Gesellschaft für Neuropathologie ausreichend. Die Verlängerung ist fachlich erforderlich.

26. Änderung des § 4 Abs. 6 der Muster-WBO (angemessene Vergütung)

Der Antrag von Herr Thierse (Drucksache IV-35) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

§ 4 Abs. 6 der Muster-WBO wird geändert, wie folgt:

"Die Weiterbildung ist grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung mit angemessener Vergütung durchzuführen."

Gleichzeitig wird der Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, mit den Vertretern der Bundesländer Verhandlungen darüber aufzunehmen, daß eine entsprechende Rechtsgrundlage in die Kammer- und Heilberufsgesetze aufgenommen wird.

Begründung:

Der Antragsinhalt spricht m.E. für sich. Die Formulierung für die Muster-WBO entspricht der geltenden hessischen WBO.

27. Neues Weiterbildungskonzept

Der Antrag von Frau Dr. Hauenstein (Drucksache IV-36) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag beobachtet mit großer Besorgnis die zunehmende Zersplitterung des deutschen Gesundheitswesens und beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer grundsätzlich zu beraten, ob der bisherige Weg der Weiterbildungsordnung in eine Sackgasse führt.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, 1997 zum 100. Ärztetag neue Konzepte vorzulegen, die einerseits der Weiterentwicklung der Medizin gerecht werden, die jetzt beklagte zunehmende Zersplitterung jedoch verhindern.

Hausarzt- Facharztproblematik

28. Neugliederung der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin zur Lösung der Hausarzt/Facharzt-Problematik

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-2) unter Berücksichtigung des Antrages von Dr. v. Ascheraden (Drucksache IV-2b) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer für den Deutschen Ärztetag 1997, einen im Hinblick auf eine hausärztliche Tätigkeit neuformulierten Weiterbildungsgang für das Gebiet Allgemeinmedizin vorzulegen.

Begründung:

Neugliederung der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin zur Lösung der Hausarzt/Facharzt-Problematik

Die Ärzteschaft fordert seit über 20 Jahren eine deutliche Stärkung der hausärztlichen Versorgung, insbesondere durch die Förderung der Allgemeinmedizin.

Mit den bisher ergriffenen Maßnahmen konnte jedoch dieses Ziel nicht erreicht werden.

Es kam zu einem deutlich größeren Zuwachs von Fachärzten als von Ärzten für Allgemeinmedizin.

Da politisch unterstellt wird, daß ein nicht ausreichend entwickeltes hausärztliches Versorgungssystem und ein überbetontes spezialistisches Versorgungssystem unökonomisch sei, hat der Gesetzgeber bei der Novellierung des Sozialrechtes eine Gliederung der Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung festgelegt und den Inhalt der hausärztlichen Versorgung (§§ 73 SGB V) beschrieben.

An der hausärztlichen Versorgung nehmen Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teil.

Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung mußten sich bis zum 31.03.1996 entscheiden, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen wollen.

Über diese Regelungen im Sozialrecht hinaus, ist die Ärzteschaft durch die Gesundheitsminister der Länder mehrfach aufgefordert worden, in der ärztlichen Selbstverwaltung dafür Sorge zu tragen, daß eine ausreichende hausärztliche Versorgung dahingehend entsteht, daß die hausärztliche Versorgung als eine Einheit definiert wird. Dieser politische Wille geht somit qualitativ über die Regelungen des §§ 73 SGB V hinaus.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder läßt erkennen, daß eine nicht ausreichende Lösung dieses Problems durch die ärztliche Selbstverwaltung dazu führen wird, daß eine auf dieses Ziel hinführende gesetzliche Regelung auf länderrechtlicher Grundlage zu erwarten ist.

Die innerärztliche Problematik besteht darin, daß das Feld der "hausärztlichen Versorgung" von zwei Arztgruppen, den Ärzten für Allgemeinmedizin (Praktischen Ärzten) und nichtspezialistisch tätigen Ärzten für Innere Medizin in der Patientenversorgung wahrgenommen wird.

Beide Arztgruppen haben jedoch auf der Grundlage einer unterschiedlichen Weiterbildung unterschiedlichen Zugang zu den für die Patientenversorgung notwendigen diagnostischen und therapeutischen Verfahren.

Die Gremien der Bundesärztekammer haben den sich aus dieser Gesamtsituation ableitenden dringlichen Handlungsbedarf erkannt und begonnen, Problemlösungen zu erarbeiten, die dem 99. Deutschen Ärztetag 1996 in Köln mit der Bitte vorgestellt werden sollen, zu entscheiden, für welche der denkbaren Lösungsmöglichkeiten detaillierte Weiterbildungsgänge zur Aufnahme in die (Muster-) Weiterbildungsordnung erarbeitet werden sollen. Die Weiterbildungsgänge könnten dann von zukünftigen Deutschen Ärztetagen beraten werden. Beratungszeit ist nötig, da sich die verschiedenen Lösungsmöglichkeiten unterschiedlich auf andere Rechtskreise auswirken.

Bei allen Überlegungen ist unstrittig, daß Ärzte für Kinderheilkunde, die nicht in einer Subspezialisierung der Kinderheilkunde tätig sind, die hausärztliche Versorgung des Kindes von der Geburt bis zum Abschluß der somatischen Entwicklung wahrnehmen.

Sie sind daher bei den nachfolgenden Überlegungen nicht Gegenstand der Diskussion.

Zur Lösung der Hausarzt/Facharzt-Problematik ergeben sich vier Lösungsmodelle:

1. Das Gebiet Allgemeinmedizin wird mit der Inneren Medizin, die nicht in einem Schwerpunkt ausgeübt wird (allgemeine Innere Medizin), zu einem Gebiet zusammengeführt, das dann die hausärztliche Versorgung übernimmt. Die Schwerpunkte der Inneren Medizin werden eigene Gebiete.
2. Das Gebiet Allgemeinmedizin wird aufgegeben und es wird im Gebiet der Inneren Medizin ein Schwerpunkt "Hausärztliche Medizin" geschaffen, der umfassend die hausärztliche Versorgung sicherstellt.
3. Die Innere Medizin bleibt inhaltlich in ihrem Weiterbildungsgang im wesentlichen unverändert, wird aber nur rein spezialistisch tätig und hat keine Versorgungsfunktionen in der umfassenden hausärztlichen Versorgung mehr. Gleichzeitig wird das Gebiet Allgemeinmedizin dahingehend in seinem Weiterbildungsgang verändert, daß es mit einer neuen Definition versehen, alleinig die umfassende hausärztliche Betreuung des Patienten in seinem somatischen und psychischen Befinden, ergänzt um die auf den Gesundheitszustand einwirkenden sozialen Befindlichkeiten, wahrnimmt.
4. Die Ärzteschaft vertritt die Auffassung, daß es zur qualitativ hochwertigen Sicherstellung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung keiner aktiven Veränderung der derzeitigen Situation bedarf.

Mit jedem der vier Lösungsmodelle verbinden sich spezifische Vorteile und spezifische Probleme. Auch die innerärztliche Akzeptanz bei den Lösungsmodellen ist unterschiedlich einzuschätzen und wohl auch arztgruppenspezifisch unterschiedlich.

Bei den Beratungen der Akademie für Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer und von Ausschuß und Ständiger Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" der Bundesärztekammer und Landesärztekammern wurde erkennbar, daß im wesentlichen zwei Lösungsmodelle eingehender diskutiert werden.

Diese sind:

1. Die Neugestaltung des Weiterbildungsganges Allgemeinmedizin, um den zukünftigen Allgemeinmediziner zur umfassenden Versorgung der neu definierten hausärztlichen Versorgung zu befähigen, bei gleichzeitiger Verlagerung des internistischen Tätigkeitsfeldes in die fachärztliche Versorgung (Differenzierungsmodell).

2. Zusammenführung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und der Weiterbildung des Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung zu einem Weiterbildungsgang für einen Arzt, der umfassend die hausärztliche Versorgung wahrnimmt (Verschmelzungsmodell). Gleichzeitig würden die Schwerpunkte der Inneren Medizin zu eigenständigen Gebieten eines konservativ-medizinischen Bereiches .

Alle Veränderungen haben, wenn sie zu einem sinnvollen Ergebnis führen sollen, zwei wesentliche Voraussetzungen:

1. Die Neuordnung kann nur so geschehen, daß in der Berufsausübung und in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte davon unberührt bleiben.
2. Es müssen Rahmenbedingungen durch sozialrechtliche Novellierungen geschaffen werden, sowie ärztliche Vergütungssysteme gegeben sein, die dem Sinne der Neuorientierung entsprechen. Ferner müssen Steuerungsmechanismen installiert werden, die eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten für die allgemeinärztliche Versorgung bei gleichzeitiger Reduktion der Zahl spezialistisch tätiger Ärztinnen und Ärzte hervorbringt.

Die Konzentration der Hausarztqualifikation auf den Allgemeinarzt und die dementsprechend erforderliche Gestaltung einer fünfjährigen Weiterbildung erfordert die Sicherstellung ausreichender Weiterbildungsmöglichkeiten für dieses neu strukturierte Fachgebiet (Schaffung von Rotationsstellen, Splittung von Weiterbildungsstellen). Sie erfordert des weiteren die Schaffung ausreichender Weiterbildungsmöglichkeiten für angehende Allgemeinärzte in der ambulanten Versorgung - auch mittels finanzieller Fördermaßnahmen -.

29. Allgemeinmediziner als Hausärzte

Auf Antrag von Dr. Schagen (Drucksache IV-16) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

1. Der Deutsche Ärztetag stellt fest, daß die hausärztliche Versorgung in Zukunft in erster Linie durch Fachärzte für Allgemeinmedizin erfolgen soll. Die hausärztliche Versorgung von Kindern durch Fachärzte für Kinderheilkunde bleibt davon unberührt.
2. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, daß
 - sowohl im Berufsrecht, in der Weiterbildungsordnung, wie auch im Sozialversicherungsrecht (SGB V) eine klare Unterscheidung der fachärztlichen Aufgaben zukünftiger Internisten und der hausärztlichen Aufgaben zukünftiger Allgemeinärzte auf hohem Niveau ihren Niederschlag findet,
 - die Weiterbildungsmöglichkeiten für Allgemeinmedizin in Krankenhäusern und Praxen qualitativ und quantitativ verbessert werden.

30. Erhalt der Inneren Medizin als Basisfachgebiet

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

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt, die Innere Medizin als Basisfachgebiet neben der Allgemeinmedizin auch in Zukunft zu erhalten. Die Innere Medizin ist bei Vermittlung und Erwerb alltagspraxisrelevanter Inhalte in der Weiterbildung nicht durch die Summe ihrer Schwerpunkte oder durch eine neukonzipierte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ersetzbar.

Begründung:

Im Rahmen der Diskussion über die Neukonzeption der Allgemeinmedizin wurde wiederholt die Frage nach der Zukunft der Inneren Medizin gestellt.

In Deutschland arbeiten z.Zt. ca. 83 % der Internisten ohne Schwerpunktanerkennung. Trotz der zunehmenden Spezialisierungstendenzen der Internisten werden aber auch in Zukunft (allgemeine)

Internisten in adäquater Qualität in Kliniken und Praxen benötigt. Sie sind u.a. auch notwendig, um den Nachwuchs im Gebiet zu qualifizieren und die Basis für die Weiterbildung in den acht Schwerpunkten zu garantieren, um die perspektivisch geforderte längere internistische Weiterbildung für Allgemeinmediziner und andere Fachgebiete mit anrechenbaren Weiterbildungszeiten gewährleisten zu können.

31. Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache IV-4) unter Berücksichtigung des Antrages von Frau Dr. Mehlhorn (Drucksache IV-4a) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Eine ambulante ärztliche Versorgung ist ohne qualifizierte Allgemeinärzte nicht sicherzustellen. Der allgemeinmedizinische Versorgungsauftrag bedarf einer besonders breiten und gut durchdachten Weiterbildung. Aus diesem Grunde fordert er

1. eine Verlängerung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung von drei auf fünf Jahre,
2. an jedem dafür geeigneten Krankenhaus mindestens zwei Rotationsstellen für die allgemeinärztliche Weiterbildung,
3. eine BAT-Vergütung für die Zeit der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung, wie es die Berufsordnung vorsieht und Bezahlung durch die Krankenkassen.

Begründung:

zu 1:

Die Verlängerung der Weiterbildungszeit ist notwendig, um dem breit angelegten Fachgebiet der Allgemeinmedizin voll gerecht werden zu können.

Das Argument, daß innerhalb der Europäischen Union die meisten Länder eine nur dreijährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin haben, läßt sich aus zwei Gründen entkräften. Erstens sind die deutschen Weiterbildungszeiten für fast alle Fachgebiete wesentlich länger als die nach den EWG-Richtlinien vorgeschriebenen Mindestzeiten und zweitens ist die Zahl der ausländischen Ärztinnen und Ärzte aus EU-Staaten, die sich in Deutschland niedergelassen haben, nach 20 Jahren Freizügigkeit mit weniger als 1.000 Kolleginnen und Kollegen insgesamt, d.h. über alle Fachgebiete, angesichts der Gesamtzahl von 110.000 niedergelassenen Ärzten in Deutschland zu vernachlässigen.

zu 2:

Jungen Ärzten ist es nicht länger zumutbar gezwungen zu sein, Interesse an der Weiterbildung zu einem speziellen Fachgebiet vorzutauschen, wenn sie in Wirklichkeit Allgemeinärzte werden wollen. Daher sollen alle für die Weiterbildung Allgemeinmedizin geeigneten Krankenhäuser feste Rotationsstellen einrichten. (Krankenhäuser, die derartige Stellen länger als ein Jahr nicht besetzen, sollten zu Ausgleichsabgaben in Höhe eines halben BAT-Gehaltes pro nicht besetzter Stelle an die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet werden).

zu 3:

Die Notlage der Weiterbildungsassistenten, die als Assistenten in allgemeinärztlichen Praxen arbeiten müssen, darf nicht ausgenutzt werden. Auch Ihnen steht eine Vergütung in Höhe der BAT-Tarife zu. Zur Weiterbildung befugte Ärzte, die den Zuschuß für die Bezahlung von Weiterbildungsassistenten in Anspruch nehmen wollen, sollten der Kassenärztlichen Vereinigung den dazugehörigen Anstellungsvertrag vorlegen.

Der Nachwuchs in der Allgemeinmedizin muß eine reelle Chance erhalten. Die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit trägt hier Verantwortung und muß die seit Jahren aufgestellten und beschlossenen Forderungen endlich realisieren.

32. Weiterbildungszeiten in der Allgemeinmedizin

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

3 Jahre Weiterbildungszeit

2 Jahre Klinische Tätigkeit bzw. ärztliche Tätigkeit

Analog öffentliches Gesundheitswesen

33. Haus- und gebietsärztliche Tätigkeit von Internisten

Der Antrag von Dr. Lippross (Drucksache IV-37) wird in 2. Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Internisten, die vor Änderung der Weiterbildungsordnung ihre Weiterbildung abgeschlossen haben, können weiterhin - entsprechend ihrem Weiterbildungsstand - gleichzeitig sowohl hausärztlich als auch gebietsärztlich tätig bleiben.

Begründung:

Der Status vieler internistischer Praxen ist aus der Entwicklung heraus sowohl hausärztlich als auch gebietsärztlich ausgerichtet. Das Patientenklintel hat sich darauf eingestellt und der Arzt hat entsprechende langfristige Investitionen vorgenommen. Außerdem entspricht dieser Tatbestand der Aussage unter Absatz 1 Seite 4 des Beschlusantrages des Vorstandes.

ZU PUNKT V DER TAGESORDNUNG: NOVELLIERUNG DER (MUSTER-)BERUFS- ORDNUNG

1. Novellierung der (Muster-)Berufsordnung

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-1) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

1. Der Deutsche Ärztetag begrüßt das Vorhaben des Vorstandes, zum 100. Deutschen Ärztetag 1997 den Entwurf einer Novellierung der Muster-Berufsordnung vorzulegen und nimmt die Erwägungen hierzu zustimmend zur Kenntnis (nachstehend **Teil A**).
2. Der Deutsche Ärztetag nimmt die für eine Novellierung vorbereiteten Grundsätze
 - a) zu einer neuen Struktur der Muster-Berufsordnung (nachstehend **Teil B**)
 - b) zur Aufnahme neuer Regelungskomplexe (nachstehend **Teil C**)

zustimmend zur Kenntnis. Der Vorstand wird beauftragt, unter Berücksichtigung der Beratungen des Deutschen Ärztetages dazu konkrete Novellierungsvorschläge zu unterbreiten.

3. Der Vorstand wird ferner beauftragt, in die Novellierungsvorschläge alle weiteren Beratungsergebnisse des Deutschen Ärztetages einzubeziehen.*

* Zur Information und zur Unterstützung der Beratungen ist ein Anhang beigelegt, der bisherige Diskussionsergebnisse zusammenfaßt. Der Anhang ist nicht Gegenstand der Beschlußfassung.

A.
Allgemeine Erwägungen
zur Novellierung der Muster-Berufsordnung

I. Ausgangslage

1. Der 98. Deutsche Ärztetag 1995 in Stuttgart hat folgenden Beschluß gefaßt:

"Die Muster-Berufsordnung (MBO) soll im Rahmen des gesetzlichen Selbstverwaltungsauftrages der Ärztekammern auf dem 99. Deutschen Ärztetag im Zuge eines ordentlichen Tagesordnungspunktes erneut zur Diskussion stehen.

2. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat beschlossen, diesem Auftrag in einem zweistufigen Verfahren zu entsprechen.
- Zunächst sollen auf dem 99. Deutschen Ärztetag 1996 in Köln auf der Grundlage von Vorschlägen des Vorstandes für eine Novellierung der Muster-Berufsordnung Diskussions- und Beratungsergebnisse des Deutschen Ärztetages gesammelt werden;
 - für den 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach soll auf diesem Material fußend der

Entwurf einer Novelle der Muster-Berufsordnung

vorgelegt werden.

II. Allgemeine Rahmenbedingungen

1. Berufsordnung als Gestaltungsmittel der ärztlichen Selbstverwaltung

In der geschichtlichen Entwicklung der ärztlichen Selbstverwaltung nehmen die "Standesordnungen" - heute Berufsordnungen - einen überragenden Stellenwert ein: Sie sind das identitätsstiftende Merkmal der Selbstgestaltung des ärztlichen Pflichtenkreises als Ausdruck der allgemeinen Überzeugung des Berufsstandes über die Ausübung des freien ärztlichen Berufs. Der Bestand der Berufspflichten, wie sie in den Berufsordnungen der Landesärztekammern unter Berücksichtigung von rechtlichen und tatsächlichen Entwicklungen seit Jahrzehnten im wesentlichen unverändert bestehen, hat sich bewährt.

Veränderungen in Anschauungen und Wertungen, aber auch Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung erfordern Folgerungen für die Berufsordnungen, die prägende und zukunftsweisende Regeln enthalten. Novellierungen sind daher unerläßlich und erweisen die Fähigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung, zeitnah und realitätsgerechte Problemlösungen für die Bedingungen der ärztlichen Berufsausübung zu finden.

Die praktische Bedeutung der einzelnen Berufspflichten ist unterschiedlich.

Die bisherigen Regelungen haben ein systematisches "Ungleichgewicht" in der inhaltlichen Bezogenheit der Berufspflichten auf das berufliche Verhalten der Ärzte untereinander und in der Öffentlichkeit einerseits und das berufliche Verhalten der Ärzte gegenüber Patienten im Rahmen ihrer Berufsausübung andererseits ergeben. Eine Prüfung des "Patientenbezugs" der Berufspflichten ist erforderlich. Auch erscheint eine Anpassung durch die Zurückdrängung "technischer Details" der Praxisführung und -ankündigung aus der Regelung der Berufspflichten selbst und ihrer Aufnahme in besondere Regelungen angezeigt.

Daneben konzentrieren sich Diskussionen über weitere Entwicklungen zumeist auf die insoweit im Vordergrund stehenden Regeln über die Praxisausübung und die Praxisankündigung. Hier hat sich ergeben, daß eine Anpassung der Regelungen an die geänderten Bedürfnisse der Versorgung und der Patienteninformation - auch in modernen Medien - geboten ist. Ebenso sind Wünsche zu einer erweiterten Möglichkeit der Ankündigung ärztlicher Leistungen in der Öffentlichkeit geäußert worden. Eine Berücksichtigung neuerer Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist ebenfalls geboten.

2. Kammer- und Heilberufsgesetze

Den gesetzlichen Rahmen für die als autonome Rechtssetzung geschaffenen Berufsordnungen bestimmen die Kammer- und Heilberufsgesetze. Die nachstehenden Novellierungserwägungen berücksichtigen deshalb diesen gesetzlichen Rahmen. Soweit zur Verwirklichung einzelner Vorschläge gesetzliche Regelungen erforderlich sind, sollen diese Vorschläge mit den Landesgesetzgebern erörtert werden, um in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern die entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen.

III. Begrenzte Weiterentwicklung

Eine grundsätzliche Neufassung der Berufspflichten der Muster-Berufsordnung der geltenden Fassung (1995) ist nicht erforderlich. Vielmehr bedarf es einer inhaltlichen Weiterentwicklung, die teilweise Neuregelungen enthalten muß, allerdings auch Neubearbeitungen der Regelungen und redaktionell-systematische Überarbeitungen.

B.
"Neue Struktur"

I. Eine funktionale Gliederung schaffen

Die Muster-Berufsordnung soll neu gegliedert werden. Die Berufspflichten sollen nach ihrem Regelungsinhalt und Schutzzweck systematisiert werden.

Die folgende Gliederung soll geprüft werden:

Gelöbnis

1. Allgemeine Pflichten der Ärzte
2. Pflichten der Ärzte gegenüber ihren Patienten
3. Berufliches Verhalten der Ärzte untereinander
4. Pflichten der Ärzte bei der Zusammenarbeit untereinander und mit anderen Berufen des Gesundheitswesens einschließlich Formen der Berufsausübung
5. Anhänge (Hier sollen Regelungen aufgenommen werden, welche Einzelheiten bestimmter Berufspflichten ausformen.)

II. Verständlichkeit erhöhen

Neben der Zusammenstellung der Berufspflichten in einer neuen Systematik soll eine "Zweiteilung" geprüft werden:

1. Die Berufspflichten werden in ihrem grundlegenden Regelungsgehalt in einem Paragraphen-Teil kodifiziert.
2. Aus sachlichen Gründen notwendige ergänzende Details einzelner Berufspflichten ("Ausführungsbestimmungen") sollen - mit derselben Rechtsqualität - in Anhängen zur Muster-Berufsordnung aufgenommen werden. Empfohlen wird dies z.B. für die Detailregelungen der gemeinsamen Berufsausübung oder zu Einzelheiten unerlaubter berufswidriger Werbung oder zu den Regelungen über die Größe und Anordnung von Praxisschildern.

C. Grundlegende Änderungen

1. "Generalpflichtenklausel" und eine Ergänzung: "Grundsätze ordentlicher ärztlicher Berufsausübung ("Patientenrechte")"

Die MBO hat auch zum Ziel, der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient eine rechtliche Ordnung zu verleihen. § 1 Abs. 3 MBO verpflichtet den Arzt, "seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen". Nicht immer stellen Fälle einer Vertrauensverletzung einen Berufspflichtenverstoß im Sinne dieser Vorschrift dar. Dennoch sind solche Fälle Anlaß zu Patientenbeschwerden. Die Verantwortung der Ärzteschaft für die Professionalität ihrer Berufsausübung und Gewährleistung der vertrauensvollen Erfüllung der Behandlungsaufträge erfordert eine systematische Befassung mit diesen Problemen. Die Antwort darauf sollte die Schaffung eines Kodex von Verhaltensregeln in "Grundsätzen ordentlicher ärztlicher Praxis" sein. Sie stellen ein ergänzendes System im Berufsrecht dar.

Solche Regeln sind nicht Berufspflichten im engeren Sinne der durch Berufsgerrichtsmaßnahmen sanktionierbaren Normen. Sie sind vielmehr übereinstimmender Ausdruck einer Anschauung über Verhaltensregeln. Werden sie verletzt, sollte die systematische Möglichkeit geschaffen werden, ein kollegiales Ermahnungsverfahren unter Beteiligung des Arztes - dieser sollte zur Teilnahme verpflichtet werden können - einzuleiten. Soweit es dafür gesetzlicher Grundlagen bedarf, werden die Landesgesetzgeber aufgefordert, sie zu schaffen.

Die Verhaltensregeln sollten Hinweise enthalten zur Professionalität des ärztlichen Verhaltens, der Vertretbarkeit der medizinischen Maßnahmen, der Aufklärung und Information des Patienten, der Einsicht in Unterlagen, der ärztlichen Vorgehensweise bei ressourcenbegrenzten Behandlungsbeschränkungen usw..

2. **Werbung, Ankündigung der Tätigkeit, Patienteninformation (§§ 25, 26, 28, 33, 34, 35, 36 MBO)**

a) Das Verbot der Anpreisung ("Werbeverbot") bleibt bestehen.

Anhang

Bisher vorliegende Diskussionsvorschläge zur Novellierung der MBO

- I. Der Vorstand wird unbeschadet der Beschlüsse zu B. und C. alle Beratungsergebnisse der Verhandlungen des Deutschen Ärztetages in die Prüfungen der künftigen Novellierungsvorschläge einbeziehen.

- II. Unter anderem sind bisher folgende Diskussionsvorschläge eingebracht worden, welche als Anregungen für die Novellierung dienen sollen:
 1. **Besondere medizinische Verfahren**
 - a) Die Berufspflichten bei Anwendung besonderer medizinischer Maßnahmen (§ 1, §§ 6 - 9 MBO) sollen zusammengefaßt werden.
 - b) Es soll zugleich die Möglichkeit einer Generalklausel geprüft werden. Hierbei soll insbesondere eine Verbindung mit den Empfehlungen der Bundesärztekammer für besondere medizinische Verfahren hergestellt werden. Geprüft werden soll folgende Regelung: Der Arzt soll bei medizinischen Verfahren, für welche die Bundesärztekammer auf der Grundlage von Leitlinien z.B. des Wissenschaftlichen Beirats Empfehlungen ausgesprochen hat, diese Empfehlungen beachten. Damit könnte zugleich die Folge verbunden werden, daß der Arzt den Patienten besonders darüber aufzuklären hat, wenn er von diesen Empfehlungen abweicht.

 2. **Aufklärung von Patienten**

Es soll geprüft werden, ob eine Berufspflicht des Arztes zur Aufklärung des Patienten im Zusammenhang mit den Grenzen seines Krankenversicherungsschutzes und den Kosten der Behandlung geschaffen werden soll, wenn der Versicherungsschutz für den Arzt erkennbar ist.

 3. **Zusammenarbeit von Ärzten und kollegiales Verhalten (§§ 4, 19 - 22 MBO)**
 - a) Die Vorschriften sollen zusammengefaßt und redaktionell bearbeitet werden.
 - b) Eine Präzisierung der Regelung über die Beteiligung anderer Ärzte an der Vergütung (§ 19 Abs. 2 MBO) soll geprüft werden.
 - c) Streichung des § 20 MBO sollte erwogen werden.

 4. **Schweigepflicht (§ 3 MBO)**
 - a) Ergänzende Regelungen über die Schweigepflicht bei Kooperationsformen ärztlicher Tätigkeit sind zu prüfen.
 - b) Im Hinblick auf Vorgaben in Kammer- und Heilberufsgesetzen sind Regelungen über die Behandlung von Patientendaten bei Praxisaufgabe, Praxisnachfolge, Nachfolge des Betriebsarztes sowie bei der Übermittlung an ärztliche Verrechnungsstellen unter Wahrung des bisherigen Regelungsbestandes aufzunehmen.

 5. **Haftpflichtversicherung (§ 12 MBO)**

Sollen Regelungen zu Vereinbarungen über die Beschränkung der Haftpflicht zugelassen werden?
Oder: Streichung der Vorschrift?

6. Ausübung der Praxis (§ 13 MBO)

- a) Die "ausgelagerte Praxisstätte" soll inhaltlich definiert werden, um Umgehungen des Zweigpraxisverbots zu verhindern.
[Frage:
Soll das Zweigpraxisverbot aufrechterhalten bleiben oder modifiziert werden?]
- b) Es sollte geprüft werden, ob Grundsätze zur persönlichen Leistungserbringung aufgenommen werden sollen.

7. Verträge (§ 14 MBO)

Die Vorlage der Verträge soll zur Pflicht gemacht werden.

8. Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen (§ 16 MBO)

Die Streichung der Vorschrift soll geprüft werden.

9. Honorar (§ 18 MBO)

Die Vorschrift ist zu vereinfachen:

- a) § 18 Abs. 1 MBO ist zu vereinfachen.
- b) § 18 Abs. 3 MBO ist zu streichen.
[Alternative: Streichung des § 18, weil Sachverhalt abschließend durch GOÄ geregelt]

10. Gemeinsame ärztliche Berufsausübung (§§ 23 ff. MBO)

- a) Die Vorschriften sind zu vereinfachen: Bis auf den Grundsatz sollen die sonstigen Regelungen in einen Anhang aufgenommen werden.
- b) Es sollen Vorschriften geprüft werden, welche die ärztliche Berufsausübung in Gesellschaften angestellter Ärzte berufsrechtlich konkretisieren, um dem Arzt eine rechtliche Grundlage für entsprechende Anstellungsverträge zu geben, welche die Freiheit seiner ärztlichen Berufsausübung sichern.

11. Verbot der Zuweisung gegen Entgelt (§ 22 MBO)

Im Rahmen dieser Vorschrift ist zu präzisieren, daß die Zusammenarbeit von Ärzten in bestimmten Kooperationsformen, welche darauf angelegt sind, Patienten eine umfassende Versorgung zu gewährleisten, nicht gegen das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt verstoßen.

12. Verordnungen, Begutachtungen, Arzt und Industrie (§§ 30 bis 32 MBO)

Eine Änderung - von redaktionellen Bearbeitungen abgesehen - ist nicht erforderlich.

2. Novellierung der (Muster-)Berufsordnung

Der Antrag von Dr. Arnold Schüller (Drucksache V-2) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Delegierten der Ärztekammer Nordrhein geben dem 99. Deutschen Ärztetag den Entwurf einer Neufassung der Musterberufsordnung zur Kenntnis, den der Vorstand der Ärztekammer Nordrhein erarbeitet hat (Anlage). Es wird beantragt, diese Fassung in die Beratungen zum 100. Deutschen Ärztetag einzubeziehen.

Begründung:

Die Entwurfsfassung berücksichtigt die allgemeinen Erwägungen des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Novellierung der Musterberufsordnung.

Die Entwurfsfassung orientiert sich an folgenden Kriterien:

1. Notwendigkeit der Regelung
2. realistische Anforderungen
3. Zeitunabhängige Generalklausel in Verbindung mit Sonderrichtlinien
4. Normenklarheit
5. Verständlichkeit und Klarheit des Aufbaus

(Stand: 04.10.1995)

Entwurf einer Neufassung der Berufsordnung

§ 1

Wesen ärztlicher Berufsausübung

- (1) Ärztinnen und Ärzte sind in Ausübung ihres Berufes ausschließlich dem Leben, der Gesundheit und der persönlichen Integrität ihrer Patientinnen und Patienten sowie der Gesundheit der Bevölkerung verpflichtet. Sie sind Heiler, Helfer, Beistand der Gefährdeten, Erkrankten und Sterbenden.
- (2) Es ist ihre Aufgabe, Leben zu retten, Krankheit zu heilen, Gesundheit zu erhalten, Leiden zu lindern, Sterbenden beizustehen und dabei die persönliche Freiheit und menschliche Würde ihrer Patientinnen und Patienten zu wahren.
- (3) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft und nach den Regeln der ärztlichen Kunst auszuüben und die für die Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu beachten. Sie haben dem besonderen Vertrauen, das ihnen die Öffentlichkeit entgegenbringt, zu entsprechen.
- (4) Ärztinnen und Ärzte üben unabhängig von der Rechtsstellung ihren ärztlichen Beruf frei sowie eigenverantwortlich und persönlich aus. Der ärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf, er ist kein Gewerbe.

§ 2

Formen der Berufsausübung

- (1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen, in gewerblicher Form oder bei Beschäftigungsträgern, die gewerbsmäßig ambulante heilkundliche Leistungen erbringen, ist berufswidrig, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen. Auf Antrag kann die Ärztekammer hiervon eine Ausnahme erteilen, wenn sichergestellt ist, daß die Berufsordnung beachtet wird.
- (2) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit setzt die Niederlassung oder Beschäftigung in einer Praxis / Privatkrankenanstalt oder einem Krankenhaus voraus. Die Niederlassung ist durch ein Praxisschild anzukündigen.
- (3) Das Betreiben einer Zweigpraxis, weiterer Praxissitze oder das Abhalten von Sprechstunden außerhalb der Praxis ist berufswidrig. Auf Antrag kann die Kammer eine Zweigpraxis zulassen, wenn diese zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung dringend erforderlich ist.
- (4) Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, dürfen sich zur gemeinsamen Ausübung des Berufs zu Berufsausübungs- oder Berufsorganisationsgemeinschaften zusammenschließen. Die Gemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Ein Zusammenschluß ist der Ärztekammer anzuzeigen. Auf Verlangen sind die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Verträge vorzulegen. Im übrigen gilt Abs.3.

§ 3

Verhältnis zu Patientinnen und Patienten

- (1) Jeder ärztliche Eingriff bedarf der Einwilligung des Patienten bzw. der Patientin. Sie sind vor einer Behandlung angemessen aufzuklären.
- (2) Ärztinnen und Ärzte können Personen, die nicht berufszugehörig sind, bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten hinzuziehen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die ärztliche Schweigepflicht ist ein Recht der Patientinnen bzw. der Patienten. Die Pflicht umfaßt alles, was ihnen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden ist. Sie dürfen diese Kenntnisse nicht unbefugt offenbaren oder verwerten. Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diese Verpflichtung einzubeziehen. Sie sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit diese Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt.
- (4) Ärztinnen und Ärzte haben die in Ausübung ihrer Berufstätigkeit gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen aufzuzeichnen. Die Aufzeichnungen sind mindestens 10 Jahre, bei Vorliegen gesetzlicher Vorgaben entsprechend länger aufzubewahren. Bei Aufbewahrung der ärztlichen Unterlagen durch Dritte ist Abs.4 zu beachten.

§ 4

Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen

- (1) Ärztinnen und Ärzte sind untereinander zu kollegialem Verhalten und kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet. Hierzu gehört die Pflicht zur verantwortungsvollen gegenseitigen Auskunft und Information. Überwiesene und als Notfall behandelte Patientinnen und Patienten sind grundsätzlich nach Abschluß der Behandlung an die primär Behandelnden zurückzuverweisen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben ihre angestellten Kolleginnen und Kollegen für ihre berufliche Tätigkeit angemessen zu entlohnen.
- (3) Sie dürfen die Kollegenschaft in angemessener Weise über ihr fachliches Leistungsspektrum informieren.
- (4) Ärztinnen und Ärzte sind im Rahmen ihrer Möglichkeiten grundsätzlich verpflichtet, an der Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Kolleginnen und Kollegen mitzuwirken.

§ 5

Verhältnis zu den Medien

Ärztinnen und Ärzte dürfen die Medien unterstützen, wo diese über medizinische Sachverhalte aufklären und informieren. Die werbende Herausstellung der eigenen Person, eigener Fähigkeiten bzw. der eigenen Praxis oder der ärztlichen Tätigkeit ist berufsunwürdig.

§ 6

Verhältnis zur Öffentlichkeit

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben sich innerhalb und außerhalb ihrer Tätigkeit so zu verhalten, daß sie das besondere Vertrauen der Öffentlichkeit rechtfertigen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte sind zur objektiven Information bei der Kundmachung ihrer Berufstätigkeit verpflichtet. Werbung ist, auch wenn sie durch Dritte erfolgt, untersagt. Berufswidrige Werbung liegt nicht vor, wenn die Kundmachung in Form, Inhalt und Umfang den Richtlinien zur Ankündigung ärztlicher Tätigkeit der Ärztekammer entspricht.

§ 7

Ärztliche Pflichten

- (1) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in Ausübung ihres Berufes keine Vorteile zu fordern, zu gewähren oder anzunehmen.
- (2) Ärztlich tätige Berufsangehörige sind zur regelmäßigen beruflichen Fortbildung verpflichtet und haben hierüber auf Verlangen der Ärztekammer Auskunft zu geben.
- (3) Ärztinnen und Ärzte sichern die Qualität ihrer ärztlichen Tätigkeit und sind darüber hinaus verpflichtet, an von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen der externen Qualitätssicherung im Rahmen ihrer Berufsausübung teilzunehmen.
- (4) In eigener Praxis tätige und in einer Praxis in Vollzeittätigkeit mitarbeitende Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich zur Teilnahme an dem von der Ärztekammer organisierten Notdienst nach Maßgabe der Notfalldienstordnung verpflichtet.
- (5) Kammermitglieder sind verpflichtet, sich für ihre Berufstätigkeit ausreichend gegen Haftpflichtansprüche zu versichern und hierüber der Ärztekammer auf Verlangen Auskunft zu geben.
- (6) Bei der Ausstellung von Gutachten, Bescheinigungen und Zeugnissen sind sie zur Sorgfalt, Objektivität und zur zeitnahen Erstellung verpflichtet.
- (7) Das ärztliche Honorar muß angemessen sein. Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen bestimmen sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), soweit nicht durch Gesetz etwas anderes bestimmt oder zugelassen ist.
- (8) Die aus ärztlicher Verordnungstätigkeit bekanntgewordenen unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen sind den zuständigen Stellen mitzuteilen.
- (9) Die Aufnahme der Berufsausübung oder bei Nichtberufstätigen die Begründung des gewöhnlichen Aufenthalts ist der Kammer innerhalb eines Monats anzuzeigen. Gleiches gilt für jede Änderung der Berufsausübung oder des gewöhnlichen Aufenthaltes. Ärztinnen und Ärzte, die gemäß § 11 S.2 dieser Berufsordnung tätig sind, haben ihre Berufstätigkeit im Geltungsbereich dieses Gesetzes vor Aufnahme der Tätigkeit anzuzeigen. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, der Kammer die gesetzlich geforderten Angaben zu machen, diese auf Verlangen nachzuweisen und Ladungen der Kammer nachzukommen.

§ 8

Schutz des ungeborenen Lebens

(1) Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen.

(2) Eine tote Leibesfrucht darf keiner mißbräuchlichen Verwendung zugeführt werden.

§ 9

Künstliche Befruchtungen

Bei der Durchführung künstlicher Befruchtungen sind die Richtlinien der Ärztekammer über künstliche Befruchtungen zu beachten.

§ 10

Forschung und klinische Versuche am Menschen

(1) Die Forschung mit befruchteten menschlichen Eizellen im Vorkernstadium und menschlichen Embryonen ist berufswidrig. Dies gilt auch für diagnostische Maßnahmen sowie den Gentransfer an befruchteten menschlichen Eizellen im Vorkernstadium an Gameten oder Embryonen.

(2) Vor der Durchführung von Forschungsvorhaben mit menschlichen Gameten oder lebendem embryonalem Gewebe haben sich Ärztinnen und Ärzte berufsethisch und berufsrechtlich durch eine Ethikkommission ihrer Kammer oder einer medizinischen Fakultät beraten zu lassen. Gleiches gilt für Ärztinnen und Ärzte, die klinische Versuche am Menschen durchführen oder epidemiologische Forschung mit personenbezogenen Daten betreiben.

§ 11

Geltungsbereich

Diese Berufsordnung gilt für alle Mitglieder der Ärztekammer Nordrhein. Sie gilt auch für Ärztinnen und Ärzte, die als Staatsangehörige eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Union oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs nach dem Recht der Europäischen Union ihren Beruf gelegentlich oder vorübergehend ausüben, ohne im Geltungsbereich des Heilberufsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen eine berufliche Niederlassung oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt zu haben.

3. *Führen von Bezeichnungen zur Struktur der Praxis*

Der Antrag von Dr. Hirschmann (Drucksache V-3) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Delegierten des 99. Deutschen Ärztetages treten dafür ein, in die Musterberufsordnung Bestimmungen aufzunehmen, die es dem Arzt gestatten, auf dem Praxisschild und auf Briefbögen, Rezeptvordrucken, Visitenkarten und Stempeln sowie im sonstigen Schriftverkehr die Bezeichnung zur Struktur der Praxis, wie z.B. Tagesklinik, Praxisklinik zu führen, sofern die sachlichen Voraussetzungen in der Praxis des Arztes gegeben sind.

4. *Gültigkeit der Berufsordnung auch für neue elektronische Medien*

Der Antrag von Dr. Walz (Drucksache V-4) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die zunehmende Verbreitung medizinischer Informationen über neue elektronische Medien, beispielsweise per Internet, erfordert die Feststellung, daß auch in diesen Fällen die ärztliche Berufsordnung gültig ist. Insbesondere sind das Werbungsverbot sowie die Regeln des beruflichen Wirkens in der Öffentlichkeit, die die Veröffentlichung medizinischer Themen und die Darstellung ärztlichen Handelns gegenüber nicht an der Patientenversorgung beteiligten Personen miteinschließt, zu beachten. Die Berufsgerichte werden aufgefordert, Verstöße gegen die Berufsordnung konsequent zu verfolgen.

5. § 8 der Berufsordnung

Der Antrag von Frau Dr. Auerswald (Drucksache V-5) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der § 8 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Die Sterilisation von Frauen und Männern nur aus medizinisch-sozialen und genetischen Gründen zu erlauben, entspricht nicht den Gegebenheiten der heutigen Praxis. Frauen und Männer müssen selbst entscheiden dürfen, zu welchem Zeitpunkt sie sich sterilisieren lassen wollen.

6. Antrag zur Ergänzung des § 6 um einen Satz 3

Der Antrag von Dr. Furch (Drucksache V-6) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Arzt ist gehalten, einen Schwangerschaftsabbruch abzulehnen, der nicht nach § 218 a Absatz 2 oder 3 STGB indiziert ist.

Begründung:

Im Falle der Durchführung sog. beratender Abbrüche nimmt der Staat die Ärzte aus gesundheitspolitischen Gründen (Verminderung des Risikos des Eingriffs für die betroffene Frau) für Handlungen in Anspruch, die von der Verfassung nach den Festlegungen des Bundesverfassungsgerichtes in seinem Urteil von 28.03.1993 als rechtswidrig bewertet werden. Im Urteil heißt es dazu: "Die Beratungsregelung hat vor allem zur Folge, daß die Frau, die ihre Schwangerschaft nach Beratung abbricht, eine von der Rechtsordnung nicht erlaubte Handlung vornimmt."

Ein solcher, bloß beratener Schwangerschaftsabbruch erfolgt zudem ohne Indikation, die neben der Einwilligung unerläßliche Voraussetzung jeder ärztlichen Tätigkeit ist. In einer solchen Lage ist es die Pflicht der Ärztekammern, zur Wahrung der berufsrechtlichen Grundsätze, die ein ärztliches Handeln nur bei Vorliegen einer Indikation und bei dessen Billigung durch die Rechtsordnung erlauben, die Ärzte auf ihre Möglichkeit hinzuweisen, solche berufsfremden Handlungen abzulehnen.

7. Zweigpraxen

Der Antrag von Dr. Binder (Drucksache V-7) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In der (Muster-)Berufsordnung möge bei den Regelungen für die Genehmigung von Zweigpraxen die Problematik der grenznahen Bereiche und die Gültigkeit der Regelungen auch für das benachbarte Ausland berücksichtigt werden.

Begründung:

Zweitpraxen z. B. in Österreich werden z. Zt. zunehmend geschaffen und entziehen sich derzeit berufsrechtlichem Zugriff.

ZU PUNKT VI DER TAGESORDNUNG: TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER

Vergütung

1. Angleichung der Vergütungen in den neuen Bundesländern

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-1) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesminister für Gesundheit auf, über die noch ausstehende 4-prozentige Erhöhung der Honorare in Ostdeutschland hinaus dafür Sorge zu tragen, daß die Honorare auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Hebammengebührenordnung in den neuen Bundesländern an die Vergütungshöhe in den alten Bundesländern angeglichen werden.

Begründung:

Die erheblichen Investitions- und Praxiskosten, ebenso wie die in gleicher Höhe bestehenden Beitragssätze der Privaten Krankenversicherung für Ost und West, erfordern gleiche Rahmenbedingungen auch der Vergütungen.

2. Gebührenordnung für Ärzte

Auf Antrag von Dr. Röderer (Drucksache VI-18) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesundheitsminister zum wiederholten Male auf, in den neuen Bundesländern den Gebührenabschlag nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzuschaffen. Außerdem fordert der Deutsche Ärztetag den Minister auf, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wie zugesichert noch in diesem Jahr weiterzuentwickeln. Mit der Novelle im Jahre 1995 wurden zwar Teile des Leistungsverzeichnisses der GOÄ aktualisiert, in einem weiteren Novellierungsschritt müssen jedoch alle Abschnitte der GOÄ neu strukturiert und die ärztlichen Leistungen angemessen, relationsgerecht bewertet werden. Dabei dürfen innovative Rationalisierungs- und Kooperationsmaßnahmen der Ärzte nicht behindert oder gar bestraft werden.

3. Standardtarif der Privaten Krankenversicherungen miÙbilligen

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache VI-13) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Umfrageaktion des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zum Standardtarif wird vom Deutschen Ärztetag miÙbilligt. Diese Aktion kommt einem "Erpressungsversuch" gleich und miÙachtet die GOÄ-Vorschriften über die Vertragsfreiheit.

Der Deutsche Ärztetag stellt die sozialpolitische Notwendigkeit eines ausreichenden und finanzierbaren Versicherungsschutzes für über 65-jährige mit einer Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in der privaten Krankenversicherung nicht in Frage. Er lehnt jedoch Fragebogenaktionen mit dem Ziel der Erstellung von Ärztelisten und der Etablierung eines Einkaufsmodells ab, die mit dem Berufsrecht nicht in Einklang stehen.

4. Standardtarif der PKV

Auf Antrag von Dr. Schieber (Drucksache VI-37) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

- Eine "unabhängige Expertenkommission" hat empfohlen,
- a) den 1,7fachen Gebührensatz für Standardtarifpatienten der PKV in der GOÄ festzuschreiben,
 - b) das Zugangsalter für den Standardtarif von 65 auf 60 Jahre abzusenken.

Der 99. Deutsche Ärztetag spricht sich gegen diese Empfehlungen aus.

5. Keine Einheitshonorare

Auf Antrag von Dr. Stelzer (Drucksache VI-47) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Differenzierte Arten ärztlicher Berufsausübung erfordern differenzierte Formen ärztlicher Vergütung.

Die Ärzteschaft lehnt ein Einheitshonorar als Vergütungsgrundlage für eine differenzierte ärztliche Tätigkeit nachdrücklich ab.

Bedarfsplanung

6. Teilzeitarbeit in der Arztpraxis

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-5) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert die politisch Verantwortlichen auf, die Bedarfsplanungs- und Zulassungsregelungen dahingehend zu modifizieren, die Aufteilung eines Vertragsarztsitzes auf mehrere Ärzte zu ermöglichen. Ziel einer derartigen Regelung ist es, jungen Ärztinnen und Ärzten eine Chance zu geben, auch im ambulanten Sektor tätig werden zu können. Gemäß § 95 Abs. 9 SGB V kann der Vertragsarzt einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte anstellen. Diese Vorschrift läuft jedoch ins Leere, da nach § 32 b Abs. 2 Satz 2 der Zulassungsverordnung Ärztinnen und Ärzten die Genehmigung einer solchen Anstellung zu versagen ist, wenn für den Planungsbereich bereits vor der Antragstellung eine Überversorgung festgestellt war.

Die derzeitige Regelung führt zu Härtefällen. Es gibt viele berufstätige Ärztinnen und Ärzte, die die Zulassung besitzen, die aber sehr gern mit Rücksicht auf Familie und Kinder nur halbtags oder während der Hälfte der Woche einer vertragsärztlichen Tätigkeit nachgehen möchten. Es gibt darüber hinaus Ärztinnen und Ärzte, die aus gesundheitlichen Gründen nicht voll einsatzfähig sind und nur eine bestimmte eingeschränkte Stundenzahl arbeiten möchten.

Für solche Fälle sollte die flexible Gestaltung des Umfangs einer ärztlichen Tätigkeit in der Vertragsniederlassung ermöglicht werden. Der Gefahr der Ausweitung der Praxistätigkeit könnte mit einer Begrenzung des Umfangs der ärztlichen Leistungen eines solchen Versorgungssitzes begegnet werden.

7. Freier Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung

Auf Antrag von Dr. Röderer (Drucksache VI-14) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag hält daran fest, daß der freie Zugang des Arztes zum System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wieder hergestellt und der Verbleib in diesem gesichert wird. Die Ankündigung in § 102 Sozialgesetzbuch V, für die Zeit ab 1.1.1999 die Zulassung aufgrund von Verhältniszahlen zu regeln, schafft Unsicherheit bei der beruflichen Planung. Die Sorge von Vertragsärzten, Arztpraxen könnten ab 1999 zwangsweise geschlossen werden, ist unbegründet, weil auch die Arztpraxis den Eigentumsschutz des Artikels 14 Grundgesetz genieÙt, eine Enteignung zur Zeit nicht einmal ansatzweise gesetzlich vorgesehen ist und im übrigen auch nicht ohne Entschädigung erfolgen darf.

Es geht aber nicht an, daß der Gesetzgeber über Jahre das Vertrauen der Vertragsärzte in den Bestand ihrer Praxis abzubauen versucht, indem er restriktive Regelungen in Aussicht stellt, die in rechtlich bedenklicher Weise weit über das Maß der jetzigen Bedarfsplanungsregelungen hinausgehen.

Qualitätssicherung

8. *Einheitliche Qualitätsmaßstäbe für versicherungsfinanzierte Prävention*

Auf Antrag von Dr. Montgomery (Drucksache VI-9) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Gesundheitsvorsorge lassen den Krankenkassen großen Spielraum für Pseudo-Prävention als Marketing-Instrument. Nach Auffassung des 99. Deutschen Ärztetages ist es unerläÙlich, für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen einheitliche Qualitätskriterien festzulegen, die von niemandem unterlaufen werden können.

Der Gesetzgeber wird deshalb aufgefordert, die für den Bereich Prävention geltenden Bestimmungen in § 20 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) so zu ergänzen, daß Präventionsangebote medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien unterliegen. Unwirksame und problematische Verfahren dürfen nicht weiter der Solidargemeinschaft aufgebürdet werden. An ihre Stelle müssen qualitätsgesicherte Angebote treten. Prävention soll die Gesundheit der Bevölkerung durch verändertes Verhalten vor vermeidbaren Schäden schützen. Sie darf nicht als fragwürdiges Marketing-Instrument im Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder mißbraucht werden.

Der 99. Deutsche Ärztetag setzt weiterhin auf eine qualitätsgestützte Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung. Er begrüÙt die diesbezüglichen Angebote vieler Krankenhäuser und Arztpraxen auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage.

Von den politischen Entscheidungen erwartet der 99. Deutsche Ärztetag:

- * einheitliche Qualitätskriterien für Prävention in Abstimmung mit der ärztlichen Selbstverwaltung,
- * gesetzliche Rahmenbedingungen für eine zwischen Krankenversicherung und Ärzteschaft partnerschaftlich gestaltete Prävention,
- * strengere Kontrolle bestehender Präventionsmaßnahmen

9. Gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung klarstellen

Auf Antrag von Dr. Josten (Drucksache VI-11neu) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, die Mitwirkung der Ärztekammern als gleichberechtigte Selbstverwaltungspartner in der Überarbeitung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V festzuschreiben.

Der Bundesgesetzgeber muß darüber hinaus die versorgungsbereichsübergreifende Zielsetzung der Regelungen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen klarstellen. Die hierzu erfolgten Regelungen sind unzureichend aufeinander abgestimmt. Die Bestimmungen zur Qualitätssicherung in den §§ 112, 115 b, 135 und 137 SGB V wirken faktisch bereichstrennend. Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, im Rahmen seiner Zuständigkeit die Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinheitlichen.

Verfahren zur Qualitätssicherung werden durchgeführt, um Vertrauen zu schaffen, daß eine Leistung der an sie gerichteten Erwartung entspricht.

Qualitätssicherung im Bereich der ärztlichen Berufsausübung ist vor allem den Patienten zugewandt. Bei ihnen soll das Vertrauen verstärkt werden, daß die ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen dem entsprechen, was nach Stand des Wissens und im Rahmen der Regelungen zur Kostenübernahme durch Krankenkassen erwartet werden kann.

Einerseits benötigen die Kammern die Ergebnisse von Maßnahmen zur Qualitätssicherung, um die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben zur Regelung der Qualitätssicherung, der Weiter- und Fortbildung, aber auch zur Ausgestaltung des Berufsrechts für die Kammerangehörigen zum Vorteil für die Patienten in gebührender Weise ausüben zu können.

Andererseits werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung - mit dem primären Ziel Erhalt und Verbesserung des Vertrauens der Patienten - dann nicht erfolgreich sein, wenn die Ärztekammern, als die für die Berufsausübungskontrolle der Ärztinnen und Ärzte gesetzlich Verantwortlichen, von der Konzeption, der Durchführung und der Ergebnisbewertung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im ärztlichen Tätigkeitsbereich ausgeschlossen werden.

Die Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten der Vertragspartner auf der Grundlage von § 112 SGB V berücksichtigt die gebotene Mitwirkung der verfaßten Ärzteschaft nur unzureichend. Darauf zu rechnen, daß durch Kontrollen Verbesserungen zu erreichen sind, hat sich auch in der Industrie im Regelfall als kostenträchtig und fortschritts hemmend erwiesen. Dies wird im Gesundheitswesen nicht anders sein. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit in der Selbstverwaltung vermag hier jedoch durch die Entwicklung gediegener Meßinstrumente, die gemeinsame Werte darstellen und für die ärztliche Versorgung primär Anwendung finden, neue zukunftsorientierte Marksteine zu setzen.

Krankenhaus

10. Arbeitsschutz ist verbindlich

Auf Antrag von Dr. Montgomery (Drucksache VI-10) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert die Landeseregierungen auf, umgehend die Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes in den Krankenhäusern und insbesondere in den Universitätskliniken umzusetzen. Er erwartet, daß alle Möglichkeiten der staatlichen Aufsicht ausgeschöpft werden, um geltendes Recht zu verwirklichen. Jedes weitere Zögern wäre aus rechtsstaatlichen Gründen unverantwortbar. Die Gewerbeaufsichtsämter sind personell so auszustatten, daß sie endlich in die Lage versetzt werden, ihre Aufgaben in dem erforderlichen Umfang zu erfüllen.

11. Ärztliche Verantwortung

Auf Antrag von Dr. Calles (Drucksache VI-20) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausbetriebsgesellschaften und Krankenhausträger auf, alles zu unterlassen, was dazu führen könnte, daß Krankenhausärzte zu Handlungen genötigt werden, die mit ärztlichen Moral- und Ethikvorstellungen nicht in Übereinstimmung gebracht werden können. Im Vorfeld möglicher Fehlentwicklungen sind die Krankenhausärzte aufzufordern, Vorfälle den Kreisverbänden oder der Landesärztekammer zur Kenntnis zu bringen.

Begründung:

Durch immer stärkere Verknappung der finanziellen Mittel sehen sich möglicherweise Krankenhausträger genötigt, im Rahmen von massiven Sparmaßnahmen auch von Ärzten im Krankenhaus Handlungen und Unterlassungen zu fordern, die mit ärztlichem Tun nicht in Einklang zu bringen sind.

Im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen muß strikt darauf hingewiesen werden, daß ärztliche Gesichtspunkte mehr wiegen als Kosten-Nutzen-Analysen.

12. Gegliederte ärztliche Verantwortungskette im Krankenhaus

Auf Antrag von Dr. Ricken (Drucksache VI-28) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die kollegiale Leistungs- u. Verantwortungsstruktur wird durch die gesetzlich etablierte Krankenhausbetriebsleitung (Direktorium) repräsentiert.

Neben seinen Mitgliedern (Leitender Krankenhausarzt, Verwaltungsleiter, Pflegedienstleiter) sind andere Bereiche eingebunden, so auch das gesamte Arztpersonal.

Dadurch wird gewährleistet, daß die ärztliche Verantwortungsstruktur und Verantwortungskette maßgeblichen Einfluß und maßgebliche Durchsetzung findet.

Es muß aber in Zukunft noch stringenter gewährleistet sein (nicht zuletzt im Hinblick auf die zunehmende Zahl von GmbH-Umwandlungen und Privatisierungen), daß der fachkundige Einfluß qualifizierter Krankenhausärzte nachhaltig in Krankenhausentscheidungen seinen Niederschlag findet.

Der Deutsche Ärztetag wird gebeten, bei der zukünftigen Weiterentwicklung der Krankenhäuser auf die Einhaltung dieser Prinzipien hinzuwirken.

13. Akutversorgung von Schlaganfallpatienten

Auf Antrag von Dr. Möhrle (Drucksache VI-36) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert zur Verbesserung der Betreuung von akuten neurologischen Notfällen (z.B. Schlaganfällen):

- Die Landesärztekammern:
die differentialdiagnostische Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte durch Fortbildungsmaßnahmen zu verbessern.
- Die Krankenhausträger und die Länder und Kommunen:
flächendeckend die erforderlichen Einrichtungen zu schaffen.
- Den Gesetzgeber:
dafür zu sorgen, daß finanzielle Engpässe und Budgetierung nicht dazu führen, daß diesen Patienten eine möglicherweise lebenserhaltende Behandlung vorenthalten wird.

Begründung:

Es hat sich herausgestellt, daß Patienten mit akuten neurologischen Erkrankungen (wie z. B. Schlaganfällen) nicht immer die erforderliche und technisch mögliche optimale Versorgung zuteil wird.

14. Überstunden von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus

Auf Antrag von Dr. Jonitz (Drucksache VI-44) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert den Verband der leitenden Krankenhausärzte und alle leitenden Kolleginnen und Kollegen auf, die Dokumentation von Überstunden im ärztlichen Dienst und deren Abgeltung zu gewährleisten.

Begründung:

- Überstunden im ärztlichen Dienst werden in weit überwiegendem Maß unentgeltlich und ohne Freizeitausgleich erbracht
- durch die fehlende Dokumentation von Überstunden wird die ärztliche Tätigkeit unterbewertet.
- Die Dokumentation von Überstunden im ärztlichen Dienst scheitert erfahrungsgemäß daran, daß die Gegenzeichnung durch die ärztlichen Vorgesetzten verweigert wird. Dies entspricht weder dem Gebot der ärztlichen Kollegialität, noch dem Arbeitszeitrecht.

15. Arbeitszeitgesetz

Auf Antrag von Frau Dr. Kossmann (Drucksache VI-46) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausträger auf, umgehend das Arbeitszeitgesetz in den Krankenhäusern umzusetzen. Die dafür notwendige Personalausstattung ist zu gewährleisten.

Es ist mit dem geltenden Arbeitszeitgesetz - einem Gesetz zum Gesundheitsschutz von Arbeitnehmern - unvereinbar, Krankenhausärzte zu zwingen, z.B. 32 Stunden durchgehend zu arbeiten. Dies gefährdet sowohl die Gesundheit von Krankenhausärzten, als auch die Qualität der Patientenversorgung.

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert daher die Krankenhausträger auf, ihre Fürsorgepflicht gegenüber ihren ärztlichen Mitarbeitern zu erfüllen.

Ausbildung

16. *Fehlzeiten-Regelungen während des Praktischen Jahres*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-2) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag begrüÙt, daß der Gesetzgeber in der anstehenden Reform der Approbationsordnung eine Regelung über die Unterbrechung des Praktischen Jahres von bis zu einem Jahr ermöglichen will.

Begründung:

Die derzeit gültige Approbationsordnung enthält die Regelung, daß versäumte Zeiten, die über 20 Ausbildungstage hinausgehen, nicht angerechnet werden können und somit nachzuholen sind. Hierunter fallen insbesondere Ausfallzeiten durch Krankheit, Schwangerschaft usw. Diese Regelung erlaubt es schwangeren Medizinstudentinnen noch nicht einmal, die Mindestbestimmungen des Mutterschutzgesetzes in Anspruch zu nehmen, so daß sie gezwungen sind, ihr Kind in den ihnen zustehenden 20 Fehltagen zur Welt zu bringen und anschließend weiterzuarbeiten. Die Möglichkeit der Unterbrechung des PJ's von bis zu einem Jahr stellt eine familiengerechte Lösung dar, ohne Zweck und Qualität der Ausbildung zu gefährden.

17. Teilzeitausbildungsstellen für PJ zur Kinderbetreuung

Auf Antrag von Frau Dr. Bühren (Drucksache VI-38neu) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, bei der Novellierung der Approbationsordnung auch die Möglichkeit vorzusehen, daß unter bestimmten Bedingungen das Praktische Jahr auch in Teilzeit absolviert werden kann.

Begründung:

An allen Kliniken/Krankenhäusern, an denen das PJ abgeleistet werden kann, sollen Ausbildungsstellen in Teilzeit für PJ-lerinnen und PJ-ler mit Kindern eingerichtet werden, um ihnen deren Versorgung zu ermöglichen.

18. Novellierung Approbationsordnung

Auf Antrag von Dr. Fabian (Drucksache VI-17) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die Approbationsordnung so zu gestalten, daß durch einen höheren Praxisbezug der ärztlichen Ausbildung als Ausbildungsziel der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist, erreicht wird. Um dieses Ziel zu erreichen, werden während der Ausbildung schon frühzeitig Praxisanteile vermittelt. Wegen dieser praxisnahen Ausbildung muß die Phase als "Arzt im Praktikum" entfallen.

19. Streichung der AiP-Phase

Auf Antrag von Frau Dr. Mehlhorn (Drucksache VI-16) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 99. Deutschen Ärztetages fordern den Bundesminister für Gesundheit erneut auf, mit der Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte die Phase "Arzt im Praktikum" ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Gemäß § 95 a) SGB V ist Voraussetzung für die vertragsärztliche Tätigkeit der erfolgreiche Abschluß entweder einer allgemeinärztlichen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung. Eine zusätzliche Qualifikation über die Phase "Arzt im Praktikum" kann deshalb entfallen.

Fortbildung

20. Fortbildung "Umweltmedizin"

Auf Antrag von Frau Dr. Mehlhorn (Drucksache VI-12) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 99. Deutschen Ärztetages fordern die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder umweltmedizinische Fortbildungsmaßnahmen auf der Ebene aller Bundesländer voranzutreiben. Dabei sollten die Erfahrungen der umweltmedizinischen Aktivitäten der Länder-KVen Berücksichtigung finden. Erworbene Kenntnisse müssen bundesweit anerkannt werden.

Begründung:

Zielsetzung ist der Erwerb umweltmedizinischer Qualifikation für Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete, um der wachsenden Bedeutung umweltmedizinischer Problemstellungen kompetent entsprechen zu können.

Der Reduzierung der Umweltmedizin auf die Erbringung rein technischer Kenntnisse und Leistungen muß entgegengewirkt werden. Die erhobenen Meßwerte müssen Richtlinien entsprechen, die wissenschaftlicher umweltmedizinischer Beurteilung zugänglich sind. Qualitätskontrolle muß als Grundlage auch der Umweltmedizin angestrebt werden.

21. Fortbildung "Suchtmedizin und Suchttherapie"

Auf Antrag von Dr. Hirschmann (Drucksache VI-25) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 99. Deutschen Ärztetages fordern die Bundesärztekammer auf, gemeinsam mit den Landesärztekammern suchtmedizinische Fortbildungsmaßnahmen zu intensivieren. Dazu werden die Landesärztekammern, die noch keinen Ausschuß für Suchtmedizin etabliert haben, aufgefordert, dem Beispiel der Landesärztkammern zu folgen, die derartige Spezialausschüsse bereits eingerichtet haben.

Ärztinnen

22. Berufliche Situation von Ärztinnen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-3) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag appelliert an die Verantwortlichen in Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Arbeitssituation von Ärztinnen zu verbessern durch

- Einführung von Frauenförderplänen in Krankenhäusern und Universitätskliniken sowie im niedergelassenen Versorgungsbereich
- vermehrte Einrichtung qualifizierter Teilzeitstellen
- Schaffung arbeitsplatznaher Betreuungsmöglichkeiten mit Tagesstättencharakter für Kinder
- Förderung einer gleichgewichtigen Aufgabenverteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten in allen Fachbereichen
- adäquate Berücksichtigung von Kinderbetreuungszeiten.

Begründung:

Verschiedene Studien über die berufliche Situation von Ärztinnen haben gezeigt, daß eine Vielzahl struktureller Probleme der Gleichstellung von Ärztinnen und Ärzten entgegensteht. Um die berufliche und persönliche Situation zu verbessern, sind geeignete Maßnahmen für die speziellen Belange der Ärztinnen zu ergreifen.

Kennzeichnung von Lebensmitteln

23. Kennzeichnungspflicht für gentechnisch veränderte Lebensmittel

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-8) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert die Kennzeichnungspflicht von gentechnisch hergestellten Lebensmitteln.

Begründung:

Durch die Anwendung der Gentechnik im Ernährungsbereich können gesundheitliche Gefährdung für den Menschen prinzipiell in den Herstellungsverfahren und dem Verzehr solcher Produkte entstehen. Zur Zeit sind Lebensmittel und -zutaten, die Rohstoffe oder Produkte aus gentechnisch veränderten Organismen enthalten, nicht auf dem deutschen Markt. Mit den engen internationalen Handelsbeziehungen sowie den welt- und europaweiten Entwicklungen der Gentechnik muß in Zukunft auch mit der Vermarktung solcher Produkte in Deutschland gerechnet werden. Die Risikobetrachtung kann nicht einheitlich für jedes Lebensmittel, das mit gentechnischen Verfahren in Berührung gekommen ist, durchgeführt werden.

Je nach Anwendungsbereich und verwendetem Organismus ist zu unterscheiden, ob das Lebensmittel

- isolierte Produkte aus der Fermentation von gentechnisch veränderten Organismen oder verarbeitete Produkte aus gentechnisch veränderten Organismen (z. B. gentechnisch hergestellte Aminosäuren, Enzyme oder Vitamine)
- lebende gentechnisch veränderte Organismen / Mikroorganismen als Starter- und Schutzkulturen (Joghurt mit entsprechend veränderten Milchsäurebakterien)
oder
- den lebenden gentechnisch veränderten Organismus (gentechnisch veränderte Tomaten) enthält.

Das allergene Potential von neueingeführten Proteinen ist nicht abschätzbar. In Tests zur Nahrungsmittelverträglichkeit konnte nachgewiesen werden, daß allergische Reaktionen durch die neueingeführten Proteine ausgelöst werden konnten.

Ein mögliches Risikopotential liegt in der gentechnischen Modifizierung, bei der sich Antibiotika-Resistenzgene entwickeln können.

24. Besserer Gesundheitsschutz in der EU

Auf Antrag von Dr. Huttel (Drucksache VI-26) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert EU-Kommissar Dr. Martin Bangemann auf, sich den Interessen des Gesundheitsschutzes - auch für Allergiker - im Rahmen seines Amtes nicht weiter zu verschließen. Hierzu zählt die deutsche Ärzteschaft die Pflicht zur Kennzeichnung gentechnisch veränderter Lebensmittel.

25. Schadstoffbelastung in diätetischen Lebensmitteln

Auf Antrag von Dr. Dietrich (Drucksache VI-31) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des Deutschen Ärztetages unterstützen die Forderung der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, europäische Richtlinien für Rückstandshöchstmengen in diätetischen Lebensmitteln für Säuglinge und Kleinkinder im Sinne des § 14 der deutschen Lebensmittelverordnung zu formulieren.

Dieser lautet: "Diätetische Lebensmittel für Säuglinge oder Kleinkinder dürfen an Pflanzenschutz-, Schädlingsbekämpfung- und Vorratsschutzmitteln jeweils nicht mehr als 0,01 mg pro Kilogramm enthalten."

Der § 14 der Diätverordnung bietet den unschätzbaren Vorteil, daß durch ihn nicht nur viele mögliche Folgen von Mängeln des Grenzwertsystems der Rückstands-Höchstmengen-Verordnung aufgefangen, sondern daß auch bisher unbekannte toxikologische Nebenwirkungen einzelner Pestizide für einen begrenzten Lebensabschnitt von vornherein weitestgehend ausgeschlossen werden.

Neben der Bundesrepublik Deutschland haben nur Belgien, Italien und Luxemburg eine vergleichbare Regelung für die Rückstandshöchstmengen von industrieller Säuglings- und Kleinkindernahrung. Die meisten Länder der Europäischen Union kennen hierbei jedoch keine zusätzlichen Beschränkungen der Höchstmengen für Pestizide.

Säuglinge, Kleinkinder und Feten haben jedoch eine besondere Schutzwürdigkeit.

Die Beibehaltung des globalen Grenzwertes für Pestizide gemäß § 14 der deutschen Diätverordnung bei diätetischen Lebensmitteln für Säuglinge und Kleinkinder ist eine sinnvolle Maßnahme höchstmöglicher Schadensvorbeugung.

Die Bundesregierung wird deshalb in ihrem Bemühen unterstützt, diese Regelung EU-weit umzusetzen.

Begründung:

Durch die Beschwerde eines Lebensmittelherstellers bei der EU gegen die Bundesrepublik Deutschland soll erreicht werden, diese Diätverordnung zum Handelshemmnis und damit als rechtlich unverbindlich erklären zu lassen.

Nach der Rückstands-Höchstmengen-Verordnung vom 16.10.1989 darf 1 kg eines Lebensmittels des allgemeinen Verzehrs von jeder zugelassenen Substanz (Pflanzenschutzmittel, Schädlingsbekämpfungsmittel, Düngemittel und sonstige Mittel in und auf Lebensmitteln) nicht mehr als die zugelassene Höchstmenge enthalten. Die Grenzwerte sind so bemessen, daß sie "einerseits dem vorbeugenden Gesundheitsschutz des Verbrauchers Rechnung tragen, andererseits aber auch vom Erzeuger bzw. Weiterverarbeiter eingehalten werden können".

Diätetische Lebensmittel sind Lebensmittel für eine besondere Ernährung. Sie unterscheiden sich aufgrund ihrer besonderen Zusammensetzung oder des besonderen Verfahrens ihrer Herstellung von den Lebensmitteln des allgemeinen Verzehrs. Sie werden mit dem Hinweis, daß sie für diesen Zweck geeignet sind, in den Verkehr gebracht.

Schon in der ersten Diätverordnung vom 20.06.1963 wurde in § 14 festgelegt, daß diätetische Lebensmittel für Säuglinge und Kleinkinder *keine* Rückstände an Pflanzenschutz-, Schädlingsbekämpfungs- oder Vorratsschutzmitteln (Pestizide) enthalten dürfen.

Lebensmittel mit einem Gehalt an Rückständen bis zu 0,01 mg/kg werden als praktisch frei von Rückständen betrachtet. Im Einzelfall (z.B. Trinkwasserverordnung) wurden jedoch niedrigere Grenzwerte festgelegt.

Die Ernährungscommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde hält den globalen Grenzwert des § 14 der deutschen Diätverordnung für eine sinnvolle und kostenakzeptable Maßnahme der höchstmöglichen Schadensvorbeugung.

Die Ernährungscommission begründet diesen, über die Vorsorge der Rückstands-Höchstmengen-Verordnung für Lebensmittel des allgemeinen Verzehrs hinausgehende, zusätzlichen Sicherheitsstandard für industriell hergestellte Säuglingsnahrung wie folgt:

1. besondere Empfindlichkeit von Säuglingen gegenüber einzelnen Fremstoffen;
2. z.T. noch sehr lückenhafte Kenntnisse über die Toxikologie vieler Pestizide bei Säuglingen und Kleinkindern;
3. immer noch sehr hoher Gehalt der Muttermilch an langlebigen Pestiziden und anderen beständigen chlororganischen Verbindungen als Altlast des chemischen Pflanzenschutzes aus den 50er bis 70er Jahren;
4. Sorge um eine Fortsetzung einer Kette von verhängnisvollen Fehleinschätzungen der Gefahren schädigender Einflüsse auf die Entwicklung des Fetus und Säuglings in der Vergangenheit.

Die Kosten für diesen zusätzlichen, in jahrzehntelanger Praxis erprobten Sicherheitsstandard haben sich als tragbar erwiesen.

Die Ernährungscommission fordert die verantwortlichen Politiker auf, das besondere Schutzbedürfnis der Säuglinge und Kleinkinder vor Pestiziden in der Nahrung anzuerkennen und sich für die Formulierung einer europäischen Richtlinie für Rückstandshöchstmengen in diätetischen Lebensmitteln für Säuglinge und Kleinkinder im Sinne des § 14 der deutschen Diätverordnung einzusetzen.

Ethik und Berufsausübung

26. Erklärung des Deutschen Ärztetages zur Euthanasie

Auf Antrag von Prof. Kunze (Drucksache VI-7) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Seit der EntschlieÙung des Deutschen Ärztetages im vergangenen Jahr hat die Entwicklung der Praxis und gesetzlichen Regelung der Euthanasie in den Niederlanden die damaligen Befürchtungen bestätigt. Sterbehilfe bei potentiell reversiblen psychischen Leidenszuständen wurden ebenso wie die

Tötung schwerbehinderter Neugeborener oder komatöser Patienten zum Bestandteil ärztlichen Handelns. Die niederländische Regierung plant nunmehr einen Gesetzentwurf zur völligen Legalisierung der Euthanasie noch in diesem Jahr.

Auch in unserem Land nimmt die Diskussion über die Legalisierung der Tötung auf Verlangen zu. Eine Tötungshandlung aber unterscheidet sich im Sinngehalt und dem inneren Empfinden nach grundlegend von dem Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungen über ein sinnvolles Maß hinaus. Die Diskussion über eine Begrenzung intensivmedizinischer Maßnahmen am Ende des Lebens darf nicht dazu benutzt werden, diesen Unterschied, der zum Kern des ärztlichen Selbstverständnisses gehört, zu verwischen.

Der Deutsche Ärztetag bekräftigt daher erneut die entschiedene Ablehnung ärztlicher Euthanasiemaßnahmen. Nicht aktive Euthanasie, sondern der rüchhaltlose Schutz chronisch kranker, behinderter und pflegebedürftiger Patienten sowie die adäquate menschliche und medizinische Begleitung Sterbender sind ärztliche Aufgabe und Verpflichtung.

Begründung:

Die Ausweitung der Euthanasie in den Niederlanden und die zunehmende Diskussion über dieses Thema in Deutschland geben Anlaß für eine neuerliche Stellungnahme der Bundesärzteschaft.

Die Gesamtzahl aktiver Euthanasiemaßnahmen in den Niederlanden liegt gegenwärtig bei mindestens 4.700 (ohne die ebenfalls verbreitete ärztliche Beihilfe zum Suizid), entsprechend einem Anteil von 3,6 % der jährlichen Todesfälle. Davon betreffen jährlich ca. 1.000 Fälle die freiwillige Euthanasie, wobei in 41 % keine Informationen über frühere Einstellungen der Patienten zur Euthanasie vorlagen¹. Die niederländische Regierung plant nunmehr einen Gesetzentwurf zur völligen Legalisierung der Euthanasie noch in diesem Jahr². Darüber hinaus bereitet die KNMG (Königlich-niederländische Ärztevereinigung), welche schon 1984 eine Eingrenzung der Euthanasie auf terminale Leidenszustände ablehnte, gegenwärtig Richtlinien für nichtfreiwillige Euthanasie an schwergeschädigten Neugeborenen, komatösen und dementen Patienten vor. Paradoxe Weise hat somit die auf Emanzipation der Patienten angelegte Euthanasiebewegung in den Niederlanden die Macht der Ärzte über Leben und Tod ganz erheblich erweitert.

Spektakuläre Gerichtsentscheidungen in den letzten zwei Jahren haben nicht nur diesen Trend bestätigt, sondern auch den Weg freigemacht für Sterbehilfe bei potentiell reversiblen Leidenszuständen wie Depressionen und Anorexie³. Zudem zeigen die Untersuchungen, daß die Zeitspanne zwischen dem ersten ausdrücklichen Sterbewunsch und der Durchführung der Euthanasie in 48 % der Fälle weniger als eine Woche betrug, in 13 % die Entscheidung innerhalb eines Tages getroffen wurde⁴. Dies gibt unsomehr zu denken, als die Erfahrungen in Hospizen belegen, daß der Sterbewunsch eines Patienten durch menschliche Begegnung ebenso wie durch eine adäquate medizinische Betreuung in hohem Maße beeinflusbar ist. Dies stimmt überein mit Untersuchungen aus den Niederlanden, denen zufolge die Hauptmotive für den Sterbewunsch nicht in den oft zitierten unerträglichen Schmerzen liegen, sondern vielmehr in der Angst vor Abhängigkeit, Entstellung und Würdelosigkeit - also in Motiven, die das interpersonale Verhältnis des Sterbenden zu seiner Umgebung betreffen. Gerade vor diesem Hintergrund wird die Gefahr einer fortschreitenden Einschränkung des Lebensschutzes für chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen deutlich. Der soziale und ökonomische Druck angesichts steigender Gesundheitskosten und Überalterung der Bevölkerung legt nahe, daß sich die Forderung nach Euthanasie mit den materiellen Interessen der Gesunden und Jüngeren in der Gesellschaft unheilvoll verknüpfen wird.

Die Befürworter der Euthanasie in Deutschland betreiten häufig einen relevanten Unterschied zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe. Behandlungsabbruch und tödliche Injektion zögen in der Sterbephase gleichermaßen den Tod nach sich. Dem ist entgegen zu halten, daß es für das ärztliche

¹ten Have HAMJ, Welie JVM, et al. (1993) Euthanasie - eine gängige medizinische Praxis ? Zur Situation in den Niederlanden. Z. med. Eth. 39, 63-72.

²Süddeutsche Zeitung vom 29.12.1995.

³Dt. Ärztebl. (1994) B, 1573.

⁴van der Wal G (1992), Euthanasia and assisted suicide. II Do Dutch Family Doctors act prudently ? Family practice, 135-140.

Selbstverständnis einen grundsätzlichen Unterschied darstellt, ob auf die Substituierung zentraler Lebensfunktionen bei einem Krankheits- und Zerfallsprozeß des Organismus verzichtet oder ob eine tödliche Noxe zugeführt wird: Eine tödliche Injektion würde das Leben eines Kranken ebenso wie das eines Gesunden beenden; der Abbruch intensivmedizinischer Maßnahmen dagegen führt nur bei Sterbenskranken zum Tod und hätte beim Gesunden keine Auswirkung.

27. Rituelle Verstümmelung weiblicher Genitalien

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-4) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 99. Deutsche Ärztetag verurteilt die Beteiligung von Ärzten an der Durchführung jeglicher Form von Beschneidung weiblicher Genitalien und weist darauf hin, daß entsprechend der Generalpflichtenklausel der Berufsordnung für die deutschen Ärzte derartige Praktiken berufsrechtlich zu ahnden sind. In anderen europäischen Staaten (z. B. Norwegen, Dänemark, Frankreich) ist die rituelle Verstümmelung weiblicher Genitalien bereits gesetzlich unter Strafe gestellt.

Das Problem der Verstümmelung weiblicher Genitalien muß auch in Deutschland intensiver diskutiert werden, weil hier zunehmend ethnische Gruppen leben, die aus Ländern kommen, in denen derartige Praktiken üblich sind. Die Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit von Frauen und Kindern ist Anlaß zu ärztlicher Besorgnis. Entsprechend der Erklärung des Weltärztebundes von 1993 sind folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- Unter Berücksichtigung der "kulturellen Identität" sollen Frauen, Männer und Kinder über die gesundheitlichen Auswirkungen der Beschneidung weiblicher Genitalien mit dem Ziel aufgeklärt werden, derartige Verstümmelungen zu verhindern.
- Aufklärungskampagnen sind geeignet, die schwerwiegenden Gesundheitsschäden durch die Beschneidung von weiblichen Genitalien bewußt zu machen und im Sinne der Prävention großes körperliches und seelisches Leid von den Betroffenen abzuwenden.
- Als Folge der wachsenden Immigration werden Ärzte zunehmend häufig mit der Verstümmelung weiblicher Genitalien konfrontiert. Die Inhalte von Aus-, Weiter- und Fortbildung sollten sich auch mit dieser Problematik befassen.
- Ärzte sollen alle präventiven und rechtlichen Möglichkeiten ausschöpfen, wenn ein Kind von der rituellen Verstümmelung weiblicher Genitalien bedroht ist.

28. Die Rückführung von Flüchtlingen darf nicht zum erneuten Trauma führen

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-6) faßt der 99. Deutsche Ärztetag unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Montgomery (Drucksache VI-6a) und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache VI-6b) folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft nimmt Berichte über Folterung, Mißhandlungen, Vergewaltigungen und anderen Menschenrechtsverletzungen aus Kriegs- und Krisengebieten ernst. Häufig leiden die Opfer unter psychischen Folgeerkrankungen, wie Depressionen, Angstzuständen oder anderen schwerwiegenden psychosomatischen Störungen. Da eine Rückführung der Flüchtlinge zu einem Zeitpunkt noch bestehender Lebensunsicherheit ärztlich nicht vertretbar ist, sollten sie in diesen besonderen Fällen erst dann erfolgen, wenn die Gefahr einer erneuten Traumatisierung nicht mehr gegeben ist.

Die Rückführung von Flüchtlingen darf nicht zum erneuten Trauma werden! Die deutsche Ärzteschaft nimmt Berichte über Folterungen, Mißhandlungen, Vergewaltigungen und andere Menschenrechtsverletzungen aus Kriegs- und Krisengebieten ernst. Häufig leiden die Opfer unter

psychischen Folgeerkrankungen, wie Depressionen, Angstzuständen oder anderen schwerwiegenden psychosomatischen Störungen. Da eine Rückführung der Flüchtlinge zu einem Zeitpunkt noch bestehender Lebensunsicherheit ärztlich nicht vertretbar ist, sollte sie in diesen besonderen Fällen erst dann erfolgen, wenn die Gefahr einer erneuten Traumatisierung nicht mehr gegeben ist.

Begründung:

Der vorangehende Entschließungsantrag entspricht der vielfältigen ärztlichen Erfahrungen in der Tätigkeit der Arbeit der Gesundheitsämter, daß im zunehmenden Maße Entscheidungen über die Rückführung von Flüchtlingen und Asylbewerbern den Gesundheitsämtern indirekt aufgebürdet werden. Eine eindeutige, ethisch orientierte Entschließung des Deutschen Ärztetages kann den Kollegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst aber auch den politisch Verantwortlichen einen Hinweis für die Entscheidung geben.

29. Asylbewerberleistungsgesetz

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

Die Ärztetage 1994 und 1995 haben Entschließungen zum Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) verabschiedet. Mit dem Asylbewerberleistungsgesetz sollen Ärztinnen und Ärzte erneut zu Vollstreckern einer Medizin degradiert werden, die mit ihrem Gewissen nicht vereinbar ist.

Die Ärztetage hatten die Rücknahme des Gesetzes gefordert und sich eindeutig gegen den Versuch ausgesprochen, durch Ausgrenzung von sozial schwachen Menschengruppen das solidarische Gesundheitswesen aufzulösen und eine Zwei-Klassen-Medizin einzuführen.

Das Gesetz besteht immer noch. Und es soll auf weitere Personengruppen ausgedehnt werden. Die befürchtete Vorreiterrolle des Gesetzes für weiteren Sozialabbau und Ausgrenzung weiterer Menschen aus der Sozialversicherung hat sich bestätigt.

Der Ärztetag 1996 beauftragt deshalb den Vorstand der Bundesärztekammer und die Vorstände der Landesärztekammern

- im Anschluß an diesen Ärztetag bei der Bundesregierung, bei allen im Bundestag vertretenen Parteien und in der Öffentlichkeit die Rücknahme dieses Gesetzes zu fordern und diese Aktivitäten solange fortzusetzen, bis dies geschehen ist
- allen Ärztinnen und Ärzte nahelegen, sich bei der Behandlung der Betroffenen an ihr ärztliches Gewissen zu halten
- allen Ärztinnen und Ärzten politischen und rechtlichen Schutz zu gewähren, die mit diesem Gesetz in Schwierigkeiten gekommen sind
- alle ärztlichen Organisationen aufzufordern, in gleichem Sinne tätig zu werden
- den nächsten Ärztetag über entsprechende Aktivitäten und deren Ergebnisse zu berichten.

30. Indikationen für IVF

Auf Antrag von Prof. D. Adam (Drucksache VI-22) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Die IVF-Kommissionen der Landesärztekammern sowie die bei der Bundesärztekammer gebildete Ethik-Kommission werden gebeten, klare Indikationen für den IVF zu erarbeiten.

Dabei sollen insbesondere Grunderkrankungen sowie das Alter der Patientinnen berücksichtigt werden.

Begründung:

Die IVF erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Sehr häufig erfolgen diese Implantationen bereits bei sehr jungen Patientinnen bei Kinderwunsch oft schon innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren, wenn keine Schwangerschaft eingetreten ist.

Insbesondere bei jungen Patientinnen entwickeln sich nicht selten sämtliche implantierten befruchteten Eier gleichzeitig weiter, so daß Mehrlingsgeburten entstehen.

Mehrlingsgeburten sind jedoch ein hohes Risiko sowohl für die Mutter als auch für die Feten. Nicht selten kommt es zu Frühgeborenen mit Geburtsgewichten unter 800 gr. Diese haben häufig schwere Schäden, Thrombopenien mit Hirnblutungen etc., die zu erheblichen und schweren Spätfolgen führen können. Darüber hinaus sind auch Indikationen zu erarbeiten, die Patientinnen mit Grundkrankheiten, wie z. B. Diabetes, Epilepsie, etc. betreffen. Dies erscheint notwendig, um einerseits klare Vorgaben zu schaffen und andererseits zusätzliche Kosten der Solidargemeinschaft zu vermeiden.

31. Bayerisches Schwangerenberatungsgesetz

Der Antrag von Dr. Seyfarth (Drucksache VI-30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 99. Deutsche Ärztetag lehnt die beiden Gesetzentwürfe der bayerischen Staatsregierung
- Bayerisches Schwangerenberatungsgesetz
- Bayerisches Schwangerenhilfegesetz
ab. Der Antrag fordert die Bayerische Staatsregierung auf, diese beiden Gesetzentwürfe, die laut Aussage des Bundesjustizministeriums gegen geltendes Bundesrecht verstoßen, zurückzuziehen.

Begründung:

Folgen der Regelungen sind in den beiden Gesetzentwürfen vorgesehen:

- Entgegen geltendem Bundesrecht müssen Frauen bei der vorgeschriebenen Beratung ihre Gründe darlegen, andernfalls erhalten sie keine Beratungsbescheinigung.
- Ambulante Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, brauchen - auch wenn sie dies bereits seit langen tun - eine Erlaubnis der Regierung.
- An die Erlaubnis zur Durchführung ambulanter Schwangerschaftsabbrüche sind derart viele Voraussetzungen, Bedingungen und Strafvorschriften geknüpft (u.a. eine Quotierung der Einnahmen aus der Durchführung von indikationslosen Schwangerschaftsabbrüchen auf 25% der Gesamteinnahmen), daß selbst Ärzte, die in den letzten Jahren Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen haben, diese Erlaubnis nicht beantragen werden oder sie nicht erhalten werden.

Die Ärzteschaft sollte sich gegen diesen Gesetzentwurf auch deswegen aussprechen, da die Gefahr besteht, daß hier ein reglementierender Präzedenzfall geschaffen wird.

Die Konsequenz dieses Gesetzentwurfes wird sein, daß ungewollt schwangere Frauen für ambulante Schwangerschaftsabbrüche wieder nach Hessen, Holland oder Österreich fahren werden, weil die Möglichkeit für ambulante Schwangerschaftsabbrüche stark eingeschränkt sein wird. Damit wird ungewollt Schwangeren nicht geholfen, im Gegenteil, die Gefahr von Komplikationen wird durch diese Art Tourismus erhöht.

Allenfalls wird die bayerische Statistik über Schwangerschaftsabbrüche dadurch beschönigt.

Impfschutz

32. Impfschutz und ärztliche Verantwortlichkeit

Auf Antrag von Prof. Dr. Loch (Drucksache VI-15) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag verfolgt mit wachsender Besorgnis den Rückgang der Impfbereitschaft gegen Infektionskrankheiten in der deutschen Bevölkerung. Impfungen dienen nicht nur dem Eigenschutz der so immunisierten Personen, sondern sie senken auch das Infektionsrisiko für anvertraute, aber nicht geimpfte Personen (Kinder, Patienten). Der Deutsche Ärztetag ruft daher insbesondere alle im Gesundheitswesen Tätigen auf, sich ihrer Verantwortung auch gegenüber anderen bewußt zu sein und durch aktive Vorsorge zur Gefährdungsminderung beizutragen.

Begründung:

Impfungen schützen vor bestimmten ansteckenden Infektionskrankheiten. Hierbei geht es nicht nur um einen Individualschutz, sondern für Angehörige der Berufe im Gesundheitswesen auch um den Schutz der Patienten und der Pflege- bzw. Betreuungsbefürtigten vor iatropher Übertragung von Infektionen (z.B. Diphtherie, Hepatitis). Wegen der gegenseitigen Expositionsmöglichkeiten besteht gegenüber der Normalbevölkerung ein ungleich höheres Infektionsrisiko.

Die heutigen Impfstoffe sind nebenwirkungsarm bzw. -frei und erlauben keine Gleichsetzung mit den von Jahrzehnten noch geläufigen Impfrisiken nach Pocken- oder Tollwutschutzimpfung. Ein Verzicht auf eine Impfung aus Besorgnis vor einem Impfschaden ist deshalb im Regelfall nicht zu rechtfertigen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es keine Pflichtimpfung, sondern jeder Bürger entscheidet in eigener Verantwortlichkeit. Im direkten Umfeld von Ärzten und anderen Angehörigen des Gesundheitswesens sind aber Patienten und andere anvertraute Personen zusätzlich in diese Verantwortlichkeit einbezogen.

Diese erstreckt sich auch auf die ärztliche Aufgabe, gemeinsam mit den gesundheits-politisch Verantwortlichen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst die Bevölkerung über den Nutzen von Impfungen und deren notwendigen Auffrischungen im Vergleich zu den oft schlimmen Folgen bei Ungeschützten aufzuklären und ein entsprechendes Selbst-schutzbewußtsein in der Bevölkerung zu verankern. Leider bestehen erhebliche und besorgniserregende Impflücken; z.B. steht der Verbreitung der im säkularen Rhythmus epidemisch auftretenden und jetzt auch wieder nach Deutschland drängenden Diphtherie keine schützende Populationsimmunität mehr entgegen.

Arzneimittel

33. *Empfehlungen zur Arzneiverordnung*

Der Antrag von Prof. D. Adam (Drucksache VI-23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Sogenannte "Budget-Tips" zu Arzneiverordnungen müssen so abgefaßt sein, daß nicht nur die Tagestherapiekosten, sondern auch unterschiedliche Therapiezeiten, insbesondere bei Antiinfektiva, bei bestimmten Indikationen angegeben werden. Nur tatsächlich gleichwertige Arzneimittel dürfen untereinander verglichen werden.

Als Berater für diese Empfehlungen müssen kompetente Vertreter der wissenschaftlichen ärztlichen Fachgesellschaften hinzugezogen werden.

Begründung:

Zahlreiche in letzter Zeit praktizierte sog. "Budget-Tips" sind sachlich und inhaltlich schlicht falsch und können daher Ärzte zu Fehlentscheidungen und -behandlungen verleiten und unnötige Kosten verursachen.

34. *Rationale Arzneimitteltherapie*

Auf Antrag von Frau Dr. Hauenstein (Drucksache VI-32) faßt der 99. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Naturalrabatte bei Medikamenten gefährden zunehmend in Klinik und Praxis eine rationale Arzneimitteltherapie.

Der Deutsche Ärztetag fordert Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie und Gesetzgeber auf, Maßnahmen zu ergreifen, um die Gewährung und Inanspruchnahme von Medikamenten-Naturalrabatten dauerhaft zu verhindern.

Begründung:

Durch gezielte Plazierung überteuerter Medikamente mit Hilfe von Naturalrabatten werden die Arzneimittelkosten chronisch Erkrankter manipuliert. Anfänglichen Einsparungen stehen medizinisch nicht begründbare Folgekosten gegenüber.

Unfallversicherung bzw. SGV VII

35. *Neuordnung Unfallversicherungsrecht (SGB VII)*

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

Der 99. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, bei der Neufassung des Unfallversicherungsrechts mit Überführung in ein Sozialgesetzbuch VII noch die nachfolgenden Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

Angesichts vielfacher, teilweiser auch sehr zweifelhafter, Bestrebungen zur Zertifizierung nach ISO 9000 ff. im Bereich der Arbeitsmedizin sollten die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Arbeitsmedizin gesetzlich geregelt werden. In Analogie zum SGB V bietet sich hierfür ein zweiseitiger Vertrag zwischen Leistungsempfängern, vertreten durch die paritätisch besetzten Unfallversicherungsträger, und Leistungserbringern, vertreten durch die Ärztekammern an. Letztere

sind nicht nur nach Landesrecht (Heilberufsgesetz) für die Qualitätssicherung im ärztlichen Bereich zuständig, sondern besitzen auch schon Erfahrungen mit der Qualitätssicherung ärztlichen Handelns in anderen Fachgebieten.

Gegenstand eines solchen zweiseitigen Vertrages kann auch die Erstellung einer arbeitsmedizinischen Gebührenordnung sein. Bis jetzt sind nur im Rahmen einer Gebührenordnung die Untersuchungen nach den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen geregelt. Alle übrigen arbeitsmedizinischen Leistungen, die nach § 3 ASIG erbracht werden, sind gebührenmäßig nicht erfaßt. Bisher war eine Regelung in diesem Bereich auch noch nicht erforderlich, da nach Inkrafttreten des ASIG diese Aufgaben überwiegend in Großbetrieben durch festangestellte Ärzte und Ärztinnen wahrgenommen wurden. Mit der zunehmenden Betreuung von Mittel- und Kleinbetrieben in den letzten Jahren werden diese Leistungen durch freiberuflich tätige Ärzte und Ärztinnen bzw. durch überbetriebliche Dienste nach § 19 ASIG erbracht. Einige bieten ihre Dienste auf dem freien Markt zu Dumpingpreisen an, deren betriebswirtschaftliche Kalkulation nur dann nachvollzogen werden kann, wenn unterstellt wird, daß der Leistungskatalog des § 3 ASIG und die vereinbarten Einsatzstunden nicht vollständig erbracht werden. Leider geraten auch qualitativ hochwertige Anbieter mittlerweile unter den Preisdruck dieser "Billiganbieter". Bei einer einheitlichen Gebührenordnung entfällt für den Unternehmer das Preisargument und er kann sich bei der Auswahl seines Dienstes bzw. seines Arztes ausschließlich an der erbrachten Qualität orientieren. Daher ist die Erstellung einer verbindlichen Gebührenordnung für alle arbeitsmedizinischen Leistungen aus Qualitätssicherungsgründen mittlerweile erforderlich.

Eine entsprechende Formulierung im SGB VII könnte wie folgt lauten:

§ (z.B. 20 a)

Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen

- (1) Die Verbände der Unfallversicherungsträger und die Ärztekammern schließen zweiseitige Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der vom Unternehmer zu veranlassenden arbeitsmedizinischen Untersuchungen und Maßnahmen dem allgemeinen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen.
- (2) Die Verträge regeln insbesondere
 - die Durchführung von Maßnahme zur Qualitätssicherung
 - Die Vergütung für nicht festangestellte Ärzte bzw. überbetriebliche arbeitsmedizinische Dienste, die vom Unternehmer nach § 2 ASIG bestellt wurden.

In § 15 Abs. 1 Punkt 4 und § 34 Abs. 1 erhalten die Unfallversicherungsträger das Recht, die Voraussetzungen, die Ärzte für arbeitsmedizinische Maßnahmen (§ 15) bzw. für Heilbehandlungen (§ 34) auch an fachlicher Befähigung mitbringen müssen, in ihrem Satzungsrecht zu regeln. Nach den Heilberufsgesetzen der Länder regeln die Ärztekammern in ihrem Satzungsrecht im Rahmen der Weiterbildungsordnung die fachliche Befähigung der Ärzte. Mit der fachlichen Befähigung wird auch klar festgelegt, in welchen Bereichen der Arzt tätig werden darf. Zur Vermeidung unterschiedlicher Regelungen in zwei konkurrierenden Satzungsrechten, nämlich denen der Ärztekammern und denen der Unfallversicherungsträger, muß noch eine Bestimmung aufgenommen werden, daß die Unfallversicherungsträger die Regelungen bezüglich der fachlichen Qualifikation der Ärzte in § 15 und § 34 nur im Einvernehmen mit den Ärztekammern erlassen können.

In § 202 ist die Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten geregelt. Leider erhalten die anzeigenden Ärzte keinerlei Rückmeldung über den Ausgang des Berufskrankheitenverfahrens. Eine solche qualitätssichernde Maßnahme wird von den Unfallversicherungsträgern mit Hinweis auf den Datenschutz abgelehnt. Gleiches gilt für eine Mitteilung an die für die arbeitsmedizinische Betreuung eines Versicherten zuständigen Betriebsärzte. Im Rahmen des Achten Kapitels des SGB VII könnte dieses von der Ärzteschaft immer wieder beklagte Manko beseitigt werden z.B. durch nachfolgende Formulierung:

Nach Abschluß des Berufskrankheitenverfahrens informieren die Unfallversicherungsträger die anzeigenden und die für die arbeitsmedizinischen Maßnahmen eines Versicherten zuständigen Ärzte über den Ausgang des Verfahrens, indem sie diesen die angezeigte Berufskrankheit und den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit mitteilen.

Organisation des Deutschen Ärztetages

36. *Veröffentlichung der Beschlüsse des DÄT*

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

Der Vorstand wird gebeten, die Möglichkeit zu prüfen, alle eingereichten Anträge des 99. DÄT elektronisch zu publizieren. Die Anträge und Beschlüsse sowie die Referate sollten in Form einer index-fähigen Datenbank mit der Möglichkeit der Volltextsuche auf Diskette veröffentlicht werden.

Begründung:

Nutzung neuer Medien auch durch den Deutschen Ärztetag.

Der Änderungsantrag von Dr. Walz (Drucksache VI-29a) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Änderung des 2. Satzes:

Die Anträge und Beschlüsse sowie die Referate sollten in strukturierter, index-fähiger Form in Standardtextformaten auf Diskette zur Verfügung gestellt werden.

Begründung:

Die Veröffentlichung in Form einer Datenbank bedeutet einen hohen Aufwand, bei dem sich die Frage stellt, ob er notwendig ist. Darüber hinaus sind Datenbankformate weniger kompatibel für die unterschiedlichen Programme als Textformate. Eine Volltextsuche ist mit jedem guten Textverarbeitungsprogramm heute möglich.

Die Bereitstellung der Beiträge in elektronischer Form wäre sehr zu begrüßen.

37. *"Der Arzt im Krankenhaus - eine Standortbestimmung"*

Auf Antrag von Dr. Jonitz (Drucksache VI-41) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

"Der Arzt im Krankenhaus - eine Standortbestimmung" soll als Hauptthema auf dem 101. Deutschen Ärztetag behandelt werden.

Begründung:

Aktuelle Gesundheitspolitik und Sparmaßnahmen in den Krankenhäusern haben die Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns im Krankenhaus erheblich verändert.

Eine Bestandsaufnahme erscheint dringend erforderlich.

38. *Verbesserung des Abstimmungsverfahrens*

Der Antrag von Dr. Peters (Drucksache VI-43) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand wird gebeten zu prüfen ob es möglich ist:

1. Die Anträge zum Zeitpunkt der Abstimmung - ohne Begründungstext - auf Overheadfolie zu projizieren.
2. Die Abstimmung mit einer geleasteten Abstimmmaschine zu vereinfachen (schneller, präziser).

EU-Ärztetag

39. Gesundheits- und Sozialpolitik der Europäischen Union

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

Der Deutsche Ärztetag regt an, einen "Europäischen Ärztetag", gebildet aus gewählten ärztlichen Delegierten der Unionsstaaten, einzurichten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, in denjenigen europäischen Gremien, in denen die BÄK vertreten ist, in diesem Sinne initiativ zu werden.

Begründung:

Europäische Gesundheitspolitik ist wie nationale Gesundheitspolitik ohne den Sachverstand der Ärzte unvollkommen.

Gesundheitspolitische Probleme bestehen europaweit. Ohne Mitwirkung der europäischen Ärzte werden Lösungsansätze und -strategien nur der EU-Kommission bzw. der Politik überlassen.

Ein "Europäischer Ärztetag" könnte ärztlichem Sachverstand als Europäisches Forum dienen.

Ärztliche Weiterbildung

40. Durchführung von Weiterbildungscurrricula zur Speziellen Schmerztherapie

Auf Antrag von Dr. Josten (Drucksache VI-33) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Die Akademien für ärztliche Fortbildung in Deutschland (Gemeinschaftseinrichtungen der verfaßten Ärzteschaft) werden aufgefordert, interdisziplinäre Weiterbildungscurrricula zur Diagnostik und Therapie chronisch schmerzkranker Patientinnen und Patienten durchzuführen, gemäß dem Beschluß des 99. Deutschen Ärztetages zur Einführung der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie".

41. Situation der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung

Auf Antrag von Herr Zimmermann (Drucksache VI-35) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer erneut auf, sich in besonderer Weise der sich weiterhin verschlechternden Situation der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung zu widmen. Über diese Aktivitäten, in die aktive und interessierte Assistentinnen/Assistenten einbezogen werden sollten, ist dem 100. Deutschen Ärztetag Bericht zu erstatten.

Begründung:

Mehrere Beschlüsse des 98. DÄT zu diesem Thema finden im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer '96 kaum inhaltlichen Niederschlag. Die Situation der Kolleginnen/Kollegen in Weiterbildung hat sich weiter dramatisch verschlechtert. Hohe Arbeitslosenzahlen, kurze Laufzeiten der Verträge, Weiterbildungsengpässe und fehlende berufliche Perspektiven verunsichern den

Nachwuchs der deutschen Ärzteschaft. Insbesondere die Bundesärztekammer sollte an dieser Stelle sich für diese große Gruppe der Mitglieder der Ärztekammern energisch einsetzen.

ZU PUNKT VII DER TAGESORDNUNG: ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 1994/95 (1. JULI 1994 BIS 30. JUNI 1995)

1. Genehmigung des Jahresabschlusses 1994/95

Auf Antrag der Mitglieder der Finanzkommission der Bundesärztekammer (Drucksache VII-1) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag einstimmig:

1. Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 1994/95 (01.07.94 bis 30.06.95) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V., Münster.
2. Der Finanzbericht der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1994/95 (01.07.94 bis 30.06.95) wird gebilligt.

ZU PUNKT VIII DER TAGESORDNUNG: ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 1994/95 (1. JULI 1994 BIS 30. JUNI 1995)

1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1994/95

Auf Antrag der Mitglieder der Finanzkommission der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-1) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 1994/95 (01.07.94 bis 30.06.95) Entlastung erteilt.

ZU PUNKT IX DER TAGESORDNUNG: HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 1996/97 (1. JULI 1996 BIS 30. JUNI 1997)

1. *Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1996/97*

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IX-1) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1996/97 (01.07.1996 bis 30.06.97) in Höhe von DM 18.248.000,-- wird gebilligt.

2. *Finanzbericht 1995 / 1996*

Auf Antrag der Mitglieder der Finanzkommission der Bundesärztekammer (Drucksache IX-2) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag stimmt dem Vorschlag der Finanzkommission zu, den Finanzbericht zukünftig in gestraffterer Form vorzulegen.

3. *Erhöhung der Aufwendungen und Erträge im Haushaltsvoranschlag 1996/97*

Der Antrag von Dr. Schagen (Drucksache IX-3) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Herausgabe der Dokumentation des Nürnberger Ärzteprozesses wird von der Deutschen Ärzteschaft auch finanziell unterstützt.

Im Voranschlag 1996/97 wird unter "8. Kosten für berufspolitische Aktionen" eine Erhöhung um DM 50.000 vorgesehen.

Der gleiche Betrag wird bei den Erträgen unter Ziffer "1. Beiträge der Ärztekammern" zusätzlich veranschlagt.

ZU PUNKT X DER TAGESORDNUNG: WAHL DES TAGUNGSORTES FÜR DEN 102. DEUTSCHEN ÄRZTETAG 1999

1. 102. Deutscher Ärztetag 1999 in Cottbus

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache X-1) beschließt der 99. Deutsche Ärztetag:

Der 102. Deutsche Ärztetag 1999 findet auf Einladung der Landesärztekammer Brandenburg in Cottbus statt

Begründung:

Auf Einladung der Landesärztekammer Brandenburg und nach Prüfung durch die Geschäftsführung hat der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen Cottbus als Tagungsort für den 102. Deutschen Ärztetag 1999 vorzuschlagen.

Für die Richtigkeit der Protokollierung
Köln, den 08.06.96

(Dr. Reinhold Hauser)