

*BESCHLUSSPROTOKOLL  
DES  
100. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES  
vom 27.-30. Mai 1997  
IN EISENACH*

## Inhaltsverzeichnis

Zu Punkt I der Tagesordnung: Gesundheits- und Sozialpolitik .....	1
1. Qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung sichert "Gesundheitsstandort" und damit Wirtschaftsstandort Deutschland .....	1
2. 2. GKV-Neuordnungsgesetz - Besondere Therapieempfehlungen nicht zu Lasten der GKV .....	4
3. Entbürokratisierung auch im SGB V .....	5
4. Informationspflicht der Ärzte und Krankenhäuser.....	5
5. Informationspflicht der Ärzte und Krankenhäuser.....	6
6. Entbürokratisierung durch Leistungstransparenz .....	6
7. Transplantationsgesetz zügig verabschieden.....	6
8. Instandhaltungsfinanzierung der Krankenhäuser .....	7
9. Kompetenz und Verantwortung von Wissenschaft und Arzt.....	7
10. Entfall der Bedarfszulassung .....	8
11. Arzneimittelbudget in Mecklenburg-Vorpommern.....	8
12. Solidarität mit den Ärztinnen und Ärzten in Mecklenburg-Vorpommern .....	9
13. Befristete Arbeitsverträge .....	9
14. Befristete Verträge im Krankenhaus.....	10
15. Approbationsordnung .....	11
16. Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes.....	11
Zu Punkt II der Tagesordnung: Medizinethik in einer offenen Gesellschaft .....	11
1. Medizinethik in einer offenen Gesellschaft .....	11
2. Fortführung der "Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin" .....	13
3. Klonen mit Menschenwürde nicht vereinbar .....	14
4. Ärztliche Sterbebegleitung.....	15
5. Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung.....	15
6. Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung .....	16
7. Sterbebegleitung und Grenzen zumutbarer Behandlung .....	16
8. Bio-Ethik-Konvention .....	16
9. Ethik-Kommission .....	17
10. Einrichtung von Laien-Ethik-Kommissionen .....	17
11. Medizinethik in einer offenen Gesellschaft .....	18
12. Ethik - Pränataldiagnostik .....	18
Zu Punkt III der Tagesordnung: Novellierung der (Muster-) Berufsordnung .....	18
1. Novellierung der (Muster-)Berufsordnung .....	18
2. Änderungsantrag zu III-1 .....	19
3. Änderungsantrag zu III-1 .....	19
4. Änderungsantrag zu III-1 .....	20
5. Änderungsantrag zu III-1 .....	20
6. Änderungsantrag zu III-1 .....	21
7. Veröffentlichung (Muster-)Berufsordnung.....	22
8. Keimbahnmanipulation .....	22
9. Darstellungsmöglichkeiten im Internet.....	23
Zu Punkt IV der Tagesordnung: Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung Abschnitt I. - 1. Allgemeinmedizin.....	23
1. Neufassung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin .....	23
2. Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.....	26
3. Finanzierung von Weiterbildungsstellen durch GKV .....	28
4. Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin.....	28
5. Ausrichtung der Approbationsordnung auf die hausärztliche Tätigkeit.....	29
Zu Punkt V der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer .....	29
Reform des Medizinstudiums	
1. Reform des Medizinstudiums .....	29

2. Approbationsordnung .....	30
3. Lehrstühle für Allgemeinmedizin.....	30
4. Berücksichtigung hausärztlicher Inhalte in der Approbationsordnung.....	31
Ärztliche Weiterbildung	
1. Situation der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung .....	31
2. Prüfungen im Weiterbildungsrecht.....	33
3. Einführung der Zusatzbezeichnung "Ärztliches Qualitätsmanagement".....	33
4. Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung .....	34
Gesetzliche Krankenversicherung	
1. Häusliche Behandlungs- (Kranken-) Pflege nach SGB V .....	34
2. Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen .....	34
3. Finanzierung der Mutterschaftsvorsorge .....	35
Krankenhaus	
1. Einbindung der Ärzteschaft in Krankenhausplanung.....	35
2. Fehlbelegung .....	35
3. Ärztliche Personalbemessung in Krankenhäusern .....	36
GOÄ/Beihilfe	
1. Beihilferegeln nicht zu Lasten der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) .....	36
2. Angleichung der Vergütung nach GOÄ in den neuen Bundesländern .....	37
3. Angleichung GOÄ-Ost .....	37
Forschung und Wissenschaft	
1. Förderung neuer Kommunikationsstrukturen zur Verbesserung der Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Personen .....	38
2. Versorgung alter Menschen.....	38
3. Zuwendungen von Firmen für medizinische Forschung .....	38
Rehabilitation	
1. Weiterentwicklung der stationären Rehabilitation.....	39
2. Rehabilitation - Müttergenesung.....	42
3. Rehabilitation als Tagesordnungspunkt auf einem Ärztetag .....	42
Ärztliche Versorgungswerke	
1. Kindererziehungs-/Betreuungszeiten im Versorgungswerk.....	42
2. Ärztliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung .....	43
Weitere Themenfelder	
1. Petition des Bundes der "Euthanasie"-Geschädigten.....	43
2. Berufsverbot für Ärztinnen in Afghanistan .....	44
3. Mobbing - Erhebliche Gesundheitsschäden und soziale Kosten.....	44
4. Genitalverstümmelungen als Menschenrechtsverletzungen ächten .....	45
5. Jodprophylaxe bei kerntechnischen Unfällen .....	46
6. Prävention / Nichtraucherchutz (§ 20 SGB V) .....	47
7. In vitro-Fertilisation .....	48
8. Töten von Feten unethisch .....	49
9. Pränatale Diagnostik.....	49
10. Ärztliche Hilfseinsätze im Rahmen humanitärer Hilfe .....	49
11. Gentechnisch veränderte Nahrungsmittel .....	50
12. Online-Redaktion im Projekt "Deutsches Gesundheitsnetz".....	51
13. Aktive Mitwirkung von Ärztinnen .....	51
Zu Punkt VI der Tagesordnung: Bericht über die Jahresrechnung der Bundes- ärztekammer für das Geschäftsjahr 1995/96 (01.07.1995 bis 30.06.1996).....	51
1. Genehmigung des Jahresabschlusses 1995/96.....	51
Zu Punkt VII der Tagesordnung: Entlastung des Vorstandes der Bundesärzte- kammer für das Geschäftsjahr 1995/96 (01.07.1995 bis 30.06.1996).....	52
1. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäfts- jahr 1995/96.....	52

Zu Punkt VIII der Tagesordnung: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1997/98 (01.07.1997 bis 30.06.1998).....	52
1. Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1997/98 .....	52
2. Zwischenbericht zur Publikation der Dokumente des Nürnberger Ärzte- prozesses .....	52

## ZU PUNKT I DER TAGESORDNUNG:      GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK

### **1.    *Qualitativ hochstehende gesundheitliche Versorgung sichert "Gesundheitsstandort" und damit Wirtschaftsstandort Deutschland***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-1) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

#### **> *Das Gesundheitswesen ist ein innovativer, wachstumsträchtiger und arbeitsplatzschaffender Wirtschaftszweig***

Die Konzentration der gesundheitspolitischen Diskussion in den vergangenen zwei Jahrzehnten auf die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung läßt außer acht, daß das Gesundheitswesen nicht nur ein Kostenfaktor, sondern auch ein wachstumsträchtiger Wirtschaftssektor mit erheblicher beschäftigungspolitischer Bedeutung ist. Die Gesundheitsausgaben tragen zur direkten und indirekten Beschäftigung von insgesamt 4,2 Mio. Menschen bei. Sie sichern damit Arbeitsplätze für 3,1 Mio. Erwerbstätige unmittelbar im Gesundheitswesen und für 1,1 Mio. Beschäftigte in anderen für das Gesundheitswesen wichtigen Bereichen der Wirtschaft. Dies bedeutet, daß ca. 12 % der Erwerbstätigen aufgrund der Gesundheitsausgaben ihren Lebensunterhalt bestreiten und damit nicht nur für sich und ihre Familien sorgen, sondern auch Beiträge für die sozialen Sicherungssysteme zahlen können.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Sondergutachten 1996 ebenso die Funktion des Gesundheitswesens als einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in einer entwickelten Volkswirtschaft in den Vordergrund: *"Das Gesundheitswesen dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt mit seinen Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit den entsprechenden Wirkungen auf den Arbeitsmarkt bei. In anderen Bereichen des Wirtschaftslebens werden steigende Umsätze, Gewinne und Beschäftigungszahlen als Erfolgsmeldung angesehen und kommen in die Schlagzeilen der Medien. Es überrascht daher, daß derartige Entwicklungen im Gesundheitswesen als personalintensive Dienstleistungsbranche mit einem ausgeprägten Anteil an Hochtechnologieprodukten und mittelständischen Industriebetrieben in der Regel als Kostenexplosion und Überangebot wahrgenommen werden."*

Auch wenn es nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist, Wirtschaftswachstum und Arbeitsplätze zu finanzieren, muß dennoch bedacht werden, daß angesichts dieser ökonomischen Gesetzmäßigkeiten und ihres Wirkungszusammenhangs die weitere Verfolgung des Zieles Beitragssatzstabilität mit immer neuen Kostendämpfungsmaßnahmen einen der größten, innovativsten und wachstumsträchtigen Zweige unserer Volkswirtschaft zunehmend gefährdet. Die Wertschöpfung dieses Bereiches liegt in der sozialen Absicherung im Krankheitsfall und in einer qualitativ hochstehenden gesundheitlichen Versorgung als positiv wirkende Standortfaktoren für die deutsche Volkswirtschaft.

Der 100. Deutsche Ärztetag stellt fest, daß das Gesundheitswesen mit seinem hohen Leistungsniveau nur erhalten werden und der medizinische Fortschritt auch weiterhin der gesamten Bevölkerung zugute kommen kann, wenn die notwendigen Finanzmittel hierfür zur Verfügung gestellt werden. Die Finanzierungsbasis ist durch den drastischen Rückgang der Lohnquote am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 76,9

% in 1982 auf 70,7 % in 1994 und der gleichzeitigen Reduzierung des Beitragsaufkommens in der gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet. Die Krise des Gesundheitswesens liegt nicht in seinen Leistungen, seiner Qualität und seinen Kosten begründet, sondern ist vorrangig eine Finanzierungs Krise. Bewußt werden muß allen Beteiligten, daß eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung die Überwindung der hohen Arbeitslosigkeit ist. Trotz der Verpflichtung zu sparsamer Mittelverwendung in der gesundheitlichen Versorgung wird die Erhaltung eines leistungsfähigen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes und der demographischen Entwicklung daher zusätzliche Mittel benötigen. Anstelle der in den Reformgesetzen vorgesehenen Belastung der Kranken durch erhöhte Zuzahlungen ist entweder die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung über das Arbeitseinkommen hinaus um weitere Einkommensarten zu verbreitern oder aber der Staat muß die Deckung eines die Finanzkraft der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigenden Mittelbedarfs sicherstellen, will er nicht die Verantwortung für eine Rationierung von Gesundheitsleistungen übernehmen.

Die von den Krankenkassen gesehenen Wirtschaftlichkeitsreserven in der gesundheitlichen Versorgung sind nicht mehr vorhanden; notwendig ist jedoch eine strukturelle Anpassung der Versorgungsstrukturen an den Fortschritt der Medizin sowie an die demographische Entwicklung. Ziel der Ärzteschaft ist es, notwendige und gebotene medizinische Leistungen in ihrer Qualität zu sichern und dadurch auch Wirtschaftlichkeitsaspekte zu berücksichtigen. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erfordern jedoch auch eine Entlastung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung um krankensicherungs fremde Leistungen.

### **> Neuorientierung der Gesundheitspolitik ist eingeleitet**

Mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens langfristig zu sichern, eröffnete der Bundesminister für Gesundheit im Januar 1995 den Dialog mit allen Beteiligten, um nach dem Motto VORFAHRT FÜR DIE SELBSTVERWALTUNG einen breiten gesundheitspolitischen Konsens zu erreichen. Die auf dieser Grundlage eingeleitete Reform mit dem GKV-Weiterentwicklungsgesetz und dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (GKV-WG, KH-NG) ist am Widerstand des Bundesrates gescheitert. Für eine langfristige Sicherung sowohl der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der übrigen sozialen Sicherungssysteme tragen jedoch Bundestag und Bundesrat gemeinsame Verantwortung. Von beiden Gesetzgebungsorganen muß daher verlangt werden, daß sie in diesen für die Bevölkerung lebenswichtigen Fragen zu tragbaren Lösungen kommen; diese dürfen nicht am Dissens scheitern.

Der 100. Deutsche Ärztetag erkennt an, daß trotz der Haltung des Bundesrates, wesentliche Vorschläge der Ärzteschaft mit den Entwürfen eines 1. und 2. Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. und 2. GKV-NOG) aufgegriffen und in dem unter diesen Bedingungen möglichen Umfange Reformen eingeleitet worden sind, die der Selbstverwaltung mehr Handlungs- und Gestaltungsspielraum einräumen sollen. Die Verantwortung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern zur Regelung der Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung soll gestärkt und damit größere Gestaltungsmöglichkeiten der ärztlichen Selbstverwaltung für wissenschaftlich fundierte und praktikable Qualitätssicherungsmaßnahmen der ärztlichen Berufsausübung in Klinik und Praxis eingeräumt werden. Die durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten sektoralen Budgetierungen sollen aufgehoben und durch Vergütungsempfehlungen der Selbstverwaltung sowohl in der ambulanten als auch in

der stationären Versorgung ersetzt werden. Der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen soll die Möglichkeit eingeräumt werden, den Leistungskatalog auf Effizienz zu überprüfen. Durch Strukturverträge zur Einführung neuer Versorgungs- und Vergütungsstrukturen (vernetzte Praxen, Hausarztmodell) werden ärztliche Zusammenschlüsse gefördert. Zulassungssperren im vertragsärztlichen Bereich sollen durch Job-sharing und verbesserte Möglichkeiten der Assistentenbeschäftigung aufgelockert werden.

Die Ärzteschaft wird die sich daraus ergebenden Chancen nutzen und ihre Mitverantwortung zur Gestaltung des Gesundheitswesens wahrnehmen.

### **> Weitere Reformmaßnahmen dringend erforderlich**

Der 100. Deutsche Ärztetag bedauert, daß die von der Ärzteschaft vorgeschlagenen Regelungen zu einer besseren Verbindung der ambulanten und stationären Versorgung nicht aufgegriffen wurden. Aufgrund der geänderten finanziellen Rahmenbedingungen in beiden Versorgungsbereichen müssen nunmehr die im geltenden Recht bereits bestehenden Möglichkeiten für eine bessere Zusammenarbeit von niedergelassenen und Krankenhausärzten stärker genutzt werden. Die hierzu vorliegenden Lösungsvorschläge zur kooperativen ambulanten und stationären Nutzung von kostenaufwendigen medizinisch-technischen Einrichtungen, zur Einbeziehung qualifizierter Krankenhausärzte in die ambulante Versorgung durch persönliche Ermächtigung, die Förderung des Belegarztwesens, insbesondere in seiner kooperativen Ausprägung sowie die Förderung der wechselseitigen Konsiliarität müssen endlich verwirklicht werden.

Zur Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung sind weitere Reformmaßnahmen erforderlich, die allerdings die Zustimmung der Bundesländer und damit des Bundesrates erfordern. Dabei wird politischen Vorschlägen zu einer Globalbudgetierung oder einer bloßen Kostendämpfungspolitik von seiten der Ärzteschaft eine klare Absage erteilt. Statt der Einführung von Einkaufsmodellen müssen der Sicherstellungsauftrag und das damit verbundene Kollektivvertragssystem erhalten bleiben, um dem Wettbewerb der Krankenkassen um gesunde Versicherte zu Lasten der Kranken entgegenzuwirken; keinesfalls dürfen die solidarischen Grundlagen unseres bewährten Versorgungssystems durch unsolidarische Auswirkungen des Wettbewerbs gefährdet werden. Auch die freie Arztwahl darf nicht durch die Einführung eines Primärarzt-systems eingeschränkt werden. Nicht zur Disposition stehen darf der Grundsatz eines gegliederten Krankenversicherungssystems mit Aufgabenteilung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung als solidarisch finanzierter Sozialversicherung und der privaten Krankenversicherung als risiko-äquivalenter Privatversicherung.

Für eine patientengerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen fordert der 100. Deutsche Ärztetag weiterhin die Realisierung folgender Vorschläge:

- Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen für eine effiziente Verbindung zwischen ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung mit dem Ziel, eine an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten orientierte sachgerechte Arbeitsteilung zwischen ambulanter haus- und fachärztlicher Versorgung einerseits und stationärer Versorgung andererseits zu erreichen und dadurch die sektorale Abgrenzung beider Bereiche zu überwinden. Die Verbindung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muß auf einer personenbezogenen Grundlage,

insbesondere durch persönliche Ermächtigungen von qualifizierten Krankenhausärzten zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen erfolgen.

- Sicherstellung der Investitions- und Betriebsfinanzierung 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).
- Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere von krankenversicherungsfremden Leistungen.
- Erweiterung der Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf alle Einkommensarten unter Festlegung von Einkommensfreigrenzen und Überprüfung der Beitragsbemessungsgrenze; Einführung eines Ehegatten-Splittings (Aufhebung bzw. Modifizierung des Mitversicherungssystems); Überprüfung des Kreises der gesetzlich Krankenversicherten.

## **2. 2. GKV-Neuordnungsgesetz - Besondere Therapieempfehlungen nicht zu Lasten der GKV**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-2) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

In letzter Minute in das Gesetzgebungsverfahren eingebrachte Veränderungen ermöglichen sämtlichen Gruppierungen unkonventioneller Heilverfahren auf der Ebene der von ihnen reklamierten "Binnenanerkennung" in großem Umfang diagnostische und therapeutische Verfahren den Leistungen des Sozialversicherungssystems zugänglich zu machen. Diese Verfahren halten einer Prüfung auf Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit nicht stand und sprengen somit die Grenzen des ohnehin bis an den Rand der Leistungsfähigkeit strapazierten Sozialversicherungssystems. Es wird nicht verkannt, daß ein Teil der Bevölkerung sich zu dieser Art Diagnostik und Therapie hingezogen fühlt. Die Finanzierung dieser Wünsche kann jedoch nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gehen, wenn man nicht die Grundlagen einer wissenschaftlich orientierten Medizin in Frage stellen will.

Die deutsche Ärzteschaft fordert daher die Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf, die bei der erneuten Beratung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes (Drucksache 200/97) folgende in letzter Minute in das Gesetzgebungsverfahren eingebrachten Veränderungen im SGB V ersatzlos zu streichen:

1. in § 135, Absatz 1, Satz 1, Nr. 1 "in der jeweiligen Therapierichtung",
2. in § 92, Absatz 3 a "sowie den maßgeblichen Dachverbänden der Ärztegesellschaften der besonderen Therapierichtungen".

## **3. Entbürokratisierung auch im SGB V**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-3) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:



Der 100. Deutsche Ärztetag appelliert an den Bundesgesundheitsminister und die Regierungskoalition, die Änderung des § 305 im 2. GKV-Neuordnungsgesetz, in dem die Information der Versicherten über die erbrachten Leistungen in Praxis und Krankenhaus vorgesehen ist, umgehend zu modifizieren.

Die vorgesehene gesetzliche Regelung ist extrem verwaltungs- und kostenintensiv. Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz der Leistungen werden grundsätzlich begrüßt, sie müssen aber auch vom bürokratischen Aufwand und den Kosten sinnvoll und vertretbar bleiben. Die vorgesehene Patienteninformation stellt die Bemühungen zur Entbürokratisierung des Gesundheitswesens auf den Kopf.

Die gesetzliche Regelung sollte dem Interesse der Patienten auf Ausübung seines Informationsrechts entgegenkommen, eine automatische Leistungsmittteilung wird aber abgelehnt.

#### **4. Informationspflicht der Ärzte und Krankenhäuser**

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache I-9) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag lehnt die im 2. GKV-Neuordnungsgesetz vorgesehene Rechnungslegung spätestens innerhalb 4 Wochen nach Ablauf eines Quartals bzw. 4 Wochen nach Ende eines Krankenhausaufenthaltes über die zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Leistungen und entstandenen Kosten ab. Es ist nicht zu erwarten, daß aufgrund dieser Informationen die Versicherten der GKV Leistungen sparsamer in Anspruch nehmen. Ein Steuerungseffekt kann von der neuen gesetzlichen Vorschrift nicht ausgehen.

Auch die Sach- und Personalkosten für solche Mitteilungen an die Versicherten stehen in keinem angemessenen Verhältnis zu dem Nutzen. Die Ärzte und andere Leistungsträger können nicht zusätzlich Kosten in Milliardenhöhe tragen, wenn sie dafür keine angemessenen Vergütungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Die gesetzliche Krankenversicherung wird diese Kosten ebenfalls nicht übernehmen, da diese Ausgaben beitragssteigernd wirken.

Der Deutsche Ärztetag stellt klar, daß in der gesetzlichen Krankenversicherung durchaus der Grundsatz der Transparenz gefördert werden muß. Eine solche Transparenz kann in einem Kostenerstattungssystem mit sozial verträglichen Selbstbeteiligungsregelungen herbeigeführt werden. Nur so ist Transparenz sinnvoll und nur so wird der mündige Bürger in die Lage versetzt, verantwortungsbewußt mit den von ihm beanspruchten Leistungen umzugehen. Der 97. Deutsche Ärztetag hat im Rahmen des gesundheitspolitischen Programms der deutschen Ärzteschaft die Grundzüge einer Krankenversicherungsreform, die auch das Kostenerstattungssystem ausdrücklich erwähnen, vorgestellt.

#### **5. Informationspflicht der Ärzte und Krankenhäuser**

Auf Antrag von Dr. von Knoblauch (Drucksache I-14) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der deutsche Ärztetag bejaht grundsätzlich die Forderung einer Transparenz. Sie liegt im Interesse der Patienten, Ärzten und aller Beteiligten im Gesundheitswesen.

Dazu fordert der deutsche Ärztetag die Schaffung notwendiger Voraussetzungen. Statt unkalkulatorischer Punktwertvergütung muß eine verlässliche DM-Vergütung geschaffen werden. In moderner Praxis bei Anwendung der Bürotechnik können die Patienten auf Wunsch im Anschluß an die Behandlung einen Leistungsnachweis mit Rechnungslegung ausgehändigt bekommen und gegenzeichnen, wie es in anderen Wirtschaftsbereichen üblich ist.

Die Voraussetzung dazu ist die Kostenübernahme durch die Krankenversicherung oder Patienten.

## **6. Entbürokratisierung durch Leistungstransparenz**

Auf Antrag von Dr. Windhorst (Drucksache I-15) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Verbesserung der Leistungstransparenz wird begrüÙt!

Gemäß § 305 2. NOG versenden die Krankenkassen zusätzlich zu ihren Tarifinformationen oder anstelle von Werbematerialien die Daten über die abgerechneten Leistungen ihren Versicherten als individuelle Bilanz , nicht die Ärzteschaft.

## **7. Transplantationsgesetz zügig verabschieden**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-4) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 100. Deutsche Ärztetag 1997 fordert die politisch Verantwortlichen im Bundestag und Bundesrat auf, die nunmehr über ein Jahrzehnt andauernden Beratungen für ein Transplantationsgesetz abzuschließen und mit diesem Gesetz insbesondere darüber Rechtsklarheit zu schaffen,

- daß die Unterscheidung zwischen Leben und Tod für die Organentnahme gelten und der ärztlichen Verantwortung nach dem Stand der Wissenschaft übertragen bleiben muß,
- daß die erweiterte Zustimmungslösung zukünftig möglich bleiben soll, um auch mit den nächsten Angehörigen und/oder dem Lebenspartner als den Personen, die im Sinne des Verstorbenen entscheiden, sprechen zu können, falls der Verstorbene keine schriftliche Erklärung zur Organentnahme abgegeben hat,
- daß die Organverteilung patientenorientiert zu erfolgen hat; die dafür notwendigen medizinischen Kriterien sind in internationaler Zusammenarbeit aufzustellen, fortlaufend dem Stand des medizinischen Wissens anzupassen und zu veröffentlichen.
- Der Deutsche Ärztetag erneuert seinen Vorschlag, dieses Transplantationsgesetz Organspendegesetz zu nennen.

### Begründung:

Die Transplantationsmedizin ermöglicht seit über 20 Jahren auch in Deutschland lebensrettende und lebensverbessernde Behandlung von Patienten dank der Spendebereitschaft vieler Menschen und ihrer Angehörigen, der breiten Zustimmung

innerhalb der Bevölkerung, aber auch der vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Nachbarländern.

## **8. *Instandhaltungsfinanzierung der Krankenhäuser***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-5) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 100. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die zur Finanzierung der seit Jahren aufgelaufenen Instandhaltungskosten der Krankenhäuser eingebrachte gesetzliche Regelung mit einer einseitigen Belastung der Versicherten der GKV mit DM 20,--/Pro Jahr (Notopfer Krankenhaus) auszusetzen. Durch diese Art der Finanzierung werden der GKV zusätzlich DM 850 Millionen zugeführt, während die Verwaltungskosten für die Einziehung dieses Versicherungsbetrages DM 1 Milliarde betragen, so daß diese gesetzliche Regelung eine Belastung der GKV mit DM 1,85 Milliarden bedingt.

Die Instandhaltungsfinanzierung der Krankenhäuser bedarf aber dringend einer sinnvollen finanziellen Regelung.

## **9. *Kompetenz und Verantwortung von Wissenschaft und Arzt***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-6) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Zu dem von politisch Verantwortlichen seit Jahren propagierten Grundsatz der Stärkung der Selbstverwaltung stehen manche Gesetzesinitiativen aus jüngster Zeit im Widerspruch.

Forschung und Entwicklung im Bereich der Medizin und Medizintechnik weltweit zu beobachten und frühzeitig ärztliche Entscheidungshilfen für in Entwicklung befindliche Verfahren unter Berücksichtigung der ethischen und juristischen Aspekte zu geben, gehören zu den ureigensten Aufgaben der verfaßten Ärzteschaft. Medizinisch-wissenschaftlich begründete Leitlinien und Entscheidungshilfen werden seit vielen Jahrzehnten von der Ärzteschaft entwickelt und veröffentlicht. Gesetzliche Regelungen hingegen setzen nach einem politischen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozeß Rechtsnormen, die schon allein wegen ständiger wissenschaftlicher Weiterentwicklungen den notwendigen Veränderungen und erforderlichen Präzisierungen der angewandten Medizin nicht zeitgerecht nachkommen können.

Der 100. Deutsche Ärztetag fordert daher den Gesetzgeber auf, das Subsidiaritätsprinzip zu wahren und die Anpassung ärztlichen Handelns an den medizinischen Fortschritt nicht durch gesetzgeberische Maßnahmen zu behindern und dadurch eine dem medizinischen Fortschritt entsprechende Versorgung der Patienten zu gefährden. Nur durch Wahrung der Freiheit der ärztlichen und universitären Selbstverwaltung kann die Qualität der Versorgung der Patienten gesichert werden.

## **10. *Entfall der Bedarfszulassung***

Auf Antrag von Dr. Röderer (Drucksache I-8) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesundheitsminister auf, durch ein Gesetz die Vorschrift in § 102 SGB V über die Bedarfszulassung ersatzlos zu streichen, weil der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz Vorfahrt gegeben und durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz in Form ergänzender Regelungen über die Überversorgung (§ 101 SGB V) bestätigt wird. Deshalb ist es nicht erforderlich, daß Verhältniszahlen für die Zulassung von Ärzten zur ärztlichen Versorgung gesetzlich festgelegt werden. Die Rahmenregelungen für das Tätigwerden des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind ausreichend, um den Zugang einer angemessenen Zahl von Ärzten in den einzelnen Fachgebieten zur vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten.

### **11. Arzneimittelbudget in Mecklenburg-Vorpommern**

Auf Antrag von Dr. med. Crusius (Drucksache I-11) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die "Sozialmauer" zwischen Ost und West muß endlich fallen!

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, die die Interessen von mehr als 2400 Vertragsärzten vertritt und die Ärztekammer als Vertretung aller 6500 Ärzte des Landes Mecklenburg-Vorpommern, fordern aufs nachdrücklichste: Die Sozialmauer zwischen Ost und West muß endlich fallen! Im siebten Jahr der Wiedervereinigung Deutschlands ist es wahrlich an der Zeit, daß die Schere in der Lebensqualität der Menschen zwischen den alten und neuen Bundesländern nicht weiter auseinanderklafft, sondern sich absehbar schließt. Deshalb kann in gar keinem Fall hingenommen werden, wenn die Qualität und Quantität der ambulanten medizinischen Versorgung, die in historisch kurzer Zeit Weststandard erreicht hat, nun auf äußerste gefährdet werden.

Mit der Ankündigung der Krankenkassen Mecklenburg-Vorpommerns, ab Mai monatlich 5 Millionen DM Honorarzuweisungen aufgrund eines nicht verhandelten, vielmehr oktroyierten Arzneimittelbudgets einzubehalten, wird nicht nur die Solidargemeinschaft der Bürger aufs schlimmste beeinträchtigt, sondern der soziale Friede gefährdet. Es zeugt von unerhörter Verantwortungslosigkeit, wenn die Krankenkassen ihr rechtlich unhaltbares Vorgehen in einer Zeit tätigen, in der die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ihre Bereitschaft zu vernünftigen Lösungen auf dem Verhandlungsweg niemals versagt hat. Überdies werden die abhängigen Verfahren beim Schiedsamt und beim Sozialgericht total ignoriert. Die Kriegserklärung der Krankenkassen richtet sich letztlich gegen ihre eigenen Versicherten, indem sie die medizinische Betreuung der Menschen in einer bis jetzt nicht gekannten Weise in Frage stellt. Diese Situation ist um so grotesker, als die Verwaltungskosten der Krankenkassen im Ost-West-Vergleich bis 1996 auf 97 Prozent je Mitglied, je Versicherter sogar auf 106 Prozent des Westanteils gestiegen sind. Wird die Einbehaltung von 5 Millionen DM monatlich tatsächlich realisiert, verringert sich in Mecklenburg-Vorpommern das durchschnittliche Arzthonorar von jetzt 67 Prozent auf 59 Prozent im Vergleich zum Westen, was die unverzügliche Schließung zahlreicher Praxen zur Folge hat.

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wenden sich in großer Sorge um die Aufrechterhaltung zeitgerechter Patientenbetreuung an alle Persönlichkeiten und Institutionen in der Bundesrepublik Deutschland, die politische Verantwortung tragen, mit der dringlichen Aufforderung, dieser unheilvollen Entwicklung sofort und dauerhaft Einhalt zu gebieten.

## **12. Solidarität mit den Ärztinnen und Ärzten in Mecklenburg-Vorpommern**

Auf Antrag von Dr. Thomas und Dr. Penndorf (Drucksache I-13) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 100. Deutsche Ärztetag erklärt sich solidarisch mit den in Mecklenburg-Vorpommern um ihre Existenz kämpfenden Ärztinnen und Ärzten.

Der von den Krankenkassen nicht rechtmäßig eingeleitete und vollzogene Arzneimittelregreß gefährdet akut die Existenz vieler Praxen und die ambulante Versorgung der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern.

Der 100. Deutsche Ärztetag fordert alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland auf, am Tage der Protestaktion in Schwerin am 04.06.1997 um 11.55 Uhr ihre Tätigkeit für 30 Minuten zum Zeichen der Solidarität zu unterbrechen.

## **13. Befristete Arbeitsverträge**

Auf Antrag von Dr. Montgomery (Drucksache I-16) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesundheitsminister auf, daß Gesetz zur Befristung von Arbeitsverträgen mit Ärzten in der Weiterbildung nach seinem Auslaufen nicht zu verlängern.

Sollte eine parlamentarische Mehrheit dieses Gesetz gleichwohl verlängern, so fordert der Deutsche Ärztetag, daß mindestens drei Bedingungen mit diesem Gesetz erfüllt werden:

1. Es muß einen rechtlichen Zusammenhang zwischen der Befristungsdauer und der Gesamtzeit möglicher Weiterbildung geben.
2. Der Arbeitgeber muß auch Weiterbildung schulden.
3. Die Krankenhäuser müssen Strukturpläne erstellen, aus denen hervorgeht, welche Stellen Dauerstellen sind und auf welchen Stellen Weiterbildung angeboten wird.

## **14. Befristete Verträge im Krankenhaus**

Auf Antrag von Dr. Jonitz (Drucksache I-17) unter Berücksichtigung des Antrages von Herrn Bohnsack (Drucksache I-17a) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 100. Deutschen Ärztetages fordern den Gesetzgeber auf, das "Gesetz über befristete Arbeitsverträge für Ärzte zum Zweck der Weiterbildung" auslaufen zu lassen.

Der Zweck des Gesetzes, die Schaffung von Stellen für Ärztinnen und Ärzte im Praktikum, ist erfüllt.

Der Inhalt des Gesetzes, Stellen zum Zweck der Weiterbildung vorzuhalten, wird konterkariert dadurch, daß kein Anspruch auf Weiterbildung besteht.

Der Anspruch des Patienten auf Behandlung auf dem Niveau eines erfahrenen Facharztes wird unterlaufen. Durch Verlust des Arbeitsplatzes mit Erreichen der Facharzt-Qualifikation wird das Fachwissen und -können auf der Leistungserbringerebene künstlich niedrig gehalten und der Arbeitsmarkt belastet.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat im November 1996 einstimmig beschlossen, daß zur Gewährleistung und Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen die Abflachung der hierarchischen Strukturen von zentraler Bedeutung ist. Die Zuschaltung von befristeten Verträgen steht dieser Forderung diametral entgegen.

Weiterbildung soll weiterhin durch die Selbstverwaltung geregelt werden und nicht per Gesetz. Durch die flächendeckende Gängelung von 70 bis 80 % aller Assistenzärztinnen und -ärzten wurden weder medizinische noch ökonomische Mängel im Krankenhaus angegangen.

## **15. Approbationsordnung**

Auf Antrag von Prof. Lob (Drucksache I-19) faßt der 100. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 100. Deutsche Ärztetag appelliert an den Medizinischen Fakultätentag, eine Approbationsordnung zu ermöglichen, die auf der Grundlage des Entwurfes der Bund-Länder Kommission basiert und folgende Eckpunkte sicherstellt:

1. Eine praxisorientierte Ausbildung mit Verzahnung von Vorklinik und Klinik
2. Eine stärkere Einbeziehung außeruniversitärer Einrichtungen
3. Eine definitive Abschaffung des AIP

Eine grundlegende Reform des Medizinstudiums ist dringend notwendig und darf nicht durch Rückkehr zu alten Strukturen blockiert werden.

## **16. Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes**

Auf Antrag von Dr. Emminger (Drucksache I-20) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Rahmenvoraussetzungen zu schaffen und sicherzustellen, daß das Arbeitszeitgesetz endlich effektiv umgesetzt werden kann.

Wichtige Voraussetzung ist eine ausreichende Stellenschaffung in den Kliniken. Der Einfluß auf die Kostenträger muß geltend gemacht werden.

## **ZU PUNKT II DER TAGESORDNUNG: MEDIZINETHIK IN EINER OFFENEN GESELLSCHAFT**

### **1. Medizinethik in einer offenen Gesellschaft**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II-1) faßt der 100. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Ein Grundsatz des ärztlichen Berufsethos ist es, die Würde des einzelnen Patienten und seine Rechte zu sichern und gegen jedweden unerlaubten Eingriff zu schützen, ungeachtet nationaler und kultureller Grenzen. Eklatant verletzt wurde das ärztliche Ethos durch die während der Nazizeit auch von Ärzten begangenen Verbrechen, besonders an Wehr- und Hilflosen. Seit den Nürnberger Ärzteprozessen, die diese Verbrechen aufgedeckt haben, veränderte sich auch die Diskussion über das moralisch Erlaubte und Unerlaubte.

Die Ärzteschaft hat sich in nationalen und internationalen Kodizes und Gelöbnissen verpflichtet gegen Gewalt und Mißbrauch an Menschen einzutreten. Der Nürnberger

Kodex, das Genfer Ärztegelöbnis und die Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes sind Zeugnisse und Grundlage dieser Verpflichtung.

So heißt es im Genfer Gelöbnis: "Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden."

### **Aufgaben der Medizinethik**

Die Fortschritte in allen Bereichen der Medizin und Medizintechnik erfordern Abwägungen und Entscheidungen, die oft nur interdisziplinär getroffen werden können. In den letzten zwei Jahrzehnten ist die Grundlagenforschung in Bereiche vorgestoßen, die das Menschsein in seiner Individualität infrage stellen. Die beschleunigte Entwicklung der biomedizinischen Wissenschaften hat die Möglichkeit eröffnet, in Vorgänge des menschlichen Körpers einzugreifen, die bislang dem gezielten Eingriff entzogen waren. Hier stellt sich mit besonderer Dringlichkeit die Frage nach den Maßstäben und Grenzen des Handelns. Die *medizinische Ethik* verfolgt das Ziel, ärztliches Handeln anhand ethischer Kriterien zu beurteilen, sie fragt nach dem moralisch Erlaubten und Verbotenen. Die medizinische Ethik ist ein Anwendungsbereich der philosophischen und theologischen Ethik. Dazu bedarf es einer Informationsbasis, die durch interdisziplinäres Zusammenwirken gewonnen wird.

### **Ethische Problemfelder in der Medizin**

Der Zuwachs an Wissen und Kenntnissen in der Medizin führt zu einer Vielzahl schwer zu lösender ethischer Probleme. Sie betreffen vor allem den Anfang und das Ende des menschlichen Lebens. Beispiele dafür sind die Reproduktionsmedizin, die Präimplantationsdiagnostik, die Pränataldiagnostik, die somatische Gentherapie, aber auch die Entschlüsselung des menschlichen Genoms, die Transplantation von Organen und die gerechte Mittelverteilung. Die zentrale Frage ist nicht, was die Wissenschaft leisten *kann*, sie lautet vielmehr, was der Arzt für seine Patienten nutzen *darf*.

Die neuen Erkenntnisse der Molekularbiologie und der Genetik könnten unser Verständnis der Entstehung und Behandlung von Krankheiten grundsätzlich verändern. Auch die Möglichkeiten der Datenverarbeitung in der Medizin und die neuen Kommunikationstechniken bringen Nutzen und Risiken mit sich. Hier entstehen Probleme hinsichtlich der Autonomie der Patienten und ihrer Belastung durch Vorauswissen, die nach allgemein verbindlichen Kriterien gelöst werden müssen.

Auch in der Transplantationsmedizin ist es bis heute nicht möglich, alle Konflikte befriedigend zu lösen. Aufgrund des Mangels an menschlichen Organen nur wenigen Patienten helfen zu können, stellt ein ethisches Dilemma in diesem Bereich der Medizin dar. Tiere für die Behandlung menschlicher Erkrankungen zu nutzen, ist nicht neu; sie werden z.B. für die Gewinnung von Impfstoffen und Medikamenten und die Herstellung von Implantaten eingesetzt. Eine neue Stufe der medizinischen Nutzung von Tieren könnte zukünftig mit der Xenotransplantation erreicht werden, zumal dann, wenn für die Transplantation von Organen beim Menschen an Tieren gentechnologische Eingriffe vorgenommen werden. Deshalb ist neben einer gründlichen Abwägung der medizinischen Chancen, des Nutzens und der Risiken, vor allem auch die Diskussion über die ethischen Aspekte eines solchen Behandlungsverfahrens notwendig. Die besondere Bedeutung der



Xenotransplantation würde in der Vermehrung der Behandlungschancen und der Milderung von Allokationsproblemen liegen.

### **Konsequenzen**

Der 100. Deutsche Ärztetag vertritt daher die Auffassung, daß

- biomedizinische Forschungs- und Entwicklungsergebnisse möglichst frühzeitig der Bevölkerung vorgestellt und über die Chancen und Risiken ihrer Anwendung am Menschen öffentlich diskutiert werden soll,
- Medizinethik in den Lehrplänen aller Medizinischen Fakultäten in Deutschland fester Bestandteil der Ausbildung sowie in der Weiterbildungsordnung Bestandteil der Facharztweiterbildung werden muß,
- ein breites Fortbildungsangebot mit interdisziplinären Gesprächen zu medizin-ethischen Einzelfragen, die zur Gewissensschärfung jedes Arztes notwendig sind, erreicht werden muß.

## **2. Fortführung der "Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin"**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II-3) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Angesichts der dynamischen Entwicklung der biomedizinischen Wissenschaften und der daraus resultierenden Vielzahl ungelöster medizin-ethischer Fragen sieht der 100. Deutsche Ärztetag die Notwendigkeit, die "Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin" bei der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen, zu erhalten und auszubauen.

Der 100. Deutsche Ärztetag begrüÙt daher die Aktivitäten des DIMDI, die Weiterfinanzierung der bisher einzigen Literaturdatenbank zur Ethik in der Medizin in Göttingen zu sichern.

### Begründung:

Die bei der Akademie für Ethik in der Medizin entwickelte "Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin (IDEM)" ist für die Arbeit der Ärzteschaft zukünftig eine wichtige Hilfe. Derzeitige Aufgabe von IDEM ist die Erstellung und Pflege der deutschen Referenz-Datenbank "Ethik in der Medizin". Um diese deutschsprachige Datenbank international einzubinden, hat IDEM die Koordination des Biomed II-Projektes "Establishment of European Information Network for Ethics in Medicine" der Europäischen Kommission übernommen. Mit Hilfe einer Anschubfinanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit ist in den letzten Jahren die einzige Literaturdatenbank zur Ethik in der Medizin im gesamten deutschsprachigen Raum entstanden. Der deutschen Ärzteschaft ist es ein wichtiges Anliegen, die Zukunft dieser Einrichtung zu sichern.

### **3. Klonen mit Menschenwürde nicht vereinbar**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache II-2) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft spricht sich nachdrücklich und vorbehaltlos für das in Deutschland seit 01. Januar 1991 bestehende gesetzliche Verbot des Klonens von Menschen aus. Die Klonierung des Menschen ist mit dem ethischen Prinzip der Menschenwürde und dem sich daraus herleitenden Embryonenschutz unvereinbar.

Die deutsche Ärzteschaft unterstützt die vom Bundesminister für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie am 29. April 1997 vorgestellte und vom "Rat für Forschung, Technologie und Innovation" erarbeitete Stellungnahme "Klonierung beim Menschen", in der es u.a. heißt: " In ethischer Sicht zeigt eine erste Prüfung im Licht der akzeptierten ethischen Prinzipien, daß eine Klonierung beim Menschen weder im Hinblick auf die Legitimität der Ziele noch auf die Vertretbarkeit als Mittel zulässig ist."

Bereits 1985 hat die "Zentrale Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie" die "Richtlinien zur Forschung an frühen menschlichen Embryonen" erarbeitet, in denen es unter anderem heißt: "Die künstliche Mehrlingsbildung (Klonierung), Vereinigung von mehreren Embryonen oder Teile davon (Chimärenbildung) sowie Erzeugung von Mischwesen aus Mensch und Tier (Interspezies-Hybridisierung) sind unzulässig." Der Vorstand der Bundesärztekammer hat diese Richtlinien im Oktober 1985 beraten, beschlossen und die Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt veranlaßt.

Die Ärzteschaft geht wie das Bundesministerium der Justiz davon aus, daß das Klonen bereits gemäß Embryonenschutzgesetz verboten ist. Soweit zur Klarstellung eine technische Anpassung erforderlich ist, sollte dies schnellstmöglich erfolgen.

Die deutsche Ärzteschaft fordert

- den Gesetzgeber auf, das Embryonenschutzgesetz dahingehend zu ergänzen, daß auch denkbare zukünftige Verfahrensweisen - wie die Einbringung einzelner Zellkerne einer differenzierten Körperzelle in eine entkernte Eizelle - erfaßt werden;
- alle Europäischen Staaten, die am Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin mitarbeiten, auf, im vorgesehenen Protokoll zu Artikel 13 das Klonen beim Menschen zu verbieten;
- die Bundesregierung auf, gemeinsam mit allen Europäischen Staaten darauf hinzuwirken, daß das Klonen von Menschen weltweit geächtet wird.
- den Weltärztebund auf, in der Generalversammlung im November 1997 in Hamburg eine entsprechende Resolution zu verabschieden.

#### **4. *Ärztliche Sterbebegleitung***

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

Der 100. Deutsche Ärztetag begrüßt den von der Bundesärztekammer vorgelegten Entwurf einer Richtlinie zur ärztlichen Sterbebegleitung und zu den Grenzen zumutbarer Behandlung vom 25. April 1997. Er stellt aus der Sicht der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte eine wertvolle Hilfestellung und ethische Handreichung für ihre tägliche Arbeit dar.

Der 100. Deutsche Ärztetag bekennt sich nachdrücklich zu den folgenden vier im Richtlinien-Entwurf enthaltenen Grundsätzen:

- die uneingeschränkte Feststellung, daß Euthanasie unethisch ist;
- die Feststellung, daß Patienten im Wachkoma Lebende und nicht Sterbende sind;
- die stärkere Berücksichtigung des geäußerten und mutmaßlichen Patientenwillens und
- der offene und respektvolle Umgang mit bei voller Gesundheit vorab verfaßten Patientenverfügungen.

Der 100. Deutsche Ärztetag begrüßt die von der Bundesärztekammer begonnene offene Diskussion des Entwurfs innerhalb der Ärzteschaft und in unserer Gesellschaft. Dieser gesellschaftliche Diskurs ist sinnvoll und dringend notwendig, geht es doch um eine zentrale Grundfrage medizinischer Behandlung an der Grenze von Leben und Tod, die weder die Ärzteschaft allein noch die Gesellschaft ohne Einbeziehung der Ärzteschaft entscheiden kann.

#### **5. *Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung***

Der Antrag von Prof. Dr. Kahlke (Drucksache II-7neu) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Antrag II-7neu erhält folgende Fassung:

In dem "Entwurf der Richtlinien der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung" wird im Abschnitt II.2. der 2. Satz wie folgt geändert:

"Für den Umgang mit Wachkoma-Patienten sind im gesonderten Richtlinien Empfehlungen auszusprechen."

##### Begründung

Die Therapieerfolge bei Wachkoma-Patienten haben sich dank des Ausbaus der Frührehabilitation in den letzten 10 Jahren deutlich erhöht. Nach Ergebnissen deutscher und angelsächsischer Behandlungszentren können die meisten der Patienten, die ohne rehabilitative Maßnahmen im apallischen Syndrom versterben würden, ihr Bewußtsein wiedererlangen und häufig sozial wieder integriert werden, auch wenn dies erst nach vielen Monaten oder Jahren möglich wird.

## **6. Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung**

Der Antrag von Dr. Bernard (Drucksache II-8) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In dem o.a. Entwurf sollte ein Abschnitt 5 aufgenommen werden, der auf entsprechende Schmerztherapie und die Hospizbewegung eingeht.

## **7. Sterbebegleitung und Grenzen zumutbarer Behandlung**

Der Antrag von Herr Zimmer (Drucksache II-12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten auf folgende Änderung der Sterbebegleitungs-Richtlinien "hinzuwirken":

- a) Ersatz des 2. Satzes I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden:  
"Die Hilfe besteht in Behandlung, Beistand und Pflege"  
durch:  
"Die Hilfe besteht in ärztlicher Behandlung, Beistand sowie Koordination und Verordnung von Krankenpflege."
- b) sowie Streichung des dritten Satzes in Absatz I.

### Begründung

- a) Pflege ist keine ärztliche Hilfe
- b) Pflege und Analgesie in der Sterbephase treten keineswegs an die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung sondern können diese sogar erst leisten, z.B. Unterlassung eines Suizids bei hochschmerzhaften Malignom bei guter Analgesie.

## **8. Bio-Ethik-Konvention**

Auf Antrag von Frau Dr. Drexler-Gormann (Drucksache II-5) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Der 100. Deutsche Ärztetag fordert auf Vorschlag der hessischen Delegierten den Vorstand der Bundesärztekammer auf, auf die Bundesregierung einzuwirken, daß die vom Europarat verabschiedete Bio-Ethik-Konvention nur unter Vorbehalt der Artikel 6, 13, 14, 17, 18, 20 ratifiziert wird - gemäß Artikel 36 der Konvention, der solche Vorbehalte ausdrücklich zuläßt.

### Begründung:

Unser Sterilisationsgesetz sowie das Verbot jeglicher Embryonenforschung in Deutschland stellen eine eindeutig schärfere Regelung dar, als in der Bio-Ethik-Konvention dargelegt. (Artikel 6 und 18)

Der, wenn auch "zufällige", Eingriff in die menschliche Keimbahn sowie ein geschlechtsbezogener Schwangerschaftsabbruch unter dem Hinweis auf geschlechtsgebundene Erbkrankheiten läßt eine Auslegung zu, die Mißbrauch ermöglicht. (Artikel 13 und 14)

Die Ausnahmeregelung des Artikels 17 läßt eine fremdnützige Forschung an nichteinwilligungsfähigen Personen zu, die Bewertung von Menschen, die Beurteilung ihres Lebenswertes in unserer Gesellschaft ist aus historischen und aktuellen ethischen Prinzipien auch in der Forschung am Menschen nicht akzeptabel.

Artikel 20 erlaubt eine Organ- oder Gewebeentnahme an Nichteinwilligungsfähigen z.B. für Familienangehörige, oder wenn kein anderer Spender (gibt es das überhaupt?) zur Verfügung steht. Hier wird von einer Bringschuld der Schwächsten unserer Gesellschaft ausgegangen, die gegen Artikel 3 unserer Verfassung verstößt und daher nicht zu akzeptieren ist.

Eine undifferenzierte Ratifizierung der Bio-Ethik-Konvention durch die Bundesregierung bedeutet einen erheblichen Angleichungsdruck für identische Standards aus dem Ausland, aber auch aus dem Inland - bereits heute werden entsprechende wissenschaftliche Interessen unter dem Hinweis auf den Standort Deutschland geäußert.

## **9. Ethik-Kommission**

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

Der 100. Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern auf, darauf hinzuwirken, daß in einem Kammerbereich nur eine ärztliche Ethik-Kommission besteht.

## **10. Einrichtung von Laien-Ethik-Kommissionen**

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

Die bestehenden Ethik-Kommissionen müssen bezüglich ihrer Aufgabenstellung über die Bearbeitung grundsätzlicher ethischer Fragen der Biomedizin erweitert werden. Eine zumindest fakultative Einbeziehung geeigneter Vertreter der Betroffenen - der potentiellen Patienten - ist erforderlich, z.B. die Bundesvereinigung Lebenshilfe und andere.

## **11. Medizinethik in einer offenen Gesellschaft**

Auf Antrag von Prof. Dr. Adam (Drucksache II-9) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 100. Deutsche Ärztetag spricht den bestehenden Ethik-Kommissionen, die bei den Ärztekammern der Länder und bei den Hochschulen eingerichtet sind, sein volles Vertrauen aus und dankt ihnen für die bisher zum Nutzen der Patienten, aber auch der Forschung geleistete Arbeit.

### Begründung:

Ohne Ethik-Kommissionen ist wissenschaftliche Forschung am Menschen nicht denkbar. Die Ethik-Kommissionen leisten hervorragende Arbeit und bedürfen der moralischen Unterstützung der deutschen Ärzteschaft. Ihre Tätigkeit zur Beurteilung von Forschungsvorhaben ist voll ausreichend. Es bedarf nicht der Einrichtung weiterer Ethik-Kommissionen.

## **12. Ethik - Pränataldiagnostik**

Auf Antrag von Dr. Josten, Frau PD Dr. John-Mikolajewski (Drucksache II-11) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die pränatale Diagnostik darf nicht dazu mißbraucht werden, daß Mutter und Kind (Embryo/Foetus) zu ihrem Nachteil manipuliert werden. Dies gilt insbesondere für die Aussonderung und Elimination wegen der Geschlechtszugehörigkeit.

### Begründung

"Sind Abtreibungen wegen geringfügiger Abweichungen vom Wunschbild bald an der Tagesordnung? Wird ein behindert geborenes Kind irgendwann den Eltern zum Vorwurf gemacht, etwa als ein kostenträchtiges Versicherungsrisiko?"

(Zitat: Bundespräsident Prof. Dr. R. Herzog, 100. Deutsche Ärztetag 27.05.1997)

## **ZU PUNKT III DER TAGESORDNUNG: NOVELLIERUNG DER (MUSTER-) BERUFSORDNUNG**

### **1. Novellierung der (Muster-)Berufsordnung**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-1) und unter Berücksichtigung der Änderungsanträge von Frau Dr. Krause-Girth (Drucksache III-67), Frau Dr. Drexler-Gorman (Drucksache III-58), Dr. Flenker (Drucksache III-2 ), Dr. Jansen (Drucksache III-48 ), Prof. Dr. Doench, Dr. Lummert (Drucksache III-40), Dr. von Römer (Drucksache III-31), Dr. Ottmann (Drucksache III-32), Frau Dr. Auerswald (Drucksache III-20), Dr. Stöckle (Drucksache III-30), Dr. Andresen (Drucksache III-36), Dr. Hege (Drucksache III-66), Dr. Werding (Drucksache III-56), Dr. Jonitz (Drucksache III-11), Dr. Josten, Frau PD Dr. John-Mikolajewski, Herr Richrath (Drucksache III-17 in 2. Lesung), Dr. Jonitz (Drucksache III-10), Herrn Bohnsack (Drucksache III-25) und Dr.

Dietrich (Drucksache III-51) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag 1997 mit großer Mehrheit bei einzelnen Gegenstimmen für die deutschen Ärztinnen und Ärzte die als Anlage diesem Beschlußprotokoll beigefügte (Muster-)Berufsordnung.

## **2. Änderungsantrag zu III-1**

Der Antrag von Frau Dr. Ende, Dr. Furch (Drucksache III-62) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

§ 15 Abs. (1) Satz 2:

"Dasselbe gilt vor der Durchführung gesetzlich zugelassener Forschung mit vielen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe."

ist zu streichen und zu ersetzen durch:

"Klinische Versuche oder Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe sind verboten."

Begründung:

Gerade aus der IVF-ET-Technik ergeben sich unsererseits wissenschaftlich-technische Fähigkeiten und andererseits "Bedürfnisse" z.B. in Hinblick auf die in Deutschland verbotene Präimplantationsdiagnostik (PID). Stichwort: designerchild. Der Deutsche Ärztetag kann hierzu erneut bremsend wirken um ethisches Nachdenken vor dem technisch Machbaren zu bewirken.

## **3. Änderungsantrag zu III-1**

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

IV.3 Berufliche Zusammenarbeit wird auf IV.1 vorgezogen. § 29 wird damit zu § 17, nachfolgende §§ werden entsprechend umnummeriert.

Begründung:

Dem zentralen Prinzip der ärztlichen Kollegialität wird durch die Änderung der Reihung Rechnung getragen.

#### **4. Änderungsantrag zu III-1**

Der Antrag von Frau Dr. Hasselblatt-Diedrich (Drucksache III-4) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der letzte Satz von Nr. 8 "Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten", Absatz 1 wird wie folgt geändert:

Sie dürfen nur einer Berufsausübungsgemeinschaft angehören; ausgenommen ist die Kooperation mit teilzeitbeschäftigten Krankenhausärzten oder mit Ärzten, deren Spezialisierung die Mitarbeit in mehreren Gemeinschaften erforderlich macht. Derartige Ausnahmen sind genehmigungspflichtig und müssen bei der Ärztekammer beantragt werden.

Entsprechend ist in Nr. 9, Absatz 4, eine Ausnahmemöglichkeit zu schaffen.

Begründung:

Es gibt Ärzte, die mit ihren Spezialgebieten in einer Berufsausübungsgemeinschaft nicht voll ausgelastet sind. Ihnen muß dennoch die Möglichkeit zur Mitarbeit eingeräumt werden. Dabei kann es sich um Anästhesisten, um Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, um Ärzte mit Spezialgebieten der Inneren Medizin etc. handeln.

Bei der allgemeinen Forderung nach verstärkter Kooperation und Verzahnung sollten diese Möglichkeiten nicht verbaut werden.

#### **5. Änderungsantrag zu III-1**

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

In Anlage C, Nr. 8 (Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten) Abs. 1, Satz 2 ist nach dem Wort sind - vor "die Gesellschaft" - "zum Beispiel" einzufügen, so daß der Satz lautet: "Solche Gesellschaftsformen sind zum Beispiel die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (§ 705 ff BGB) für die Gemeinschaftspraxis und die Partnerschaftsgesellschaft für die Ärztepartnerschaft."

Begründung:

Die Definition der Berufsausübungsgemeinschaften, in denen die Berufsausübung eigenverantwortlich und selbständig ausgeübt werden kann, soll nicht abschließend getroffen werden. Gerade die erst 1995 realisierte "Partnerschaftsgesellschaft" belegt, daß es weitere Berufsausübungsformen geben wird, die der eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Tätigkeit Rechnung tragen können.



## 6. **Änderungsantrag zu III-1**

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

Zu C IV, Nr. 14

1. Anlage 1, Nr. 14 Satz 2, 2. HS wird wie folgt gefaßt:
  - a) Das Wort "geschlechtsgebunden" wird gestrichen.
  - b) Die Worte "oder vergleichbarer Erkrankungen" werden angefügt.
2. Die Worte "an nicht totipotenten Zellen i.S.v. § 8 Abs. 1 ESchG" werden nach dem Wort "Maßnahmen" eingefügt.
3. Es wird folgender Satz 3 eingefügt:

"Vor Durchführung einer solchen Maßnahme ist das Votum der zuständigen Ethik-Kommission einzuholen".

### Zusammenfassung:

Bei Berücksichtigung der genannten Änderungsanträge wären Anlage 1, Nr. 14 Sätze 2 und 3 wie folgt zu fassen:

"Verboten sind diagnostische Maßnahmen an Embryonen vor dem Transfer in die weiblichen Organe; es sei denn, es handelt sich um Maßnahmen an nicht totipotenten Zellen i.S.v. § 8 Abs. 1 Embryonenschutzgesetz zum Ausschluß schwerwiegender Erkrankungen im Sinne des § 3 Embryonenschutzgesetz oder vergleichbarer Erkrankungen. Vor Durchführung einer solchen Maßnahme ist das Votum der zuständigen Ethik-Kommission einzuholen".

### Begründung zu 1:

Die geplante Regelung entspricht dem geltenden § 1 Abs. 5 Satz 2 MBO.

Eine sinnvolle Begründung für die Beschränkung der Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik auf geschlechtsgebundene Erkrankungen ist jedoch nicht ersichtlich.

- a. § 3 Embryonenschutzgesetz (ESchG) regelt die Auswahl von Samenzellen nach dem in ihr enthaltenen Geschlechtschromosom. Die Auswahl ist grundsätzlich unzulässig, ist aber zur Vermeidung schwerwiegender geschlechtsgebundener Erbkrankheiten - beispielhaft wird die Muskeldystrophie vom Typ Duchenne genannt - erlaubt. Die Regelung ist sinnvoll, da die Weitergabe der Krankheit an das Geschlecht gebunden ist und durch entsprechende Auswahl der Samenzelle bereits vor der Zeugung verhindert werden kann. Nach erfolgter Befruchtung ist jedoch ein innerer Zusammenhang zwischen der Geschlechtsgebundenheit einer Erbkrankheit und der Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik nicht erkennbar. Es gibt den genannten geschlechtsgebundenen Erbkrankheiten vergleichbare schwerwiegende Erbkrankheiten, deren Trägerin die Frau ist oder die nicht geschlechtsgebunden sind. Da durch eine Auswahl der Samenzellen diesen Erberkrankungen nicht begegnet werden kann, kann die Präimplantationsdiagnostik nicht durch im Vorfeld der Zeugung ansetzende Maßnahmen ersetzt werden. Die Möglichkeit einer Diagnostik kann in diesen eng begrenzten Fällen für ein Paar mit Kinderwunsch sehr hilfreich und entscheidend für die Planung einer Schwangerschaft sein.
- b. Da § 3 ESchG sich ausschließlich auf schwerwiegende geschlechtsgebundene Erkrankungen bezieht, ist der Zusatz "oder vergleichbare Erkrankungen" erforderlich, um nicht geschlechtsgebundene Erkrankungen einzubeziehen, gleich-

zeitig aber die strengen Anforderungen an die Indikation unberührt zu lassen. Ergänzend wird dem durch den anzufügenden Satz 3 (Verpflichtung zur Anrufung einer Ethik-Kommission) Rechnung getragen.

Begründung zu 2

Im Hinblick auf §§ 8 Abs.1, 2, HS; 1 Abs. 2 ESchG dient diese Ergänzung der Klarstellung, daß die Verwendung totipotenter Zellen zu diagnostischen Zwecken unzulässig ist, da es sich insoweit nach der Abspaltung vom ursprünglichen Embryo um selbständige unter dem Schutz des Embryonenschutzgesetzes stehende Embryonen handelt. Der Zusatz "i.S.v. § 8 Abs. 1 ESchG" ist wegen der gestuften Interpretationsmöglichkeiten des Begriffs "totipotent" erforderlich.

Begründung zu 3:

Um sicherzustellen, daß nur in Fällen drohender schwerwiegender Erkrankungen präimplantationsdiagnostische Maßnahmen zur Anwendung kommen und die Vorgehensweise den zu stellenden Anforderungen genügt, sollte vor jedem diesbezüglichen Eingriff das Votum der zuständigen Ethik-Kommission eingeholt werden.

## **7. Veröffentlichung (Muster-)Berufsordnung**

Auf Antrag von Mitgliedern des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache III-69) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Die (Muster-)Berufsordnung in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages wird veröffentlicht. Die an den Vorstand überwiesenen Anträge sollen bei einer späteren Novellierung in die Beratungen einbezogen werden.

Der Vorstand wird ermächtigt, notwendige redaktionelle Anpassungen durchzuführen.

## **8. Keimbahnmanipulation**

Auf Antrag von Frau Dr. Ende (Drucksache III-42) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Wir fordern Politik und Wissenschaft auf, an dem kategorischen Nein zur Keimbahnmanipulation festzuhalten und sich auf internationaler Ebene für ein Verbot einzusetzen.

Wir Ärztinnen und Ärzte lehnen die Entwicklung zur gentechnischen Manipulation der menschlichen Keimbahn ab. Keimbahnmanipulation bedeutet unkalkulierbare Risiken, Freigabe der Embryonenforschung und Eugenik in der Retorte.

Begründung:

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Keimbahnmanipulation ebenso wie die Forschung an lebensfähigen Embryonen verboten.

Weltweit werden jedoch die Techniken zur gentechnischen Veränderung vorangetrieben; die Idee des Menschen nach Maß gewinnt an Raum, die hieraus erwachsenden Gefahren sind bekannt.

Wir müssen und sollen Zeichen setzen, daß die Gene des Menschen unantastbar sind.

## **9. Darstellungsmöglichkeiten im Internet**

Auf Antrag von Dr. Möhrle, Dr. Everz, Dr. Flenker (Drucksache III-64) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Die Ärztekammern werden aufgefordert, ihren Mitgliedern Darstellungsmöglichkeiten (Homepages) im Internet für eine sachgerechte Patienteninformation zum Selbstkostenpreis zur Verfügung zu stellen.

Die Bundesärztekammer wird beauftragt, im Rahmen des Projektes "Deutsches Gesundheitsnetz" nach geeigneten Verfahren zu suchen.

### Begründung:

Patienten wird dadurch die Möglichkeit geboten, über das Informationsangebot der Ärztekammer auf die Homepages der Ärzte zu gelangen. Mit dem Angebot der Einrichtung von Homepages in der "Domain" der Ärztekammer kann die Darstellung der Mitglieder konform zur Berufsordnung realisiert werden. Die Einbeziehung in das Projekt "Deutsches Gesundheitsnetz" bietet sich an, da darüber die Mitglieder die Gelegenheit erhalten, unterschiedliche, adressatenspezifische Inhalte für die Patienten (über das Internet) bzw. die Kollegen (über das DGN) darzustellen.

## **ZU PUNKT IV DER TAGESORDNUNG: NOVELLIERUNG DER (MUSTER-) WEITERBILDUNGSORDNUNG ABSCHNITT I. - 1. ALLGEMEINMEDIZIN**

### **1. Neufassung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache IV-1) und unter Berücksichtigung der Änderungsanträge von Dr. von Römer (Drucksache IV-9), Dr. Rohde (Drucksache IV-9a), Dr. Kasper (Drucksache IV-20), Dr. Kasper (Drucksache IV-23), Prof. Dr. Mau (Drucksache IV-26) und Dr. Meier (Drucksache IV-27) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit bei etlichen Gegenstimmen und Enthaltungen folgenden Text einer Neufassung des Gebietes 1. Allgemeinmedizin der (Muster-)Weiterbildungsordnung und empfiehlt ihn den Landesärztekammern zur Umsetzung in deren Weiterbildungsrecht unter Berücksichtigung des Beschlusses (Drucksache IV-13):

#### **I. Allgemeinmedizin**

##### Definition:

Die Allgemeinmedizin umfaßt die lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfaßt die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall, auch unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit.

Dazu gehören auch die Betreuung von akut oder chronisch Erkrankten, die Vorsorge und Gesundheitsberatung, die Früherkennung von Krankheiten, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Zusammenarbeit mit allen Personen und Institutionen, die für die gesundheitliche Betreuung der Patienten Bedeutung haben, die Unterstützung gemeindenaher gesundheitsfördernder Aktivitäten, die Zusammenführung aller medizinisch wichtigen Daten des Patienten.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 8 Abs. 1

1 1/2 Jahre Allgemeinmedizin

1 Jahr Innere Medizin im Stationsdienst sowie mindestens ein weiteres 1/2 Jahr im Stationsdienst

1/2 Jahr Chirurgie

1/2 Jahr Kinderheilkunde

1 1/2 Jahre Weiterbildung, wobei auch Weiterbildungsabschnitte von mindestens 3 Monaten angerechnet werden können.

Anrechnungsfähig auf diese Weiterbildung sind jeweils bis zu

- 1 1/2 Jahre Allgemeinmedizin oder Innere Medizin
- 1 Jahr Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Kinderheilkunde oder Orthopädie
- 1/2 Jahr Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Augenheilkunde oder Chirurgie oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Nervenheilkunde oder Neurologie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin oder Urologie

Teilnahme an Kursen von insgesamt 80 Stunden.

3 Jahre der Weiterbildung können bei niedergelassenen Ärzten abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung von Krankheiten, Beratung, Diagnostik und Therapie, insbesondere beim unausgelesenen Krankengut unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen, in der Langzeitbetreuung chronisch Kranker, in den Maßnahmen der ersten ärztlichen Hilfe beim Notfallpatienten, der Integration medizinischer, sozialer, pflegerischer und psychischer Hilfen einschließlich der Rehabilitation in den Behandlungsplan unter Einbezug des familiären und sozialen Umfeldes des Patienten.

Hierzu gehören in der Allgemeinmedizin

1. Eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Hinblick auf eine hausärztliche Tätigkeit in
  - der allgemeinmedizinischen Diagnostik, Therapie und Beratung bei allen auftretenden Gesundheitsstörungen im unausgelesenen Krankengut einschließlich der allgemeinmedizinischen Akut- und Notfallversorgung unter besonderer Berücksichtigung der abwendbar gefährlichen Verläufe
  - der Koordinierung der ärztlichen Behandlung ggf. einschließlich der spezialistischen Diagnostik und Therapie, auch durch Zusammenführen, Bewerten und Aufbewahren der Befunde sowie durch Führung des Patienten im medizinischen Versorgungssystem
  - der Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in die Behandlung
  - der Gesundheitsberatung, der Früherkennung von Gesundheitsstörungen, der Prävention einschließlich des Impfwesens, der Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen und Verfahren sowie der Nachsorge
  - der Familienmedizin und den Besonderheiten ärztlicher Behandlung von Patienten in ihrem häuslichen Milieu, in Pflegeeinrichtungen sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld, auch im Rahmen der Hausbesuchstätigkeit
  - der Vermeidung von Gesundheitsrisiken für Patienten durch Abwägung von Nutzen und Risiken diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen
  - der gemeindenahen Vernetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie in der Erkennung und Beurteilung der Auswirkungen von Noxen aus der Umwelt und am Arbeitsplatz
  - der hausarztspezifischen Kommunikation
  - der Behandlung und ärztlichen Betreuung chronisch kranker, multimorbider und sterbender Patienten
  - den hausärztlichen Besonderheiten der Diagnostik und Therapie geriatrischer Patienten einschließlich der geriatrischen Rehabilitation
  - der hausärztlichen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung einschließlich der Krisenintervention sowie der Grundzüge der Beratung und Führung Suchtkranker
  - der Begutachtung und Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit
  - der Pharmakologie der im Gebiet gebräuchlichen Pharmaka einschließlich der Dauertherapie chronisch Kranker, der Probleme der Mehrfachverordnungen, der Risiken des Arzneimittelmisbrauchs sowie der gesetzlichen Auflagen bei der Arzneimittelverschreibung und Arzneimittelprüfung unter den Bedingungen der hausärztlichen Praxis und den hierbei zu beachtenden ethischen Grundsätzen
  - den Grundsätzen der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin
  - Dokumentation von Befunden, ärztlichem Berichtswesen, einschlägigen Bestimmungen der Sozialgesetzgebung (Sozialrecht, Krankenkassenverträge, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Mutterschutzgesetz, Jugend- und Arbeitsschutzgesetz und andere Bestimmungen) und für die Arzt-Patienten-Beziehung wichtigen Rechtsnormen
  - Diagnostik und Therapie akuter Notfälle einschließlich Wiederbelebung
  - der Indikation, Durchführung und Bewertung der Basis- Kreislauf- und der Lungenfunktionsdiagnostik zum Ausschluß von Lungen ventilationsstörungen (Ruhespirographie) einschließlich der hierfür erforderlichen apparativen Untersuchungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung
  - der physikalischen Therapie einschließlich der Gerätekunde im Rahmen der hausärztlichen Versorgung
  - der Indikation zur und Dokumentation von Ultraschalluntersuchungen innerer Organe einschließlich der ableitenden Harnwege und der Prostata im Rahmen der hausärztlichen Versorgung

- der Indikation, Durchführung, Bewertung und Dokumentation von Doppler-Untersuchungen der peripheren Gefäße im Rahmen der hausärztlichen Versorgung
  - der Prokto-/Rektoskopie
  - der Beherrschung der für die hausärztliche Versorgung erforderlichen instrumentellen Techniken einschließlich der Punktionen sowie der Infusionstechnik
  - den für die hausärztliche Versorgung erforderlichen Techniken der Wundversorgung und der Wundbehandlung, der Inzision, Exzision, Exstirpation, Probeexzision bei in der allgemeinärztlichen Praxis zu versorgenden Verletzungen und Erkrankungen auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie
  - der Behandlung mit ruhigstellenden Schienen, mit starren und funktionellen Verbänden im Rahmen der hausärztlichen Versorgung
  - der Versorgung Unfallverletzter und Erstversorgung chirurgischer Notfälle einschließlich der Organisation begleitender und weiterführender Maßnahmen
  - der Schmerzbehandlung bei akuten und chronischen Schmerzen, die keinen eigenständigen Krankheitswert haben
  - der Methodik und Durchführung des Grundleistungslabors des Gebietes sowie der Bewertung der Befunde
  - der Probeentnahme und der sachgerechten Probenbehandlung von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen für das allgemeine Labor des Gebietes sowie in der Einordnung der Befunde in das Krankheitsbild
  - der Methodik und Durchführung des speziellen Labors des Gebietes sowie der Bewertung der Befunde
2. Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen über
- die Durchführung der Laboruntersuchungen
  - die Durchführung und Bewertung von Ultraschalluntersuchungen innerer Organe einschließlich der ableitenden Harnwege und der Prostata im Rahmen der hausärztlichen Versorgung
  - Vorsorgeuntersuchungen (U 2 bis U 6, J 1) im Kindesalter
  - spezifische Maßnahmen für die Früherkennung von Krankheiten

## **2. Weiterbildung in der Allgemeinmedizin**

Der Antrag von Dres. Zimmermann, Kossow (Drucksache IV-12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung von drei auf fünf Jahre wird an die Bedingung geknüpft, daß zusätzliche finanzielle Mittel für die Bereitstellung von zusätzlichen Arbeitsplätzen für eine fünfjährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durch gesetzliche Maßnahmen gewährleistet werden. Beim Finanzbedarf ist eine Vergütung in Anlehnung an die Vergütungsgruppe II BAT zu berücksichtigen.

### Begründung:

Der 99. Deutsche Ärztetag 1996 hat zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin eine EntschlieÙung gefaÙt, die u.a. die allgemeinmedizinische Weiterbildung von drei auf fünf Jahre verlängert.

Unter der Vorgabe, daß Träger der hausärztlichen Versorgung im Sinne des § 73 SGB V in Zukunft der Arzt für Allgemeinmedizin sein wird, wobei die hausärztliche Versorgung von Kindern durch Kinderärzte unberührt bleibt, ist die geforderte Verlängerung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung von drei auf fünf Jahre grundsätzlich gerechtfertigt, weil für eine qualifizierte hausärztliche Versorgung durch All-

gemeinärzte breite klinische und praktische Erfahrung während der Weiterbildung erworben werden muß, die in ausreichendem Umfange eher in fünf als in drei Jahren vermittelt werden kann. Wegen der Definition der vom Arzt für Allgemeinmedizin sicherzustellenden hausärztlichen Versorgung wird auf die Definition des 97. Deutschen Ärztetages 1994 im "Gesundheitspolitischen Programm der deutschen Ärzteschaft", Seite 44, verwiesen.

Die vom 99. Deutschen Ärztetag weiter aufgestellte Forderung, an jedem dafür geeigneten Krankenhaus mindestens zwei Rotationsstellen für die allgemeinmedizinische Weiterbildung bereitzustellen, erscheint problematisch. Unter Budgetzwängen ist keine Personalpolitik der Krankenhausträger nach dem Orientierungsziel allgemeinärztlicher Weiterbildung zu erwarten. Die Bereitschaft der Kliniken, angesichts der Vergütung über Fallpauschalen und Sonderentgelte Weiterbildungsassistenten einzustellen, ist deutlich gesunken. Die Klinikträger sind vielmehr daran interessiert, bereits durch abgeschlossene Weiterbildung qualifizierte Ärzte einzustellen, die für einen reibungslosen Klinikablauf und kurze Liegezeiten der Patienten sorgen. Rotationsstellen wirken sich dabei eher belastend als entlastend aus. Auch die Angabe des Weiterbildungsziels Allgemeinmedizin minimiert die Einstellungschancen von Stellenbewerbern. Die Analyse für den zukünftigen Ersatzbedarf geht von etwa 1.000 bis 1.300 weitergebildeten Allgemeinärzten jährlich aus. Ohne gesetzliche Unterstützung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, die auch hierfür erforderliche zusätzliche finanzielle Mittel gewährt, ist der Ersatzbedarf nicht zu bedienen.

Ärzte in der Weiterbildung leisten nach qualifiziertem Abschluß eines akademischen Studiums und einer eineinhalbjährigen Praktikumsphase hochwertige Arbeit am Patienten. Die vom Deutschen Ärztetag geforderte, am BAT (Vergütungsgruppe II) orientierte Vergütung für Ärzte in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin ist angemessen und unabdingbar. Weil sie aber von Krankenhäusern aus den verfügbaren begrenzten Finanzmitteln kaum erwartet werden können und von niedergelassenen Ärzten wegen der höchst angespannten wirtschaftlichen Situation des Budgets oder Richtgrößen und infolge ausgeschöpfter Rationalisierungsmaßnahmen nicht mehr senkbarer Praxiskosten nicht bezahlt werden können, muß die Vergütung von zusätzlichen Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin vom Bund oder den Ländern garantiert werden.

Der Deutsche Ärztetag kann deshalb eine Verlängerung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung von drei auf fünf Jahre nur unter der Bedingung beschließen, daß durch flankierende gesetzliche Maßnahmen die Bereitstellung von Arbeitsplätzen für die verlängerte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gewährleistet und auch die dafür erforderliche Tarifvergütung garantiert wird.

### **3. Finanzierung von Weiterbildungsstellen durch GKV**

Auf Antrag von Dr. Hirschmann (Drucksache IV-3) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 100. Deutschen Ärztetages fordern von der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Umsetzung der "Novelle der Weiterbildungsordnung im Gebiet Allgemeinmedizin" durch Finanzierung von Weiterbildungsstellen zu unterstützen.

#### Begründung:

Die praktische Durchführung der Weiterbildung mit dem Ziel, eine auf die hausärztliche Tätigkeit ausgerichtete Qualifikation sicherzustellen, erfordert ausreichende

Weiterbildungsmöglichkeiten und deren Finanzierung sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich.

Während die Finanzierung der Weiterbildungsstellen im stationären Bereich schon bisher von den Krankenkassen sichergestellt wird, müssen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte diese Kosten sowie das Gehalt für einen Weiterbildungsassistenten unter Verzicht auf erwirtschaftetes Honorar aufbringen. Unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung ist die Finanzierung der Weiterbildungsstellen im ambulanten Bereich durch die Krankenkassen gerechtfertigt.

Die dazu benötigten Finanzmittel müssen außerhalb der Gesamtvergütung zweckgebunden bereitgestellt werden.

#### **4. Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin**

Auf Antrag von Dr. Thomas, Dr. Lau, Prof. Mau (Drucksache IV-13) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

1. Der Deutsche Ärztetag nimmt den Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Änderung der Weiterbildungsordnung im Gebiet der Allgemeinmedizin zustimmend zur Kenntnis und integriert die Formulierung des Vorstandsantrages als Alternative zum bestehenden Weiterbildungsgang in die Musterweiterbildungsordnung.
2. Der Deutsche Ärztetag fordert Krankenkassen und Politik auf, die für die Umsetzung des neuen Weiterbildungsganges erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Dazu gehören die Bereitstellung ausreichender und zusätzlicher Stellen, auf denen Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin stattfinden kann und deren angemessene Finanzierung.
3. Der Deutsche Ärztetag behält sich vor, den endgültigen Ersatz des alten Weiterbildungsganges durch den neuen vorzunehmen, wenn sichergestellt ist, daß die unter Absatz 2 formulierten Bedingungen erfüllt sind.

##### Begründung:

Die Vorlage entspricht dem Auftrag des 99. Deutschen Ärztetages 1996. Sie ist das Ergebnis sorgfältiger und intensiver Beratungen aller einschlägigen Gremien der Bundesärztekammer. Die Entscheidung ist unaufschiebbar, weil die Ärzteschaft sich eindeutig zu der Frage erklären muß, über welche Qualifikation die künftigen Hausärzte verfügen müssen. Erst wenn diese Klärung erfolgt ist, können Staat und Kassen in die Pflicht genommen werden, ihren Beitrag zur Verwirklichung der von ihnen geforderten einheitlichen hausärztlichen Qualifikation zu leisten. Ohne diese Klärung wird keine Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erfolgen, wie sich bisher gezeigt hat.

Ein weiterer Aufschub der Entscheidung würde zu keinen neuen Erkenntnissen führen, aber Zweifel an der Bereitschaft und Fähigkeit der Ärzteschaft aufkommen lassen, anstehende Aufgaben in eigener Kompetenz zu bewältigen.

Einzelfragen zum Inhalt der Weiterbildung sind bei der Erarbeitung der Weiterbildungsrichtlinien zu klären.

Die Argumente gegen die Vorstandsvorlage sind zum größten Teil seit Jahren bekannt. Sie haben sich in immer wiederholten Diskussionen weder als plausibel noch



als stichhaltig erwiesen. Dies gilt insbesondere für den vom Marburger Bund anlässlich des diesjährigen Ärztetages vorbereiteten Katalog sog. Gegenargumente, zu dem in der Anlage Stellung genommen wird.

## **5. *Ausrichtung der Approbationsordnung auf die hausärztliche Tätigkeit***

Auf Antrag von Dr. Zimmermann (Drucksache IV-5) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

In der jetzt anstehenden AO-Novelle ist darauf abzustellen, daß ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten für eine hausärztliche Tätigkeit innerhalb des Studiums vermittelt werden.

## **ZU PUNKT V DER TAGESORDNUNG: TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER**

### **Reform des Medizinstudiums**

#### **1. *Reform des Medizinstudiums***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-1) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 100.Deutsche Ärztetag bittet den Bundesminister für Gesundheit nachdrücklich, die Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung im Sinne des von ihm vorgelegten Eckpunktepapiers noch in dieser Legislaturperiode als einen ersten Schritt für eine umfassendere Reform der ärztlichen Ausbildung vorzunehmen. Bereits der 97.Deutsche Ärztetag begrüÙte grundsätzlich die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur inhaltlichen Verbesserung und zur strukturellen Neugestaltung des Studiums der Medizin.

Der Deutsche Ärztetag erkennt dabei an, daß den Medizinischen Fakultäten in Fragen der ärztlichen Ausbildung eine große Bedeutung zukommt; dies hat auch der 99. Deutsche Ärztetag 1996 in seiner Stellungnahme gewürdigt. Aber auch der verfaÙten Deutschen Ärzteschaft kommt ein überragendes Interesse an dieser neuen Ordnung zu, weil die Qualität der Ausbildung zum Arzt wesentliche Voraussetzung für eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist. Zusammen mit der daran anschließenden Weiterbildung zum Facharzt und der notwendigen ständigen Fortbildung ist sie mitentscheidend für den Leistungsstand der Ärzteschaft eines Landes.

Dieses Niveau bildet die Basis verantwortungsvoller lebenslanger Berufsausübung solchermaßen ausgebildeter Ärzte.

#### **2. *Approbationsordnung***

Der Antrag von Prof. Dr. Kunze, Prof. Dr. Lob (Drucksache V-13) wird mit großer Mehrheit in 2. Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag lehnt das Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit vom 24.03.1997 zur Reform des Medizinstudiums, das dem Auftrag des Bundesrates aus dem Jahre 1986 und 1989 nicht gerecht wird, ab.

Dieses sogenannte "Eckpunktepapier", welches den Anschein eines Konsenspapiers zwischen dem Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums und den Forderungen des Medizinischen Fakultätentages erwecken soll, geht weit hinter alle Reformgedanken zurück und schreibt lediglich die derzeitige Medizinerausbildung fest.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesundheitsminister und den Bundesgesetzgeber auf, die blockierende Haltung der Medizinischen Fakultäten nicht zu akzeptieren, sondern auf der Grundlage des Diskussionspapiers aus dem Jahre 1995, welche mit breitem Konsens - auch mit dem medizinischen Fakultäten zusammen - in den letzten Jahren erarbeitet wurde, den Reformgedanken weiterzuentwickeln und endlich einen Referentenentwurf vorzulegen.

### **3. *Lehrstühle für Allgemeinmedizin***

Auf Antrag von Prof. Dr. Lob (Drucksache V-23) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert erneut die Medizinischen Fakultäten auf, unverzüglich Lehrstühle für Allgemeinmedizin zu schaffen.

Eine flächendeckende allgemeinmedizinische Versorgung hängt direkt ab von der Ausbildung der Studenten. Nur Lehrstühle können ein Gebiet in Forschung und Lehre ausreichend vertreten. Klinische und experimentelle Forschung in der Allgemeinmedizin ist dringend notwendig, auch um Studenten zu begeistern und sie auf wissenschaftlicher Basis ausbilden zu können.

### **4. *Berücksichtigung hausärztlicher Inhalte in der Approbationsordnung***

Auf Antrag von Dr. Josten (Drucksache V-26) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesundheitsminister auf, in der neuen ärztlichen Approbationsordnung die Inhalte der hausärztlichen Tätigkeit in Theorie und Praxis angemessen zu berücksichtigen. Die Integration bisher außeruniversitärer Einrichtungen in den Lehrbetrieb ist hierfür erforderlich.

## **Ärztliche Weiterbildung**

### **1. *Situation der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung***

Der 100. Deutsche Ärztetag nimmt von dem vom Vorstand der Bundesärztekammer erstatteten Zwischenbericht über die Situation der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung gemäß Beschluß des 99. Deutschen Ärztetages Kenntnis:

1. Deutsche Ärztetage haben seit 1977 darauf hingewiesen, daß sich angesichts weiter zu erwartender Steigerungen der Zahlen berufstätiger Ärztinnen und Ärzte die Arbeitsmarktsituation und damit auch die Situation in der ärztlichen Weiterbildung verschlechtern werde. Es wurde prognostiziert, daß in der 2. Jahreshälfte des Jahres 1983 erstmals seit vielen Jahren die Zahl der arbeitssuchenden Ärztinnen und Ärzte größer sein werde als der entsprechende Arbeitsmarkt.
2. Die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, beschlossen vom 95. Deutschen Ärztetag 1992, hat entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen den wissenschaftlichen Fortschritt und die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung berücksichtigt und auch die Konsequenzen aus der Wiedervereinigung Deutschlands einbezogen. Durch Flexibilisierung der Qualifikationsmöglichkeiten (neues Instrumentarium der Weiterbildungsordnung) ist für die Weiterzubildenden eine Erleichterung der Absolvierung einer "maßgeschneiderten", individuellen Weiterbildung möglich gemacht worden, welche die Chancen von Ärztinnen und Ärzten am Arbeitsmarkt verbessern sollte.
3. Weiterbildung durch von Weiterbildern überwachtes "learning by doing" als Nebenprodukt ärztlicher Arbeit in einem hauptberuflichen Arbeitsverhältnis ist nach wie vor ein Essential des Weiterbildungswesens. Deshalb sind die Ressourcen für die Absolvierung von Weiterbildungszeiten und das Erlernen von Weiterbildungsinhalten limitiert. Sie sind wegen der Abhängigkeit von der Patientenversorgung in Klinik und Praxis in den meisten Weiterbildungsgängen auch nicht beeinflussbar.  
Durch die ärztliche Selbstverwaltung sind lediglich die zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben in den Weiterbildungsordnungen veränderbar. Dabei sind aber qualitative Gesichtspunkte hochrangig.
4. Bereits jetzt werden zu der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Rechtslage nur noch Fachärztinnen und Fachärzte zugelassen.  
Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung haben alle Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern stets Anspruch auf Versorgung nach Facharztstandard.  
Unter anderem hieraus ergibt sich, daß alle Ärztinnen und Ärzte, welche in diesen Versorgungsbereichen voll eigenverantwortlich tätig werden wollen, die Facharztanerkennung besitzen müssen.
5. In den Krankenhäusern werden nach den vorläufigen Ermittlungen z.B. der Ärztekammer Nordrhein zunehmend Fachärztinnen und Fachärzte auf den in den Stellenplänen ausgewiesenen Stellen auch im nachgeordneten ärztlichen Dienst beschäftigt, um diesen rechtlichen Vorgaben zu genügen. Durch die im SGB V festgelegte Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist die Möglichkeit von Krankenhausärzten, in die freie Praxis zu wechseln, minimiert worden, was gleichfalls Rückwirkungen auf die Weiterbildungsressourcen bedeutet.
6. Der Sektor der niedergelassenen Vertragsärzteschaft ist für Weiterbildungszwecke bisher nur relativ gering erschlossen und wegen der arbeitsrechtlichen Problematik ohne flankierende Maßnahmen auch nur begrenzt erschließbar.

7. Angesichts dieser Situation ist von einer jetzt schon erheblichen und sich auch weiter verschärfenden Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage nach ärztlicher Weiterbildung auszugehen.
8. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat deswegen in seinen Sitzungen am 28.06.1996 und 23.08.1996 beschlossen, die Weiterbildungsgremien zu beauftragen, unter Einbeziehung aller Diskussionsbeiträge zu prüfen, wie auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung die Weiterbildung flexibilisiert werden kann und wie sich die Lage in den nächsten 10 Jahren entwickeln wird.
9. Die Ärztekammer Nordrhein hat eine wissenschaftlich fundierte Untersuchung in Auftrag gegeben, das Weiterbildungswesen in seinem Vollzug bezüglich Soll und Ist für ihren Kammerbereich abzuklären. Hierbei werden aktive und interessierte Ärztinnen und Ärzte intensiv in die Analysen und die Erarbeitung der Verbesserungsvorschläge einbezogen. Die Ergebnisse sind in der zweiten Jahreshälfte 1997 zu erwarten.
10. Der 101. Deutsche Ärztetag 1998 wird nach bisheriger Planung auch die beiden Tagesordnungspunkte
  - Der Arzt im Krankenhaus, eine Standortbestimmung
  - Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnungbeinhalten. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird diese Beratungsgegenstände nutzen, um die auf dem Boden der wissenschaftlichen Erhebungen und der Beratungsergebnisse der Weiterbildungsgremien und der Krankenhausgremien gewonnenen Erkenntnisse und Lösungsvorschläge zur Diskussion und Beschlußfassung zu stellen.

## **2. Prüfungen im Weiterbildungsrecht**

Auf Antrag von Dr. Holfelder (Drucksache V-11) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer bzw. der Ausschuß Weiterbildung wird beauftragt zu untersuchen, welche Möglichkeiten bestehen, in die (Muster-) Weiterbildungsordnung eine generelle Prüfungspflicht für alle Gebiete, Schwerpunkte, fakultative Weiterbildungen und Bereiche einzuführen.

### Begründung:

Die Änderung des § 11 Absatz 2 Bundesmantelvertrag/Ärzte führt dazu, daß alle diejenigen Qualifikationen, die am Ende der jeweiligen Weiterbildung nicht von den Kammern abgeprüft worden sind, vor den Kassenärztlichen Vereinigungen durch ein Kolloquium nachgewiesen werden müssen.

Das bedeutet, daß sich die Kassenärztlichen Vereinigungen erneut in das Weiterbildungsrecht drängen, was ihnen nicht zusteht. Damit wird ein Teil der Bemühungen unterlaufen, die zu der (Muster-) Weiterbildungsordnung von 1992 geführt haben.

Die Ärztekammern können trotz der dann auf sie zukommenden zusätzlichen Arbeit nicht auf ihr urreigenes Recht auf Gestaltung der Weiterbildung verzichten.

### **3. Einführung der Zusatzbezeichnung "Ärztliches Qualitätsmanagement"**

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, dem Deutschen Ärztetag eine Ergänzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung um die Zusatzbezeichnung "Ärztliches Qualitätsmanagement" vorzulegen.

#### Begründung:

Zunehmend werden Qualifikationen in anderen Berufsgruppen im Bereich der Qualitätssicherung vergeben. Diese Qualifikationen dürfen auch angezeigt werden. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften haben zur Qualifikation von Ärzten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement ein Curriculum erarbeitet. Das Curriculum umfaßt einen Zeitraum von 200 Stunden und soll mit einem Diplom abgeschlossen werden.

Die Einführung eines Ärztekammer-Diploms hat sich in der Praxis als nicht durchsetzbar erwiesen. Als geeignete Alternative bietet sich die Integration dieser Qualifikation in der Weiterbildungsordnung an. Da diese Bezeichnung führbar sein sollte, muß sie mindestens den Charakter einer Zusatzbezeichnung erhalten.

Die Ärzteschaft sollte damit ermöglichen, daß eine Gleichstellung zu anderen Berufsgruppen erfolgt. Damit sollte auch signalisiert werden, daß die Ärzteschaft selbständig in der Lage ist, Qualitätssicherung zu betreiben.

### **4. Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung**

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

Die Bundesärztekammer wird beauftragt, eine wesentliche Vereinfachung der (Muster-)Weiterbildungsordnung für den nächsten Deutschen Ärztetag vorzubereiten.

Die jetzige Gliederung in Gebiete, Schwerpunkte, Zusatzbezeichnungen, fakultative Weiterbildung und komplizierte Richtlinien behindern zunehmend die in Weiterbildung stehenden Ärzte sowie deren Weiterbilder. Um die für die Berufsausübung notwendigen Qualifikationen zu erwerben sind mindestens Weiterbildungszeiten bis über 10 Jahre notwendig. Die Richtlinien sind nur an wenigen Weiterbildungsstellen komplett zu erfüllen, die Erfüllung der Kataloge nur schwer zu überprüfen.

Mit einer Verschlankung der Muster-Weiterbildungsordnung erreichen wir ein Mehr an Ehrlichkeit und damit erhöhen wir letztendlich die Qualität.

## **Gesetzliche Krankenversicherung**

### **1. Häusliche Behandlungs- (Kranken-) Pflege nach SGB V**

Auf Antrag von Dr. Bernard (Drucksache V-15) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Nach offensichtlich sehr weit gediehenen Überlegungen der Krankenkassen sollen Pflegebedürftige, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, in Zukunft die häusliche Behandlungspflege (Krankenpflege) selbst bezahlen.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, solchen Bestrebungen zu widersprechen und die bisherige Regelung beizubehalten.

Der schon entwickelte "Abgrenzungskatalog" muß zurückgenommen werden.

## **2. *Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen***

Auf Antrag von Dr. von Knoblauch, Dr. Bernard (Drucksache V-34) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, mit dem Bundesminister für Gesundheit in Verhandlungen einzutreten, mit dem Ziel, die gesetzlichen Krankenkassen von versicherungsfremden Leistungen zu entlasten, wobei diese danach über eine andere Finanzierung zu regeln sind.

## **3. *Finanzierung der Mutterschaftsvorsorge***

Auf Antrag von Dr. Hülkamp (Drucksache V-35) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, daß die Mutterschaftsvorsorge (Schwangerenvorsorge) weiterhin finanziell gesichert ist.

### Begründung:

Die BRD nimmt in der europäischen Perinatal-Statistik den Spitzenplan ein. Dies ist nicht zuletzt ein Erfolg der präpartalen Betreuung der werdenden Mütter in den letzten Jahrzehnten. Wenn wie beschlossen, die Kosten für Schwangerenvorsorge nicht mehr durch die GKV gesichert sein soll, so wird es in der Bevölkerung wenig Verständnis geben. Daher muß die lückenlose Finanzierung sichergestellt sein.

## **Krankenhaus**

### **1. *Einbindung der Ärzteschaft in Krankenhausplanung***

Auf Antrag von Frau Dr. Hasselblatt-Diedrich (Drucksache V-14) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhaus-Planungsbehörden in den Bundesländern auf, die Krankenhausbettenplanungen nur unter unmittelbarer Beteiligung mit der Ärzteschaft durchzuführen. Es ist gesundheitspolitisch nicht vertretbar, daß Krankenhausbetten abgebaut werden, ohne die langfristigen Wirkungen

- auf die Qualität der ärztlichen Versorgung,
- auf die für die Weiterbildung geeigneten Stellen,
- auf die Integration zwischen stationärem und ambulantem Bereich einerseits sowie auf die stationäre Versorgung und die Betreuung von Pflegefällen andererseits

angemessen zu bewerten und in Einklang zu bringen. Eine sogenannte Kahl-schlagpolitik, wie sie in einigen Bundesländern verfolgt wird, kann einer bürgerna-hen Gesundheitsversorgung nicht gerecht werden. Nur langfristige strukturpolitische Krankenhauskonzeptionen können zur Planungssicherheit führen.

## **2. Fehlbelegung**

Auf Antrag von Herrn Henke (Drucksache V-19) faßt der 100. Deutsche Ärztetag fol-gende EntschlieÙung:

Das Vorgehen der Krankenkassen, auf der Basis von mit fragwürdigen Methoden erhobenen Daten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Kranken-kassen von einer "Fehlbelegung" von 22 % in den Krankenhäusern zu sprechen und deshalb einen massiven Bettenabbau zu Lasten der Patienten zu verlangen, wird miÙbilligt.

Damit sollen dem Krankenhaussektor Finanzmittel und letztlich Personal entzogen werden. Bei schon heute weiter verkürzter Verweildauer und erhöhten Fallzahlen bei seit Jahren unveränderter Personalausstattung der Krankenhäuser muß das zu einer Gefährdung der Patientenversorgung bei zunehmender Überlastung des Krankenhauspersonals führen.

## **3. Ärztliche Personalbemessung in Krankenhäusern**

Auf Antrag von Dr. Zacher und Dr. Köpernik (Drucksache V-29) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft fordert nachdrücklich von Politik und Vertragspartnern die Schaffung einer neuen Personalbemessungsgrundlage für den ärztlichen Dienst an Krankenhäusern. In diese sind zur Sicherstellung ärztlicher Qualität, Weiterbildung und Einhaltung von Gesetzen (z.B. Arbeitszeitgesetz) auch zeitgemäÙe Bewer-tungsgrundlagen einzuarbeiten.

### Begründung:

Bei der Entwicklung der letzten 25 Jahre hat der medizinische Fortschritt ganz an-dere Anforderungen in der Diagnostik und Therapie mit entsprechender Aufklärung, Dokumentation und Qualitätssicherung, aber auch organisatorische Aufgaben bei der Patientenverwaltung und Kosten- und Leistungserfassung gebracht.

Nach erfolglosen Regelungsversuchen von 1974, 1978 und 1990 besteht dringen-der Regelungsbedarf, um Patienten und Ärzte vor weiterer Verkürzung der Arzt-Pa-tienten-Kontaktzeit zu schützen.

## **GOÄ/Beihilfe**

### **1. *Beihilferegulungen nicht zu Lasten der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-9) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Weiterentwicklung des Beihilferechtes und das Geschäftsinteresse der privaten Krankenversicherung begründen keine Eingriffe in die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Der Deutsche Ärztetag lehnt daher die in dem Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privaten Krankenversicherten im Alter enthaltenen Vorschläge zur Kostendämpfung und Steuerung durch Änderung der GOÄ und Bundespflegesatzverordnung nachdrücklich ab.

Das Gutachten ist unausgewogen, einseitig und in Teilen wissenschaftlich nicht korrekt. Die darin enthaltenen Forderungen, z.B. Aufnahme vertraglicher Beziehungen von Kostenträgern mit Leistungserbringern, Absenkung der Schwellenwerte der GOÄ, Verankerung von Erstattungstarifen (Standardtarif) in der GOÄ, verkennen die ordnungspolitische Funktion der GOÄ als Amtliche Gebührentaxe eines Freien Berufes. Diese muß zum Schutz von Patient und Arzt eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen sichern und klare Rechtsbeziehungen zwischen Patient und Arzt als Voraussetzung für eine nicht durch sachfremde Interessen bestimmte ärztliche Behandlung gewährleisten. Die GOÄ darf nicht mißbraucht werden, um die wirtschaftlichen Interessen der privaten Krankenversicherung zu bedienen und die Haushaltsprobleme der Beihilfeträger zu lösen.

### **2. *Angleichung der Vergütung nach GOÄ in den neuen Bundesländern***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-10) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 100. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesminister für Gesundheit zum wiederholten Male auf, dafür Sorge zu tragen, daß die Honorare auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in den neuen Bundesländern an die Vergütungshöhe in den alten Bundesländern angeglichen werden.

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

Die letzte Gebührenanpassungsverordnung vom 1. Oktober 1996 enttäuschte, da sie erst nach erheblicher zeitlicher Verzögerung in Kraft trat und mit 83% hinter der ursprünglich im Referentenentwurf vom Oktober 1995 vorgesehenen Anpassung auf 85 % zurück blieb.

Die Ärzteschaft fordert Gleichbehandlung mit anderen Freien Berufen, die keinen oder nur einen geringeren "Ost-Abschlag" hinnehmen müssen.



### **3. Angleichung GOÄ-Ost**

Auf Antrag von Dr. Thomas (Drucksache V-16) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesundheitsminister auf, noch im Jahre 1997 die völlige Angleichung des Vergütungsniveaus der Gebührenordnung für Ärzte von gegenwärtig 83 % auf 100 % in den neuen Bundesländern durchzuführen. Eine sukzessive Anpassung der GOÄ aufgrund der Bezugsgrößenverordnungen in der Sozialversicherung ist weder sachgerecht noch gesundheitspolitisch vertretbar.

## **Forschung und Wissenschaft**

### **1. Förderung neuer Kommunikationsstrukturen zur Verbesserung der Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Personen**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-4) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Für eine Verbesserung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker ist eine verstärkte Orientierung an der empirischen Forschung erforderlich.

Psychotherapiemethoden sind bei bestimmten psychischen Störungen sehr gut wirksam, bei anderen Störungen jedoch nicht oder unzureichend. Ziel einer Qualitätsverbesserung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker sollte deshalb eine differenzierte Prüfung des geeignetsten bzw. wirksamsten Therapieverfahrens für den jeweiligen Patienten sein. Diese differentialindikatorische Klärung - auch unter Abwägung psychopharmakologischer Therapiemöglichkeiten - sollte sowohl am Anfang eines Therapieverfahrens als auch im Sinne einer Verlaufskontrolle, wenn z. B. ein begonnenes Therapieverfahren nicht den erhofften Erfolg gebracht hat, durchgeführt werden.

Da viele Psychotherapeuten hauptsächlich nach einem erlernten Therapieverfahren arbeiten bzw. dessen spezifische Stärken kennen, erscheint ein systematischer Informationsaustausch dringend notwendig. Hierzu sind neue Kommunikationsstrukturen erforderlich.

### **2. Versorgung alter Menschen**

Auf Antrag von Dr. Knauer und Dr. Bernard (Drucksache V-12) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Der 100. Deutsche Ärztetag fordert den Fakultätentag sowie die Wissenschaftsminister der Länder auf, in den nächsten 2 Jahren an jeweils einer Medizinischen Fakultät in den einzelnen Bundesländern einen eigenständigen Lehrstuhl für klinische Geriatrie einzurichten.

### **3. Zuwendungen von Firmen für medizinische Forschung**

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache V-30) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 100. Deutsche Ärztetag betont, daß für die medizinische Forschung vorzugsweise unternehmensunabhängige Zuwendungsmittel zur Verfügung gestellt werden sollten. Sofern mittelbare oder unmittelbare Zuwendungen der pharmazeutischen, medizinisch-technischen oder EDV-Firmen eingesetzt werden, muß darauf geachtet werden, daß die Weichenstellung für Fortschritte in Wissenschaft und Forschung keinesfalls primären Gewinninteressen von Firmen untergeordnet werden.

Der Deutsche Ärztetag schlägt deshalb vor, daß die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte der Unikliniken, Krankenhäuser sowie Praxen Zuwendungsmittel, Spenden oder sonstige materielle Unterstützung durch private Geldgeber jährlich auflisten und die damit verbundene wissenschaftliche Fragestellung transparent zu machen sowie die Verwendung der Mittel zu dokumentieren.

Den Arzneimittel-, Medizinprodukte- oder EDV-Programmerstellern wird empfohlen, analog zur Spendenliste für Parteien jährlich die Institutionen oder Einzelpersonen zu veröffentlichen, die von den Unternehmen Honorare oder Drittmittelzuwendungen für Forschungsvorhaben erhalten haben und den Zweck der Zuwendung zu dokumentieren.

#### Begründung:

In der Vergangenheit hat es in diesem Zusammenhang immer wieder Konflikte und Unsicherheiten gegeben. Die mangelnde Transparenz hat dem Ansehen der Ärzteschaft geschadet. Eine freiwillige Selbstkontrolle kann dem Verlust der Glaubwürdigkeit von Ärztinnen und Ärzten, die medizinische Forschung mit Drittmitteln von Firmen durchführen, entgegenwirken.

## **Rehabilitation**

### **1. Weiterentwicklung der stationären Rehabilitation**

Auf Antrag von Herrn Henke (Drucksache V-20) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mit dem im September 1996 verabschiedeten Wachstums- und Beschäftigungsgesetz hat die Kostendämpfungspolitik der vergangenen Jahre nun auch den Sektor Kuren und Rehabilitation erfaßt. Den äußeren Anlaß dazu hat ein Anstieg der Ausgaben für die stationären Heilverfahren zwischen 1991 und 1995 um 70% in der gesetzlichen Krankenversicherung von 3,0 Mrd. DM auf 5,1 Mrd. DM und in der gesetzlichen Rentenversicherung um 50% von 6,5 Mrd. DM auf 9,8 Mrd. DM gegeben. Weit über die gesetzlich angestrebten Einsparungen hinaus ist es im Kur-/Reha-Bereich jedoch zu einem Einbruch gekommen, der die Existenz zahlreicher Kur- und Rehabilitationseinrichtungen akut gefährdet. Dieser Einbruch ist sogar dort besonders dramatisch, wo es kaum und wie bei den Mutter-Kind-Kuren keine gesetzlichen Einschränkungen gegeben hat.

Von den über 1.300 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken in Deutschland hatten zum 1.2.1997 mehr als 650 Kliniken einen Belegungsrückgang von über 30%. In mehr als 650 Kliniken galt Kurzarbeit, in mehr als 230 Kliniken ist ein Sozialplan aufgestellt. Bundesweit stehen 400 zum Teil hochqualifizierte Rehabilitationseinrichtungen vor dem Aus. Eine Gefährdung von mindestens 25.000 Arbeitsplätzen anzunehmen, ist keine Übertreibung. Der 100. Deutsche Ärztetag ist nicht bereit, Rücknahmen und Kündigungen von Belegungszusagen durch Sozialversicherungsträger in Größenordnungen von 50 bis 70% als Selbstverständlichkeit zu akzeptieren. Sie sind auch durch die Bonner Beschlüsse zum Kur- und Rehabilitationsbereich nicht gerechtfertigt.

Rehabilitation ist Behandlung Kranker, Genesender oder Behinderter mit speziellen Mitteln und Maßnahmen, um vorhandene oder absehbare gesundheitliche Schädigungen auszuheilen und, wenn dies nicht möglich ist, Restfunktionen zu aktivieren. Ziel ist eine optimale Wiederherstellung der Gesundheit, um eine möglichst dauerhafte (Re-) integration des Patienten in Familien und Gesellschaft, Arbeit und Beruf zu sichern.

Um den Rehabilitationsprozeß möglichst erfolgreich zu gestalten, müssen medizinische Behandlung, körperliche und psychische Rehabilitation, berufliche Eingliederung und soziale Integration als ganzheitliches Geschehen verstanden werden und wirksam ineinandergreifen. Oberstes Ziel muß es sein, dem Unfallopfer, Kranken oder Behinderten Bedingungen zu schaffen, die es ihm gestatten, so autonom und aktiv wie möglich am sozialen Leben teilzunehmen.

Dazu bedarf es sowohl der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete als auch der Zusammenarbeit mit den Angehörigen anderer Berufsgruppen wie Pflegekräften, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern sowie des Einsatzes engagierter Laien. Den Ärztinnen und Ärzten fällt in diesem Prozeß eine Schlüsselrolle zu, weil sie bereits zu Beginn einer Erkrankung oder Arbeitsunfähigkeit bzw. unmittelbar nach einem Unfallgeschehen prüfen müssen, ob und wann Maßnahmen der Rehabilitation erforderlich sind und eingeleitet werden sollen.

Rehabilitation Verletzter, Kranker und Behinderter hat nicht mit der zur Steigerung des persönlichen Wohlbefindens auch von Gesunden beanspruchten urlaubsähnlichen sogenannten "Vorsorge"kur zu tun und darf mit dieser auch in der öffentlichen und politischen Bewertung keineswegs gleichgesetzt werden. Der 100. Deutsche Ärztetag bittet alle für die Gestaltung des Gesundheitswesens und der Sozialversicherung Verantwortlichen, auf diese notwendigen Unterscheidungen zu achten und sie auch in ihren öffentlichen Äußerungen zu beachten.

Der 100. Deutsche Ärztetag stellt folgende Anforderungen an eine sinnvolle medizinische Rehabilitation:

- Bei der medizinischen Rehabilitation muß ein "ganzheitlicher Ansatz" gewährleistet werden und sich sowohl im Rehabilitationskonzept als auch in dessen Umsetzung widerspiegeln. Die große Mehrheit der Rehabilitanden gehört höheren Altersstufen an - die Multimorbidität der Patienten muß berücksichtigt werden.
- Ein qualifiziertes Reha-Konzept erfordert ein interdisziplinär arbeitendes qualifiziertes Team der unterschiedlichen Fachberufe. Die Mitglieder des Teams müssen sich durch ständigen Austausch von Erfahrungen über Aufgaben und Methoden des jeweils anderen Therapeuten informiert halten, um so ein einheitliches Ziel verfolgen und den Rehabilitanden optimal in seinem Rehabilitationsprozeß begleiten zu können.

- Prinzipiell muß eine fachärztliche Leitung einschließlich einer dauernden ärztlichen Präsenz gewährleistet sein. Im Rahmen der stationären Rehabilitation reicht es nicht aus, daß ein Therapeut/Arzt nur stundenweise den Rehabilitationsprozeß begleitet oder lediglich als Koordinator fungiert. Der Arzt braucht eine rehabilitationsmedizinische Kompetenz, um die notwendigen Aufgaben im erforderlichen Umfang zu erfüllen.
- Zur Ausstattung ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitationseinrichtungen gehören unterschiedliche diagnostische Möglichkeiten. In ambulanten Einrichtungen werden diese einen anderen Zuschnitt erhalten als etwa bei Rehabilitationskliniken. Ein besonderer Schwerpunkt muß der Funktionsdiagnostik eingeräumt werden, die für die Bewertung des Rehabilitationsverlaufes und die Erreichung der angestrebten Ziele wichtig ist. Doppelinvestitionen und Parallelausstattungen sowie fachlich entbehrliche Mehrfachdiagnostik sind durch Koordination auch mit den Leistungen aus dem Bereich der kassenärztlichen und der Krankenhausversorgung zu vermeiden.
- Der Personalschlüssel "Therapeut zu Patient" muß sich nach der jeweiligen Indikation und den tariflichen Vergütungsbestimmungen richten. Den Ausschlag müssen ärztlich definierte Qualitätserfordernisse und medizinisch mögliche Rehabilitationsziele geben.
- Der 100. Deutsche Ärztetag plädiert für eine Fortsetzung der bereits eingeführten Programme zur Qualitätssicherung in der Rehabilitationsmedizin. Diese dürfen nicht zur Leistungskontrolle durch die Versicherungsträger mißbraucht werden. Die notwendigen Instrumente zur Evaluation sind nicht allein Aufgabe der Selbstverwaltung.

Auch die Ärzteschaft ist durch die Einbeziehung der Ärztekammern zu beteiligen.

Die Behauptung, ambulante und teilstationäre Maßnahmen seien erheblich kostengünstiger als Maßnahmen in stationären Einrichtungen, kann nur dann als belegt akzeptiert werden, wenn im Einzelfall erwiesen ist, daß sowohl die Reha-Ziele, das Qualitätsniveau als auch die Vollkosten mit einbezogen wurden. Rehabilitation ist mehr als eine Aufgabe von Heilmitteln und eine undifferenzierte Summe mehr oder weniger aufeinander abgestimmter therapeutischer Maßnahmen. Die ambulante Rehabilitation darf keine minderwertige und damit zweitklassige medizinische Leistung werden.

Im Gegensatz zur Krankenhausplanung fehlt im Rehabilitationsbereich jede Bindung an eine in öffentlicher Verantwortung erarbeitete Bedarfsabschätzung. Diese Situation ist mitverantwortlich für das Entstehen von Überkapazitäten und Wildwuchs. Deshalb sind zumindest für die wichtigsten Indikationen dringend Planungsziele und Planungsgrößen zu erarbeiten.

Je eher die Rehabilitation einsetzt und der Patient zu aktiver Mitwirkung motiviert wird, desto besser gelingt es, den Eintritt von Behinderungen zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Diese Erkenntnis der modernen Rehabilitationsmedizin fordert dazu heraus, bereits in den Krankenhäusern die Grundvoraussetzung für ein koordiniertes Gesamtkonzept der Rehabilitation sicherzustellen. Dazu muß jedes Krankenhaus, auch in der Grundversorgung, auf Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie und Sozialdienst zurückgreifen können. Vorhandene Informationsdefizite sind zu beseitigen.

## **2. *Rehabilitation - Müttergenesung***

Auf Antrag von Dr. Eisenkeil (Drucksache V-21) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Kostenträger für Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die Krankenkassen sollen darauf hinwirken, daß Müttergenesungs- und Mutter-Kind-Kuren ihren bisherigen Stellenwert behalten und die Durchführung solcher Maßnahmen nicht aus formalen Gründen behindert wird.

### Begründung

Die Rehabilitation von Müttern, die an psychosozialen Fähigkeitsstörungen von Krankheitswert leiden, muß einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft haben. Die Folgekosten von unbehandelten und damit auch fortschreitenden Erkrankungen in diesem Bereich sind mittelfristig und langfristig enorm und können durch geeignete Maßnahmen wie eben stationäre Heilverfahren (Müttergenesungs- und Mutter-Kind-Kuren) wirkungsvoll verbessert werden.

## **3. *Rehabilitation als Tagesordnungspunkt auf einem Ärztetag***

Auf Antrag von Dr. Bernard (Drucksache V-39) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Die Rehabilitation wird auf einem der nächsten Ärztetage auf die Tagesordnung gesetzt.

## **Ärztliche Versorgungswerke**

### **1. *Kindererziehungs-/Betreuungszeiten im Versorgungswerk***

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

Der 100. Deutsche Ärztetag spricht sich für die Anerkennung einer 3jährigen Kinderbetreuungszeit aus und bittet die Landesärztekammern und die entsprechenden Versorgungswerke, diese Regelung - sofern noch nicht geschehen - in ihre Satzung aufzunehmen.

### Begründung:

Ärztinnen und Ärzte, die zum Zwecke der Kindererziehung ihre berufliche Tätigkeit unterbrechen, sind im Vergleich zu gesetzlich Rentenversicherten deutlich benachteiligt. Die Anerkennung einer 3jährigen Kinderbetreuungszeit ist als minimales Entgegenkommen anzusehen. Wie beiliegende Tabelle zeigt, steht diese Regelung in einigen Landesärztekammern leider immer noch aus.

### **2. *Ärztliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung***

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

Wir fordern die Versorgungswerke auf, entsprechend dem Beschluß der Ständigen Konferenz "Ärztinnen" in der Bundesärztekammer und der Empfehlung des Vorstandes der Bundesärztekammer, "in den Alterssicherungsordnungen Kinderbetreuungszeiten für die Dauer von mindestens drei Jahren nach der Geburt jeden Kindes einzuführen."

**Begründung:**

Lt. Tätigkeitsbericht sind "Kinderbetreuungszeiten" z. Zt. bei 15 Versorgungswerken vorgesehen, 3 Versorgungswerke (u.a. Hessen) sehen dies noch nicht vor.

Die Regelung der berufsständischen Versorgungswerke im Sinne der Kinderbetreuungszeiten schafft (im Gegensatz zu den Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung mit fiktiver Beitragsanrechnung) keine neue Leistungsart, sondern bewirkt, daß im Falle der Berufsunfähigkeit während der Betreuungszeit oder kurz nach Wiederaufnahme der Berufstätigkeit, der erreichte Wert der Anwartschaft nicht abgesenkt wird.

## **Weitere Themenfelder**

### **1. *Petition des Bundes der "Euthanasie"-Geschädigten***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-3) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Petition des Bundes der "Euthanasie"-Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V. um die Anerkennung als NS-Verfolgte, die dem Deutschen Bundestag seit 1992 vorliegt und nicht erörtert wird, wird vom Deutschen Ärztetag unterstützt.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 (RGBl. I S. 529), das durch Artikel 8 Ziffer 1 des 5. Gesetzes zur Reform des Strafrechts (BGBl. I, S. 1299), soweit es nicht als Bundesgesetz fort gilt, außer Kraft getreten ist, ist als nationalsozialistisches Unrecht zu brandmarken. Den heute lebenden, von Zwangssterilisation Betroffenen oder den Angehörigen der Euthanasie-Opfer muß noch zu Lebzeiten erklärt werden, daß die Bundesrepublik sich des Unrechts, das ihnen angetan wurde, bewußt ist.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Bundestag auf, durch einen formalen Akt den Unrechtsgehalt der Regelungen dieses Gesetzes festzustellen.

**Begründung:**

Die von Zwangssterilisation Betroffenen und die Angehörigen der Euthanasie-Opfer sind in ihrer gesamten Lebensplanung geschädigt worden. Das Unrecht wirkt über Jahrzehnte nach. Scham und das Gefühl fortgesetzter Diskriminierung verstärken dauerhaft das erlebte seelische und körperliche Leid. Bis heute wurde ihr Anliegen auf Anerkennung als Verfolgte des NS-Staates nicht befriedigt. Seit fünf Jahren liegt dem Petitionsausschuß des Bundestages ein Antrag der "Euthanasie"-Geschädigten und Zwangssterilisierten e.V. vor, doch wurde bisher keine Entscheidung getroffen.

Die Bundesrepublik Deutschland sollte sich von dieser Unrechtsgesetzgebung distanzieren.

## **2. Berufsverbot für Ärztinnen in Afghanistan**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-5) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 100. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf,

- die gravierende Verletzung grundlegender Menschenrechte der Frauen in Afghanistan auf das Schärfste zu verurteilen,
- das Ziel, die elementaren Menschenrechte der Frauen wiederherzustellen und das Berufsverbot für Frauen aufzuheben, durch Maßnahmen auf europäischer und auf UN-Ebene zu unterstützen.

In Afghanistan konnte in den 80'er Jahren erstmals eine wachsende Zahl von Frauen - insbesondere in den Städten - am öffentlichen Leben teilnehmen und Berufen nachgehen. Diese Liberalisierung endete 1992 mit der Machtübernahme der fundamentalistischen Taliban-Regierung. Seither leiden Frauen und Mädchen in Afghanistan immer mehr unter gewalttätigen Übergriffen der Taliban-Miliz. Mit der Einnahme von Kabul 1996 durch die von Pakistan unterstützten Milizen wurde die einzig wirklich städtische Kultur in Afghanistan zerstört. Nur dort war noch eine vergleichsweise unabhängige Stellung der Frauen gegeben. Folge dieser politischen Vereinnahmung war ein generelles Berufsverbot für Frauen, das über 40.000 Frauen betraf. Amnesty International spricht von einer "Menschenrechtskatastrophe" gegenüber Frauen in Afghanistan (AI Index: ASA 11/03/95). Frauen werden aus dem gesellschaftlichen Leben radikal verbannt, Mädchenschulen werden geschlossen, Studentinnen von den Universitäten verwiesen sowie Frauen auf offener Straße geschlagen und gesteinigt.

Nach Angaben der Vereinten Nationen zur Menschenrechtssituation in Afghanistan (2/96) sind vorwiegend Frauen im Bereich des Ausbildungs- sowie des Gesundheitswesens von dem Berufsverbot betroffen. Besonders Ärztinnen und Krankenschwestern werden an der Ausübung ihres Berufes gehindert. Obwohl das Gesundheitswesen unter diesen Restriktionen zusammenzubrechen drohte, wurden sie nur ansatzweise gelockert. Ärztinnen durften hernach zwar teilweise wieder beruflich tätig werden, jedoch generell nur unter strikter, unzumutbarer Bewachung (U.S. Department of State, Afghanistan Report on Human Rights Practices for 1996, Januar 1997).

## **3. Mobbing - Erhebliche Gesundheitsschäden und soziale Kosten**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-6) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Mobbing ist zu einem zentralen Gesundheitsproblem in der Arbeitswelt geworden. Dabei ist "Mobbing" ein neuer Begriff für ein altes Phänomen: den psychischen Terror am Arbeitsplatz. Die Zahl der Mobbingopfer in Deutschland wird auf über 1 Million pro Jahr geschätzt. Durch enorme Leistungsanforderungen und der damit verbundenen Überlastung, aber auch durch inkompetentes Führungsverhalten und mangelnde Zusammenarbeit entsteht ein genereller Druck, den dann die

„schwächeren“ Mitglieder einer Organisation büßen müssen. Diesem Druck durch Arbeitsplatzwechsel auszuweichen, ist in Anbetracht der angespannten Arbeitsmarktsituation nur noch selten möglich, so daß die Betroffenen gezwungen sind, in dieser nun ausweglosen Situation zu verbleiben. Problematisch ist, daß auf Dauer Mobbing nicht nur seelisch belastet, sondern auch körperlich krank macht. Dies sind die wesentlichen Ergebnisse einer von der Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit u.a. mit der Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen Berlin und Hessen sowie den Bildungswerken der Deutschen Angestellten Gewerkschaft Göttingen und Hannover herausgegebenen wissenschaftlichen Studie.

Hohe Arbeitslosigkeit, Krankenstände und Frühpensionierungen sind das Resultat der krankmachenden Prozesse durch Mobbing. Die Auswirkungen tragen nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Unternehmen, die Krankenkassen, die Rentenversicherer, die Arbeitsverwaltung und die öffentliche Hand. Schätzungen beziffern die Kosten, die einem Betrieb aufgrund von Leistungsminderung, Fehlzeiten und Kündigungen entstehen, auf 50.000,-DM bis 150.000,- DM pro Jahr und Betroffenen. Auch und gerade in den Einrichtungen des Gesundheitswesens ist vor dem Hintergrund des enormen ökonomischen Drucks Mobbing ein zunehmend brisantes Problem.

Der 100. Deutsche Ärztetag appelliert daher an die Ärztekammern, die frühe Erkennung und Behandlung von durch Mobbing hervorgerufene Erkrankungen in die ärztliche Fort- und Weiterbildung einzubeziehen. Die Ärzteschaft fordert darüber hinaus die Verantwortlichen in Unternehmen und Betrieben sowie die Kranken- und Rentenversicherungsträger auf, gezielte Maßnahmen gegen Mobbing in der Arbeitswelt zu ergreifen und dabei Institutionen zu unterstützen, welche sich die Bekämpfung von Mobbing zur Aufgabe gemacht haben.

#### **4. Genitalverstümmelungen als Menschenrechtsverletzungen ächten**

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V-7) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Angesichts der in vielen afrikanischen, aber auch arabischen Ländern unvermindert praktizierten Rituale der Verstümmelung weiblicher Genitalien bekräftigt der 100. Deutsche Ärztetag seine letztjährige EntschlieÙung, mit welcher diese menschenrechtsverletzende Verstümmelung geächtet und die Beteiligung von Ärzten an der Durchführung jedweder Form dieser Körperverletzung verurteilt wurde. Im gleichen Sinne prangerte bereits der Weltärztebund 1993 und der Weltärztinnenbund 1994 diese Menschenrechtsverletzung an. Gemäß der Generalpflichtenklausel der Berufsordnung für die deutschen Ärzte ist die Vornahme derartiger Praktiken berufsrechtswidrig. Durch die genitalen Verstümmelungen werden Mädchen und Frauen fundamentale Menschenrechte, wie das Recht auf Leben und Entwicklung sowie das Recht auf physische und psychische Integrität verweigert. Keine der größeren Religionen unterstützt diese Praxis.

Der 100. Deutsche Ärztetag begrüÙt daher, daß die Bundesregierung

- Verstümmelungen weiblicher Geschlechtsorgane jeglicher Form i. S. Art. 3 der Europäischen Kommission für Menschenrechte (EMRK) als Menschenrechtsverletzung ansieht [Antwort der Bundesregierung vom 21.12.1995 auf eine parlamentarische Anfrage (Bundestags-Drucksache 13/3389)],



- dem Kairoer Aktionsprogramm von 1994 zugestimmt hat, in welchem den jeweiligen Regierungen eindringlich nahegelegt wird, das Praktizieren von Verstümmelung weiblicher Genitalien zu verbieten und die Bemühungen nichtstaatlicher Organisationen bei der Bekämpfung solcher Praktiken mit Nachdruck zu unterstützen.

Mit dem Ziel eines zukünftig noch besseren Schutzes dieser grundlegenden Menschenrechte appelliert der 100. Deutsche Ärztetag darüber hinaus an die Bundesregierung,

- im politischen Dialog mit den Regierungen von Entwicklungsländern, in denen dieser Brauch durchgeführt wird, immer wieder auf die in Kairo eingegangenen Verpflichtungen hinzuweisen,
- darauf hinzuwirken, daß die von ihr geförderten Stiftungen Maßnahmen zur Bekämpfung der Genitalverstümmelung vor Ort ergreifen und die Aufklärungsarbeit vorantreiben,
- aufgrund der wachsenden Immigration von Menschen aus diesen Ländern in die Bundesrepublik Deutschland die Förderung von Beratungsstellen und Nothilfezentren für betroffene Frauen sicherzustellen.

## **5. Jodprophylaxe bei kerntechnischen Unfällen**

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

Der Deutsche Ärztetag hat zur Kenntnis genommen, daß neben anderen Wissenschaftlern auch die Strahlenschutzkommission beim Bundesumweltministerium (Empfehlungen der 136. Sitzung am 22./23. Februar 1996 - Bundesanzeiger Nr. 53 vom 18.03.1997) aus den Erfahrungen mit dem Reaktorunfall in Tschernobyl den Schluß gezogen hat, die Empfehlungen zur Einnahme von Jodtabletten zu überdenken.

Da es auch weitab vom Ort einer Reaktorkatastrophe zu nennenswerten Inkorporationen von Radiojod und einer dadurch bedingten Steigerung der Krebshäufigkeit bei Kindern kommen kann, kommt die Strahlenschutzkommission neben einer Empfehlung, die deutschen Eingreifrichtwerte für die Jodeinnahme den (niedrigeren) internationalen anzupassen, auch zu der Empfehlung "entsprechender organisatorischer Maßnahmen, auch im Fernbereich von Kernreaktoren" im Hinblick auf die Bereitstellung der Kaliumjodidtabletten.

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, die "Rahmenempfehlungen für den Katastrophenschutz in der Umgebung kerntechnischer Anlagen" hinsichtlich der Jodbevorratung so zu ändern, daß jeder Bundesbürger, für den im Katastrophenfalle die prophylaktische Kaliumjodideinnahme indiziert ist, auch eine realistische Chance hat, vor der Inkorporation von Radiojodid die für ihn bevorrateten Kaliumjodidtabletten zu erhalten. Das bisherige Konzept des Katastrophenschutzes, das eine dezentrale Bevorratung lediglich in unmittelbarem Umkreis der deutschen Kernkraftwerke vorgesehen hatte und darüber hinaus nur eine zentrale Bevorratung, ist nach Auffassung des Deutschen Ärztetages auch vor dem Hintergrund der Empfehlungen der Strahlenschutzkommission nicht mehr verantwortbar.

## **6. Prävention / Nichtraucherchutz (§ 20 SGB V)**

Auf Antrag von Dr. Köppl und Dr. Hofmann (Drucksache V-18) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

1. Der Deutsche Ärztetag unterstützt die politischen Initiativen im Deutschen Bundestag für ein Nichtraucherchutzgesetz.
2. Der Deutsche Ärztetag sieht in einem Nichtraucherchutzgesetz eine wirksame Möglichkeit, den nichtrauchenden Teil der Bevölkerung vor den gesundheitlichen Gefahren des Passivrauchens zu schützen. Mit Hilfe des gesetzlichen Anspruchs auf rauchfreie Arbeitsplätze und der Einrichtung von rauchfreien Zonen in den öffentlich zugänglichen Bereichen sowie in größeren Gaststätten, erhält der nichtrauchende Teil der Bevölkerung die Möglichkeit, seinen Lebenswandel in einer giffreien Umgebung zu gestalten.
3. Die gesundheitliche Situation von Kindern in Haushalten, in denen regelmäßig geraucht wird, ist dringend verbesserungsbedürftig. Eine gesetzliche Aufklärungspflicht für rauchende Eltern, die ihre Kinder durch Passivrauchbelastung gesundheitlich schädigen, kann ein wichtiges Element der Präventivstrategie für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern in Haushalten mit Passivrauchbelastung werden.
4. Einschränkungen der Werbung für Tabakprodukte.
5. Verbot des Verkaufs von Tabakprodukten in frei zugänglichen Automaten.

### Begründung:

Ein gesetzlicher Nichtraucherchutz ist in der Bundesrepublik überfällig. In der überwiegenden Anzahl der modernen Industrienationen sind die Nichtraucher vor der Passivrauchbelastung besser geschützt als in der Bundesrepublik. So gibt es dort den gesetzlichen Anspruch auf rauchfreie Arbeitsplätze, die Möglichkeit, sich im öffentlichen Leben in rauchfreien Zonen zu bewegen etc. Erst ein gesetzlicher Nichtraucherchutz gibt dem nichtrauchenden Teil der Bevölkerung die Möglichkeit, aus seiner bisherigen Bittstellerrolle herauszutreten und seinen eigentlich selbstverständlichen Anspruch auf ein Leben in einer giffreien Umgebung durchzusetzen.

Ein Nichtraucherchutzgesetz richtet sich nicht gegen die aktiven Raucher, sondern verschafft nur den Nichtrauchenden eine gleichberechtigte Stellung und gibt ihnen einen Anspruch auf den von ihnen selbst gewählten Lebenswandel. In diesem Sinne ist ein Nichtraucherchutzgesetz, ein Emanzipationsgesetz und Gleichstellungsgesetz für die Nichtrauchenden.

Durch den gesetzlich verbindlichen Anspruch auf rauchfreie Arbeitsplätze und rauchfreie Zonen wird das Rauchen nicht verboten, sondern nur in Übereinstimmung mit den Ansprüchen der Verfassung auf solche Räume beschränkt, in denen nicht zwangsläufig eine Belästigung oder Schädigung der Nichtrauchenden eintritt.

Eine besonders empfindliche Gruppe, die durch die Passivrauchbelastung gesundheitlich auf Dauer geschädigt wird, sind die Kinder in Haushalten mit rauchenden Eltern. Aus vielfältigen wissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, daß solche Kinder, auch wenn sie später niemals aktiv rauchen, ein höheres Krebsrisiko durch die passive Rauchbelastung während ihrer Kinderzeit in solchen Haushalten erwerben. Darüber hinaus ist eindeutig bewiesen, daß insbesondere Kinder mit chronischen Erkrankungen der oberen Luftwege oder Kinder mit erhöhter Infektionsnei-

gung in Raucherhaushalten längere Krankheitszeiten durchleben, einen erhöhten Medikamentenverbrauch benötigen etc. Gerade für diese Kindergruppe ist die Bahnung für schwerwiegende Krankheiten und die Gefahr der Chronifizierung bewiesen. Der überwiegende Teil der rauchenden Eltern ist sich dieser Gefahr nicht bewußt. Eine verbesserte ärztliche Aufklärungsmöglichkeit könnte hier einen verbesserten Schutz der Kinder in solchen Haushalten ermöglichen.

Die Einschränkung der Werbung für ein frei zugängliches Produkt mit starkem Suchtpotential, dessen Gebrauch gleichzeitig für nahezu 90 % der Krebsentstehung im Bereich der oberen Luftwege verantwortlich ist, muß dringend eingeschränkt werden. Dazu bedarf es einer gesetzlichen Grundlage.

Der freie Zugang zu Zigaretten, auch für Kinder und Jugendliche, durch den freien Verkauf über Zigaretten-Automaten auf der Straße ist mit dem Gedanken des Jugendschutzes nicht vereinbar. Die Rücknahme des Automaten-Zigarettenverkauf ist daher überfällig.

## **7. *In vitro-Fertilisation***

Der Antrag von PD Dr. Benniger (Drucksache V-25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Wegen des hohen fetalen Risikos von Mehrlingsschwangerschaften darf bei in vitro-Fertilisation (extrakorporale Befruchtung) jeweils nur 1 befruchtetes Ei implantiert werden.

### Begründung:

Bei der üblichen Praxis der in vitro-Fertilisation werden 3 befruchtete Eier implantiert, um eine hohe Erfolgsquote zu erreichen. Dies führte jedoch zu einem starken Anstieg von Mehrlingsschwangerschaften mit einem hohen Risiko für Frühgeburten und damit verbundenen perinatalem Risiko.

## **8. Töten von Feten unethisch**

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

Das aktive Töten extrauterin lebensfähiger Feten (Fetocid) wird von der deutschen Ärzteschaft als unethisch abgelehnt.

### Begründung:

Mit der Neufassung des § 218 entfällt die embryopathische Indikation des Schwangerschaftsabbruches. Jetzt gilt nur noch eine zeitlich unbefristete "medizinische" Indikation. In der Regel spielt bei der Begründung für den Spätabbruch nicht der Grad der kindlichen Fehlbildung die entscheidende Rolle, sondern nur die Frage, was die Mutter für zumutbar hält. Um bei Spätabtreibungen nicht zusätzlich Frühgeburten zu riskieren, etabliert sich die pränatale Tötung durch Einspritzen von Fibrinkleber bzw. Kaliumchlorid.

## **9. Pränatale Diagnostik**

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

Die deutsche Ärzteschaft bekennt sich ausdrücklich zur pränatalen Diagnostik mit dem vorrangigen Ziel, immer mehr Feten mit Fehlbildungen und Erkrankungen bereits intrauterin bzw. unmittelbar postnatal zu behandeln.

### Begründung:

Zunehmend äußern Kritiker der pränatalen Diagnostik, daß eine vorgeburtliche Selektion von Fehlbildungen zu Abtreibungen führt, da Abweichungen von der Norm vom Einzelnen und der Gesellschaft immer weniger akzeptiert werden.

Als Ärzte müssen wir auf den Nutzen einer kompetenten Pränataldiagnostik für die häufig erfolgreiche intrauterine und postnatale Therapie verweisen.

Die Ärzteschaft stimmt mit den Kirchen in der Forderung nach "Freiwilligkeit der Inanspruchnahme" und dem "Recht auf Nichtwissen" pränataler Diagnostik und Untersuchungsergebnisse überein.

## **10. Ärztliche Hilfseinsätze im Rahmen humanitärer Hilfe**

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache V-31) faßt der 100. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag unterstützt deutsche Aktivitäten auf dem Gebiet der humanitären Hilfe. In Anlehnung an unsere europäischen Nachbarländer fordert er, die Freistellung von Ärztinnen und Ärzten für humanitäre Hilfseinsätze zu erleichtern. Für die bestmögliche Versorgung der Bedürftigen ist es notwendig, einen einheitlichen medizinischen Standard für Hilfseinsätze zu schaffen. Außerdem empfiehlt der Deutsche Ärztetag die Vermittlung von Ärztinnen und Ärzten an Hilfsorganisationen durch eine bundesweite Datenbank.

## **11. Gentechnisch veränderte Nahrungsmittel**

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

Der 100. Deutsche Ärztetag weist darauf hin, daß durch die Anwendung der Gentechnik im Ernährungsbereich gesundheitliche Gefahren sowohl während des Herstellungsprozesses wie auch beim Verzehr dieser Produkte nicht auszuschließen sind.

Je nach Anwendungsbereich und gentechnisch verändertem Organismus können unterschieden werden:

- lebende, gentechnisch veränderte Pflanzen (z.B. gentechnisch verändertes Obst, Tomaten, Sojabohnen usw.)
- lebende gentechnisch veränderte (Mikro-) Organismen (z.B. Joghurt mit gentechnologisch veränderten Milchsäurebakterien)
- Produkte, die aus genmanipulierten Mikroorganismen entstehen (z.B. Beschleunigung der Umwandlungsprozesse in Brauerei-/ Brotherstellung; künstlich hergestellte Aminosäuren, Enzyme, Vitamine, Eiweiße)

Nicht abschätzbar ist beispielsweise das allgemeine Potential von neu eingeführten Proteinen, weitere mögliche Risikopotentiale liegen in der gentechnischen Modifizierung von Organismen, aus denen sich Antibiotika-Resistenzen entwickeln können.

Mit der Sojabohnenernte im Herbst 1996 in den USA gelangt erstmals ein Lebensmittel und ein Lebensmittelrohstoff in Deutschland auf den Markt, dem ein gentechnisch veränderter Organismus zugrunde liegt.

Die Genehmigung für Import, Lagerung und Verarbeitung der Sojabohnen, die widerstandsfähig gegen das Unkrautvernichtungsmittel "Roundup" (Wirkstoff: Glyphosat) sind, wurde durch die britische Bundesbehörde erteilt.

Eine Zulassung bzw. Import verschiedenster anderer gentechnisch veränderter Nahrungsmittel ist in naher Zukunft auch für den deutschen Markt geplant.

Der 100. Deutsche Ärztetag betont, daß die Kennzeichnungspflicht für gentechnisch veränderte Lebensmittel, ebenso wie für Nahrungsmittel(bestandteile), die mit gentechnischen Verfahren hergestellt werden, vorsorgender Gesundheitsschutz ist.

Der Beschluß des Europäischen Parlaments, ab Mitte 1997 gentechnisch veränderte Nahrungsmittel europaweit obligat kennzeichnen zu müssen, wird ausdrücklich unterstützt.

Allerdings muß die Kennzeichnungspflicht auch solche Endprodukte erfassen, deren gentechnologische Herstellung nicht mehr nachweisbar ist (z.B. Öl, Lecithin, Mehl usw., welche aus gentechnisch veränderten Sojabohnen hergestellt wurden).

Erst hierdurch ist sichergestellt, daß der Konsument als mündiger Bürger eine kompetente Kauf- und Verzehrentscheidung treffen kann.

## **12. Online-Redaktion im Projekt "Deutsches Gesundheitsnetz"**

Auf Antrag von Dr. Pommer (Drucksache V-37) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird gebeten, im Rahmen des Projektes "Deutsches Gesundheitsnetz" die Einrichtung einer Online-Redaktion zur Unterstützung der elektronischen Publikation der Ärztekammern zu prüfen.

### Begründung

Die Nutzung der elektronischen Publikation erfordert eine besondere Aufarbeitung und Darstellung von Inhalten, die sich von klassischen Publikationsformen unterscheidet. Dazu werden im Rahmen des Projektes "DGN" technische Werkzeuge zur Erstellung von Inhalten geschaffen. Darüber hinaus ist es aber sinnvoll, auch eine redaktionelle Unterstützung für die elektronische Publikation zu anbieten.

## **13. Aktive Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten**

Auf Antrag von Frau Dr. Kossmann (Drucksache V-41) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Der Deutsche Ärztetag fordert alle Kollegen und Kolleginnen auf, sich mehr als bisher für eine aktive Mitwirkung in der ärztlichen Berufspolitik zur Verfügung zu stellen.

## **ZU PUNKT VI DER TAGESORDNUNG: BERICHT ÜBER DIE JAHRESRECHNUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 1995/96 (01.07.1995 BIS 30.06.1996)**

### **1. Genehmigung des Jahresabschlusses 1995/96**

Auf Antrag der Mitglieder der Finanzkommission der Bundesärztekammer (Drucksache VI-1) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag einstimmig:

1. Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 1995/96 (01.07.95 bis 30.06.96) und vom Ergebnis der Prüfung durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V., Münster.
2. Der Finanzbericht der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1995/96 (01.07.95 bis 30.06.96) wird gebilligt.

**ZU PUNKT VII DER TAGESORDNUNG: ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 1995/96 (01.07.1995 BIS 30.06.1996)**

**1. *Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 1995/96***

Auf Antrag der Mitglieder der Finanzkommission der Bundesärztekammer (Drucksache VII-1) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 1995/96 (01.07.95 bis 30.06.96) Entlastung erteilt.

**ZU PUNKT VIII DER TAGESORDNUNG: HAUSHALTSVORANSCHLAG FÜR DAS GESCHÄFTSJAHR 1997/98 (01.07.1997 BIS 30.06.1998)**

**1. *Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1997/98***

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-1) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1997/98 (01.07.1997 bis 30.06.1998) in Höhe von DM 18.866.500,-- wird gebilligt.

**2. *Zwischenbericht zur Publikation der Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses***

Auf Antrag der Finanzkommission der Bundesärztekammer (Drucksache VIII-2) beschließt der 100. Deutsche Ärztetag:

Der Bericht von Prof. Dr. Dörner zur Finanzierung einer Publikation der Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses wird zur Kenntnis genommen.

Die Aufbringung der notwendigen Mittel aus Spenden der Ärzteschaft wird begrüßt und festgestellt, daß Mittel aus dem Haushalt der Bundesärztekammer demnach für diese Publikation nicht benötigt werden.

Für die Richtigkeit  
Eisenach, den 31.05.1997

(Dr. Hans-Jürgen Maas)

**Anlage**