

BESCHLUSSPROTOKOLL
DES
113. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES
VOM 11. – 14. MAI 2010
IN DRESDEN

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Zu Punkt I der Tagesordnung:	10
Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik.....	10
1. Für eine patientenzentrierte Medizin und eine soziale Gesundheitswirtschaft – Aufgaben für die verbleibende Legislaturperiode	10
2. Wiederherstellung ärztlicher Unabhängigkeit.....	15
3. Medizinische Versorgungszentren in ärztliche Hand	15
4. Keine Selektivverträge im Krankenhaus	15
5. (Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung als grundsätzliche Honorierungsform.....	16
6. Änderung von § 87 Abs. 2e und § 105 SGB V.....	16
7. Punktwertabsenkung bei Überversorgung ist kein Mittel zur Behebung des Ärztemangels in unterversorgten Gebieten	17
8. Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten	17
9. Sektorübergreifende Qualitätssicherung	17
10. Kooperation zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern	18
Zu Punkt II der Tagesordnung:	19
Versorgungsforschung.....	19
1. Konsolidierung des Erfolgs der Förderinitiative zur Versorgungsforschung der Bundesärztekammer	19
2. Beobachtung der Auswirkung neuer Versorgungsformen in der zukünftigen Versorgungsforschung.....	20
3. Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen stärker für Versorgungsforschung nutzen	20
4. Finanzierung von Leitlinien.....	21
5. Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf wissenschaftliche Ergebnisse und Publikationen.....	21
Zu Punkt III der Tagesordnung:	22
(Muster-)Weiterbildungsordnung	22
1. Umsetzung der überarbeiteten (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in den Landesärztekammern.....	22
2. Teilzeittätigkeit.....	23
3. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitte B und C: Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement	24
4. Definition Gebiet Allgemeinmedizin.....	24
5. Verbesserung der Weiterbildungsmöglichkeiten in der Allgemein Chirurgie.....	25
6. Umfang der Weiterbildung in der Allgemein Chirurgie	26
7. Facharzt für Viszeralchirurgie: Umbenennung	26
8. Keine Umbenennung des Facharztes für Allgemeine Chirurgie	27
9. Erhöhung der Pflichtweiterbildungszeit im jeweiligen Gegenfach des „Facharztes für Neurologie“ bzw. „Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie“	27
10. Beibehaltung der Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich, Gebiet „Physikalische und Rehabilitative Medizin“	27
11. Zusatz-Weiterbildung Ärztliches Qualitätsmanagement.....	28
12. Überarbeitung der Zusatz-Weiterbildung Akupunktur	28
13. Zusatz-Weiterbildung Akupunktur	28

14. Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin.....	29
15. Zusatz-Weiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie	29
Paragraphenteil der MWBO	30
16. Anerkennung von Weiterbildungszeiten auch bei weniger als 6-monatiger Weiterbildung	30
17. Zulassung der Weiterbildungsstätte	30
18. § 7 Abs. 1: Ergänzung um einen zweiten Absatz	31
19. Kriterien für die fehlende Eignung zur Weiterbildungsbefugnis.....	31
20. Nachweis angemessener Vergütung während der Weiterbildung	32
21. Verlängerung der Übergangsfristen um Elternzeit und Mutterschutz.....	32
22. Befugniskriterien zur Leitung der Weiterbildung.....	33
Allgemeine Bestimmungen	33
23. Abschnitte B und C: Schutzimpfung	33
24. Aufnahme von Grundkenntnissen in der Sonographie für die Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung	33
Gebiete.....	34
25. Gebiet Chirurgie: Röntgendiagnostik	34
26. Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie: Röntgendiagnostik.....	34
27. Facharztkompetenz Orthopädie und Unfallchirurgie: Röntgendiagnostik/fachgebunden – Skelett.....	35
28. Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde: Röntgendiagnostik.....	35
29. Änderungsantrag zu Drucksache III – 29: Facharzt Innere Medizin – Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich	36
30. Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin: Weiterbildungszeit im ambulanten Bereich	36
31. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Angiologie: Röntgendiagnostik (Angiographie)	37
32. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin: Weiterbildungsinhalt.....	38
33. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin: Definierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	39
34. Selbsterfahrung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	39
35. Bildgebende Verfahren in Urologie, Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie	39
36. Urologie: Röntgendiagnostik	40
37. Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin: fachbezogene diabetologische Diagnostik und Therapie des Schwangerschaftsdiabetes.....	40
38. Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Grundlagen der fachbezogenen diabetologischen Diagnostik	41
39. Facharzt für Pneumologie: Röntgendiagnostik	41
40. Gebiet Chirurgie: Weiterbildungsinhalte	41
41. Bildgebende Verfahren für verschiedene Organfächer	42
42. Kinderschutz.....	42
43. Zusammenführung der Facharztbezeichnung Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie.....	43
44. Gebiet Chirurgie – Gemeinsame „Säule“ Allgemeinchirurgie/ Viszeralchirurgie.....	43
45. Gebiet Allgemeinmedizin: Diabetikerbehandlungen (strukturierte Schulungen)	43
46. Innere Medizin und Pneumologie: Weiterbildungsinhalte	43
47. Zusammenführung der Facharztkompetenzen "Facharzt für Allgemeine Chirurgie" und "Facharzt für Viszeralchirurgie" zu einem neuen "Facharzt für Allgemeine und Viszeralchirurgie".....	44

48.	Neufassung und Anpassung des Weiterbildungsinhalts „Facharzt Innere Medizin und Nephrologie“	44
49.	Aufnahme von einer festen Gutachtenzahl in den Weiterbildungsinhalt der Psychiater	44
50.	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Zytologische Diagnostik	44
51.	Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin.....	45
52.	Zusatz-Weiterbildung Labordiagnostik.....	46
53.	Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie.....	46
54.	Psychotherapie -fachgebunden-	47
55.	Magnetresonanztomographie -fachgebunden-: Weiterbildungszeit	48
56.	Magnetresonanztomographie -fachgebunden-: Weiterbildungszeit	48
57.	Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin: Weiterbildungszeit	49
Neue Bezeichnungen		49
58.	Einführung einer Zusatz-Weiterbildung Nuklearmedizinische Diagnostik in der Radiologie	49
59.	Einführung einer Zusatz-Weiterbildung Röntgendiagnostik in der Nuklearmedizin.....	50
60.	Sexualmedizin	50
61.	Einführung einer Facharztbezeichnung Notfallmedizin	50
62.	Einführung "Facharzt Innere Medizin und Geriatrie"	51
Allgemeines.....		51
63.	Überarbeitung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2010	51
64.	Modulare Struktur der Weiterbildung	52
65.	Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Jahre 2013	52
66.	Weiterbildung in ambulanter Praxis.....	53
67.	Keine Verwendung sozialrechtlicher Begriffe.....	53
68.	Weiterbildung auch für in eigener Niederlassung befindliche Ärztinnen und Ärzte ermöglichen	53
69.	Stärkung der Strukturqualität in der MWBO durch Präzisierung der Begriffe „Gebiet“ und „Fachkompetenz“	54
70.	Stärkung der Strukturqualität in der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch Präzisierung der Begriffe "Gebiet" und "Fachkompetenz".....	54
71.	Berücksichtigung von flexiblen Arbeitszeitmodellen.....	55
Evaluation der Weiterbildung		55
72.	Projekt „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“	55
73.	Ergebnisse und Weiterentwicklung	55
74.	Optimierung der ärztlichen Weiterbildung	56
75.	Schaffung einer Internetplattform zur Dokumentation der Weiterbildung.....	56
76.	Meldepflicht der Weiterzubildenden	57
77.	Bessere Nutzung des Datenpools.....	57
78.	Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Weiterbildung	57
79.	Rechtsgrundlagen zur Veröffentlichung von Daten prüfen.....	58
Zu Punkt IV der Tagesordnung:		59
Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft.....		59
1.	Patientenrechte – Anspruch an Staat und Gesellschaft.....	59
2.	Verbessertes Informationsangebot für Patienten	61
3.	Gleiche Regelungen im Haftungs- und Leistungsrecht	61
4.	Zentrales Patientenverfügungsregister	62
5.	Gefährdung der Patientengeheimnisse durch Krankenversicherungen	62
6.	Sorge um den Fortbestand der Rechtsmedizin	62
7.	Patientenrechte in Europa.....	63
8.	Telekommunikationsüberwachung von Ärzten.....	63

Zu Punkt V der Tagesordnung:	64
Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	64
Fachärztliche Versorgung	64
1. Sprachregelung in der (Muster-)Weiterbildungsordnung	64
2. Fachärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant und stationär	64
Telematik/elektronische Gesundheitskarte (eGK).....	68
1. Stopp des Projektes Elektronische Gesundheitskarte	68
2. Elektronische Gesundheitskarte.....	69
3. Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher Sicht.....	70
4. Anforderungskatalog an ePatientenakten aus ärztlicher Sicht.....	70
5. Telematikinfrastruktur und ärztlicher Behandlungsprozess.....	71
6. Praxissoftware-Hersteller zu kompatibler Schnittstelle verpflichten	71
7. Gemeinsames Vorgehen der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz des eArztausweises.....	72
8. Einsatz des elektronischen Heilberufsausweises zur Kommunikation und Entbürokratisierung	72
Telemedizin.....	73
1. Voraussetzungen für gute Telemedizin	73
2. Telemedizin und GKV-Leistungskatalog	76
3. Vergütungsregelung Telemedizin.....	77
4. Positionierung der Ärzteschaft zur Entwicklung der Telemedizin.....	77
Solidarität im Ärztestreik	78
1. Solidarität mit streikenden Ärztinnen und Ärzten	78
Studium.....	78
1. Allgemeinmedizin im Studium stärken	78
2. Verlagerung des schriftlichen Teils des Zweiten Staatsexamens in der Medizin vor das Praktische Jahr	79
3. Liberalisierung im Praktischen Jahr	79
4. Änderung der Approbationsordnung für Ärzte.....	80
5. Praxis- und patientennähere Ausbildung im Praktischen Jahr in Krankenhäusern der Regelversorgung fördern	80
6. Kein weiteres Pflichtfach im Praktischen Jahr.....	80
7. Keine „Landarztquote“ bei der Zulassung zum Medizinstudium	80
8. Zulassungskriterien zum Medizinstudium	81
9. Dem Ärztemangel begegnen - Erhöhung der Anzahl der Studienplätze.....	81
10. Beteiligung von Vertretern der Ärztekammern bei den Auswahlgesprächen für Medizinstudierende.....	81
11. Beteiligung der Ärztekammern bei der Auswahl von Medizinstudentinnen und -studenten	82
12. Bundesweite Mobilität im Praktischen Jahr.....	82
13. Bachelor-Studiengang löst nicht das Problem des Ärztemangels.....	82
14. Bachelor-/Masterstruktur in der medizinischen Ausbildung wird abgelehnt	83
15. Änderung der Kriterien für die Studienplatzvergabe	83
16. Freizügigkeit im Praktischen Jahr	83
17. Praktisches Jahr in der Arbeitsmedizin	84
18. Änderung der Approbationsordnung – Abschaffung des "Hammerexamens"	84
Ausbildung	84
1. Anerkennung "Rettungsassistent" für Krankenpflegepraktikum im Medizinstudium	84

Telemedizin

1. Voraussetzungen für gute Telemedizin

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 03) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Stagge (Drucksache V - 03a) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 113. Deutsche Ärztetag begrüßt und befürwortet die vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegten „Voraussetzungen für gute Telemedizin“.

I. Ausgangslage: Telemedizin in Deutschland

Die Weiterentwicklung einer interdisziplinären und interkollegialen Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitswesen erfordert den Einsatz moderner Kommunikationsmedien und eine zunehmende elektronische Vernetzung von Einrichtungen. Darüber hinaus etablieren sich auch in der unmittelbaren Patientenbehandlung zunehmend medizinische Versorgungsmodelle, die sich telematische Verfahren zu Nutze machen.

II. Leitsätze

Telemedizin: Mehrwert in der Patientenversorgung

Mittlerweile existieren in nahezu allen Fachbereichen der Medizin telemedizinische Versorgungsmodelle. Im Rahmen von Pilotprojekten werden Patienten in vielen Regionen Deutschlands bereits heute telemedizinisch versorgt – vereinzelt haben diese Modelle bereits den Schritt in die Regelversorgung geschafft. So findet beispielsweise bei chronischen Erkrankungen das Telemonitoring zunehmend Anwendung. Insbesondere im Bereich der Kardiologie werden hier Parameter von herzinsuffizienten Patienten im häuslichen Umfeld überwacht, um bei drohenden Dekompensationen rechtzeitig gegenzusteuern. Auch in anderen Bereichen der Inneren Medizin wie beispielsweise der Diabetologie oder der Hypertensiologie stellt das Telemonitoring häufig einen zentralen Bestandteil umfassender Programme in der Betreuung chronischer Erkrankungen dar und hilft, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Untersuchungen zeigen, dass Patienten diese Form der engmaschigen Begleitung sehr begrüßen.

Die interkollegiale Kommunikation wird zunehmend durch Telekonsultationen verändert. Meist im Bereich der Akutversorgung von Patienten angesiedelt, werden durch diese Systeme räumliche Barrieren überwunden und der fachliche Austausch zwischen Kollegen gefördert. Als Beispiele lassen sich hier eine ganze Reihe von regionalen und teilweise auch überregionalen Netzwerken in den Bereichen Telepathologie, Teleradiologie und Teleneurologie nennen.

Telemedizin unterstützt ärztliches Handeln – ersetzt es nicht!

Parallel zu dieser Entwicklung ist festzustellen, dass Telemedizin insbesondere von Seiten der Politik als scheinbar vielversprechende Lösungsoption gegen den sich verschärfenden Ärztemangel entdeckt wird. Dies entspricht einer falschen Sichtweise. In der Telemedizin wird der Kontakt von Arzt-zu-Arzt oder Patient-zu-Arzt intensiviert. Dies ist stets additiv zum konventionellen Patienten-Arzt-Kontakt zu sehen und bietet somit keine Grundlage für arztersetzende, also substitutive Prozesse. Der 113. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass Telemedizin kein Instrument ist, ärztliche Kompetenz zu ersetzen.

Telematikinfrastruktur: Überwindung von Insellösungen

Telemedizinische Projekte entstehen derzeit häufig auf Initiative einzelner Ärzte, die mit einem Versorgungsdefizit konfrontiert sind. Dabei erweisen sich die Anlaufprobleme für die jeweiligen telemedizinischen Projekte als gewaltig. Neben technischen Fragen (sichere Kommunikationswege über Vernetzung, geeignete technische Komponenten) müssen in Abstimmung mit Landesdatenschützern eigens entsprechende Datenschutzkonzepte erarbeitet werden. Im Ergebnis ist allen Projekten gemein, dass sie Insellösungen darstellen. Im deutschen Gesundheitswesen ist eine Telemedizinlandschaft entstanden, die ein sehr heterogenes Bild unterschiedlichster medizinischer Versorgungsszenarien mit variierenden technischen Konzepten und Komponenten sowie unterschiedlichen Kommunikations- und Datenschutzkonzepten zeigt. Zukünftige Telemedizinprojekte werden den gleichen mühsamen Weg gehen müssen, wenn nicht eine bundeseinheitliche, diskriminierungsfreie Telematikinfrastruktur als technische und datenschutzrechtliche Grundlage etabliert wird. Diese Infrastruktur soll den Anwendern von telemedizinischen Verfahren auch eine Unabhängigkeit gegenüber IT-Unternehmen gewährleisten, deren Geschäftsmodell in einer Inkompatibilität ihrer jeweiligen Lösungen gegenüber konkurrierenden Angeboten liegt.

Telemedizin: Zukunftsaufgabe für die Ärzteschaft

Telemedizin wird zunehmend seitens der Medizinprodukte- und IT-Industrie als neuer lukrativer Absatzmarkt in der Gesundheitswirtschaft eingeordnet. Hierin besteht die Gefahr, dass die qualitative Verbesserung der Patientenversorgung gegenüber anderen Zielsetzungen in den Hintergrund tritt. Die Entwicklung telemedizinischer Verfahren muss von Ärzten entsprechend medizinischen Notwendigkeiten initiiert werden. Der bisher nicht selten beobachtete Weg, dass für technische Entwicklungen der Industrie medizinische Anwendungsmöglichkeiten gesucht werden, hat sich als untauglich erwiesen. Telemedizin dient der Patientenversorgung und nicht der Erschließung neuer Absatzmärkte für die Industrie.

Telemedizinische Versorgungsmodelle greifen tief in juristische, organisatorische und finanzielle Zusammenhänge der Behandlungsprozesse ein und beeinflussen das Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Somit ist der Einzug telemedizinischer Verfahren in die Patientenversorgung mit einer ganzen Reihe von Herausforderungen für die Ärzteschaft verbunden.

Die Ärzteschaft muss die sehr dynamische Entwicklung im Bereich der Telemedizin, die ureigene ärztliche Prinzipien berührt, aktiv gestalten und darf diese Entwicklung nicht externen Kräften überlassen. Hierzu ist eine eindeutige Positionierung der Ärzteschaft hinsichtlich der Voraussetzungen für eine patientengerechte Anwendung telemedizinischer Methoden notwendig. Diese berücksichtigt das Statement des Weltärztebunds (WMA) „Guiding Principles for the Use of Telehealth for the Provision of Health Care“ (Oktober 2009).

VORAUSSETZUNGEN FÜR GUTE TELEMEDIZIN

Telemedizin umfasst diagnostische und therapeutische Methoden unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen unter Überbrückung einer räumlichen oder zeitlichen Distanz zwischen Arzt und Patient oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärzten mittels Telekommunikation.

Der folgende Katalog stellt die Voraussetzungen zusammen, die telemedizinische Projekte einerseits selbst erfüllen müssen (Teil A) und die andererseits als Rah-

menbedingungen (Teil B) notwendig sind, um medizinisch sinnvolle, innovative Strukturen dauerhaft in der Patientenversorgung verankern zu können.

A) INNERÄRZTLICHE VORAUSSETZUNGEN

1. Versorgungsszenarien für Telemedizinprojekte werden von Ärzten identifiziert
 - Zielsetzung sowie inhaltliche und technische Ausgestaltung der Projekte müssen sich an medizinischer Notwendigkeit und nicht an technischer Machbarkeit orientieren. Telemedizinische Lösungen von kommerziellen Anbietern sind stets dahingehend zu prüfen, inwieweit diesem Grundsatz gefolgt wird.
2. Telemedizin und konventionelle Medizin bedürfen der Akzeptanz der beteiligten Ärzte und dürfen nicht als Gegensätze angesehen werden
 - Telemedizinische Anwendungen unterstützen ärztliches Handeln und sollten als ergänzende Bestandteile konventioneller Versorgungsszenarien angesehen werden, die wesentlich zur Steigerung der Versorgungsqualität beitragen können.
3. Telemedizin ist kein Instrument, um Qualitätsstandards konventioneller medizinischer Behandlung zu unterlaufen
 - Telemedizinische Verfahren sollen nur dann zur Anwendung kommen, wenn konventionelle Methoden unter Berücksichtigung der spezifischen Anforderung des Verfahrens, des Orts und der Zeit der Inanspruchnahme nicht verfügbar sind oder nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verfügbar gemacht werden können.
4. Der qualitative Anspruch an ärztliches Handeln im Rahmen von Telemedizin folgt den gleichen Prinzipien wie bei der konventionellen Patientenversorgung
 - Patienten haben auch im telemedizinischen Setting den Anspruch auf eine Versorgung nach Facharztstandard. Die Verwendung telemedizinischer Technik in der Patientenversorgung kann Grundprinzipien der ärztlichen Arbeit wie beispielsweise die gründliche Erhebung einer Anamnese nicht ersetzen. Zur Sicherstellung des qualitativen Anspruchs sollen qualitätssichernde Systeme innerhalb der telemedizinischen Anwendung verankert werden.
5. Die Anwendung telemedizinischer Verfahren setzt beim Arzt folgende Fähigkeiten voraus:
 - fachliche Kompetenz für das gesamte Spektrum möglicher medizinischer Anforderungen des jeweiligen telemedizinischen Verfahrens
 - Beherrschen der speziellen Anforderungen an die Kommunikation bei telemedizinischen Verfahren
 - Kenntnis des Leistungsspektrums sowie der technischen und inhaltlichen Grenzen des jeweiligen telemedizinischen Verfahrens
 - Beherrschen der technischen Komponenten
 - Kenntnis der Abläufe sowie der Kommunikations- und Dokumentationsprotokolle des telemedizinischen Verfahrens
 - Kenntnis des Konsiliarius über die Fähigkeiten, Ausstattung und Arbeitsbedingungen des Anforderers im Rahmen eines Telekonsultationsverfahrens
6. Förderung der wissenschaftlichen Evaluation von Telemedizinprojekten

- Telemedizinische Projekte müssen sich wissenschaftlichen Evaluationen hinsichtlich Sicherheit und Wirksamkeit der Anwendungen stellen. Die Forschungsansätze müssen den vielfältigen Versorgungsszenarien in der Telemedizin gerecht werden und bestmöglich den Ansprüchen evidenzbasierter Medizin genügen.
7. Ärztliches Handeln bei telemedizinischen Verfahren berücksichtigt Kommunikations- und Dokumentationsstandards
- Patienten werden nur mit deren Zustimmung telemedizinisch behandelt. Liegen Alternativen zum telemedizinischen Verfahren vor, müssen die Patienten hierauf aufmerksam gemacht werden. Der Datenschutz wird bei der Datenübermittlung, Bewertung und Dokumentation eingehalten. Neben der Dokumentation der medizinischen Informationen sollen technische Besonderheiten aufgezeichnet werden.

B) EXTERNE RAHMENBEDINGUNGEN

1. Entwicklung von Finanzierungskonzepten für telemedizinisch erbrachte Leistungen
 - Die Finanzierung muss den unterschiedlichen Telemedizinikzepten gerecht werden und Spezifika verschiedener Behandlungssektoren abbilden.
2. Berücksichtigung spezieller Anforderungen der Telemedizin in der ärztlichen Qualifikation und Fortbildung
 - Neben fachspezifischen Inhalten sollen insbesondere die möglichen Einflüsse der Telemedizin auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen Ärzten sowie die damit einhergehenden rechtlichen Aspekte vermittelt werden. Ziel ist die Befähigung der Ärzte, telemedizinische Instrumente sicher und nutzenbringend anzuwenden.
3. Akzeptanz und Unterstützung sinnvoller telemedizinischer Anwendungen durch die jeweiligen Fachgesellschaften
 - Telemedizinische Anwendungen sollen von den Fachgesellschaften als Teil der medizinischen Innovation akzeptiert und bei der Evaluation und Überführung in die Regelversorgung unterstützt werden.
4. Klare rechtliche Rahmenbedingungen
 - Haftungsrechtlich, berufsrechtlich und datenschutzrechtlich müssen die speziellen Aspekte telemedizinischer Verfahren geklärt und transparent sein. Bei der Klärung und gegebenenfalls anstehenden Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen soll stets die Verbesserung des medizinischen Behandlungsprozesses zum Wohle des Patienten im Vordergrund stehen.
5. Einheitliche Datenformate erleichtern Telemedizin
 - Telemedizinische Zusammenarbeit wird erleichtert durch die Verwendung einheitlicher Datenformate.

2. Telemedizin und GKV-Leistungskatalog

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Eßminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Ungemach (Drucksache V - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird aufgefordert, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Überprüfung zu beauftragen, für welche telemedizinischen Anwendungen ein Nutzen für die Patienten als nachgewiesen gelten kann. Die so positiv bewerteten Verfahren sollen in den Regelleistungskatalog der GKV aufgenommen werden.

3. Vergütungsregelung Telemedizin

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Fitzner und Herrn Dr. Lutz (Drucksache V - 39) fasst der 113. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Stellen auf, telemedizinische Anwendungen als konkrete Leistungen und differenziert nach dem entsprechenden Apparatenaufwand im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) abzubilden.

Sinnhaftigkeit und Nutzen der Telemedizin sind inzwischen erprobt und erwiesen. Einen Anreiz für den Arzt, diese in der Praxis auch anzuwenden, gibt es bislang dagegen nicht. Bei entsprechender Berücksichtigung in der Gebührenordnung der Ärzte und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab könnten nicht nur notwendige Anreize zur praktischen Anwendung geschaffen, sondern auch Behandlungsprozesse effizienter gestaltet werden.

4. Positionierung der Ärzteschaft zur Entwicklung der Telemedizin

Auf Antrag von Frau Dr. Groß M.A., Herrn Dr. Eßer, Herrn Prof. Dr. Griebenow und Herrn Dr. Pollok (Drucksache V - 78) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag:

Die Delegierten des 113. Deutschen Ärztetages fordern die Bundesärztekammer auf, eine Zusammenstellung von Entscheidungskriterien für telemedizinische Methoden zu erarbeiten. Die Interessen von Patienten und Ärzteschaft müssen bei Einführung und dauerhafter Etablierung gewahrt bleiben.

Die Ärzteschaft muss die sehr dynamische Entwicklung in diesem Bereich ärztlicher Berufsausübung, in dem ureigene ärztliche Prinzipien berührt werden, aktiv gestalten und darf diese Entwicklung nicht externen Kräften überlassen, die rein ökonomischen Interessen folgen.

Im Rahmen von Pilotprojekten werden Patienten bereits heute telemedizinisch versorgt – vereinzelt haben diese Modelle bereits den Schritt in die Regelversorgung geschafft. In den Bereichen Telepathologie und Teleradiologie existiert bereits eine ganze Reihe von regionalen und teilweise auch überregionalen Netzwerken. Telemonitoring chronisch kranker Patienten findet insbesondere in den Bereichen Telekardiologie und Telediabetologie statt. Die Akutversorgung von Schlaganfallpatienten hat den Bereich der Teleneurologie geprägt. Auch die Notfallmediziner haben telemedizinische Projekte entwickelt. Derzeit entstehen solche Projekte überwiegend auf Initiative einzelner Ärzte. Gemeinsam ist allen Projekten, dass es sich jeweils um Insellösungen handelt. So entsteht derzeit in der Telemedizinlandschaft ein sehr heterogenes Bild unterschiedlicher technischer Konzepte und Komponenten mit unterschiedlichen Kommunikations- und Datenschutzkonzepten.

Entscheidungskriterien sind zum Beispiel:

- medizinische Notwendigkeit für das telemedizinische Projekt

- negativer Einfluss durch kommerzielle Anbieter in Bezug auf das medizinisch Sinnvolle
- Verschlechterung des Verhältnisses zwischen Patient und Arzt durch das telemedizinische Projekt
- Methoden für bestimmte Patientengruppen ungeeignet
- Notwendigkeit spezifischer Fortbildung für Ärzte und Praxispersonal
- negative Beeinflussung der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten durch die neuartigen Konsultationsmethoden
- Ausgrenzung bestimmter Ärztegruppen durch die Finanzierung
- haftungsrechtliche, berufsrechtliche und datenschutzrechtliche Vorgaben

Solidarität im Ärztestreik

1. Solidarität mit streikenden Ärztinnen und Ärzten

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Ungemach, Herrn Dr. Gehle und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache V - 52) beschließt der 113. Deutsche Ärztetag ohne Gegenstimmen:

Der 113. Deutsche Ärztetag erklärt sich solidarisch mit den streikenden Ärztinnen und Ärzten an kommunalen Krankenhäusern und fordert alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland auf, den Kampf ihrer Kolleginnen und Kollegen um bessere Arbeitsbedingungen und Arbeitsentgelte zu unterstützen.

Um den Patientinnen und Patienten unnötige Wartezeiten zu ersparen, werden alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gebeten, während der Zeit des Arbeitskampfes keine elektiven Einweisungen in kommunale Krankenhäuser zu veranlassen.

Für die Steigerung der Attraktivität der kurativen ärztlichen Tätigkeit in Krankenhäusern ist insbesondere eine bessere Bezahlung der Arbeit zu ungünstigen Zeiten unverzichtbar.

Studium

1. Allgemeinmedizin im Studium stärken

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache V - 08) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Prof. Dr. Niebling (Drucksache V - 08a) Herrn Zimmer, Herrn Dr. Funken, Herrn Dr. Marx, Herrn Dr. Massing und Herrn Biedendieck (Drucksache V - 08b) fasst der 113. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Die Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses beginnt während des Medizinstudiums. Gerade aufgrund der hohen Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten, die in den kommenden Jahren altersbedingt ausscheiden werden, muss bereits während des Medizinstudiums bei Studierenden das Interesse an einer hausärztlichen Berufstätigkeit geweckt bzw. vielmehr das häufig zu Beginn des Studiums bestehende Interesse weiter gefördert und verstärkt werden.