

**BESCHLUSSPROTOKOLL**  
**DES**  
**111. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES**  
**VOM 20. – 23. MAI 2008**  
**IN ULM**

Krankenhaus .....	80
1. Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausplanung und -finanzierung ab dem Jahr 2009 .....	80
2. Hinweis auf Zunahme des Ärztemangels in deutschen Krankenhäusern .....	83
3. Personalabbau in Krankenhäusern .....	83
4. Mobbing von ärztlichen Standesvertretern .....	83
5. Persönliche pflegerische Weiterbetreuung von Schwerbehinderten im Krankenhaus.....	83
6. Weiterbildungssituation im Krankenhaus.....	84
Schnittstelle ambulant - stationär .....	85
1. Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116 b SGB V .....	85
Private Krankenversicherung .....	86
1. Änderungsantrag zu VI-6.....	86
2. Koexistenz von PKV und GKV zum Wohle der gesamten Bevölkerung - Erhalt des bewährten 2-Säulen-Systems .....	87
3. Einführung eines brancheneinheitlichen Basistarifs in die private Krankenversicherung.....	87
4. Liquidation unter ärztlichen Kolleginnen und Kollegen .....	88
5. Öffnungsklausel ablehnen .....	88
6. Anerkennung von Suchterkrankungen .....	89
Prävention .....	90
1. Anerkennung der Prävention als wissenschaftliche ärztliche Aufgabe.....	90
2. Präventionsgesetz .....	91
3. Stärkung der betriebsärztlichen Versorgung .....	92
Vergütung.....	92
1. Öffnungsklausel § 2a GOZ/GOÄ .....	92
2. Sicherung der psychosomatischen Gespräche in der hausärztlichen und fachgebundenen psychotherapeutischen Praxis .....	93
3. W-Besoldung - Reform der Besoldungsstufen für Universitätsprofessoren und -professorinnen .....	94
4. Beamtenbesoldung.....	94
Qualitätssicherung .....	94
1. Sektorübergreifende Qualitätssicherung .....	94
2. Öffentliche Veranstaltung zu "Qualität" und "Patientensicherheit" durch Landesärztekammern .....	95
3. Weiterentwicklung von Leitlinien.....	96
Menschenrechte/Asylbewerber .....	96
1. Abschiebung ist kein flugmedizinisches Problem - Sicherung ethisch-medizinischer Standards.....	96
2. Flugreisetauglichkeit .....	97
3. Ärztlich-ethische Belange im Kontakt mit Flüchtlingen/Asylbewerbern .....	98
4. Ärztliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus.....	100
5. Frühzeitige Identifizierung von traumatisierten und von besonders schutzbedürftigen Asylbewerbern/Flüchtlingen .....	101
Weiterbildung .....	102
1. Qualität der Weiterbildung .....	102
Verschiedenes .....	102
1. Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit .....	102

### **3. Weiterentwicklung von Leitlinien**

Auf Antrag von Herrn Dr. med. Windhorst, Frau Dr. med. Bunte, Frau Dr. med. Beiteke, Herrn Prof. Dr. med. Paravicini, Herrn Dr. med. Czeschinski und Herrn Dr. med. Kobes (Drucksache VI - 86) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Validierung von Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und deren Weiterentwicklung soll nachhaltig industrieunabhängig gefördert werden. Um die Implementierung der Leitlinien versorgungsbezogen entscheidend zu intensivieren, bittet der Deutsche Ärztetag die Landesärztekammern, den Betrag von einem Promille des Beitragsaufkommens der Ärztinnen und Ärzte zunächst befristet für fünf Jahre zweckgebunden zur Verfügung zu stellen. Dieser Beschluss kommt nur zur Umsetzung, sofern die Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland verbindlich beschließt, alle Einnahmen, die durch diesen Beschluss erzielt werden, durch eine entsprechende Mittelzuweisung aus Steuermitteln zu verdoppeln. Die Koordination und operative Betreuung sollte das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) übernehmen. Dem Deutschen Ärztetag wird jährlich über die Arbeitsergebnisse berichtet.

Begründung:

Die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien wird von der deutschen Ärzteschaft als ein unverzichtbarer Bestandteil angesehen. Eine adäquate Finanzierung dieser Arbeit erfolgt bislang nicht. Insofern sind es oft die Initiativen einzelner Fachexperten, die letztlich für das Entstehen oder die Überarbeitung einer Leitlinie verantwortlich sind. Eine systematische Bewertung von Leitlinien und eine umfassende Implementierung in die Versorgung hingegen finden schon aufgrund einer fehlenden Finanzgrundlage nicht in ausreichendem Maß statt. Da es sich hierbei auch um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, muss die Bundesregierung sich finanziell im gleichen Umfang wie die Ärzteschaft beteiligen.

## **Menschenrechte/Asylbewerber**

### **1. Abschiebung ist kein flugmedizinisches Problem - Sicherung ethisch-medizinischer Standards**

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 09) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Innenministerkonferenz diskutiert z. Z. die Bildung eines Pools von „Ärzten für Flugmedizin“ um die Flugtauglichkeit abzuschiebender Personen feststellen zu lassen. Sie verspricht sich davon eine „Verbesserung“ des Abschiebeverfahrens.

Der 111. Deutsche Ärztetag stellt fest:

- Nicht die allein flugmedizinische Begutachtung oder Betreuung des Einzelnen ist das Entscheidende, sondern die qualifizierte Betreuung von Menschen, die sich mit der Abschiebung in einer schweren Ausnahmesituation befinden.
- Wenn zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse (z. B. eine bestimmte Krankheit kann im Rückführungsland nicht behandelt werden) oder inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse (z. B. das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung führt zu Suizidgefahr) vorliegen, müssen

diese in die Beurteilung einfließen. Die Frage, ob der Abzuschiebende im engsten Sinne flugtauglich ist, greift zu kurz.

Für diese Situation wurde 2004 ein Informations- und Kriterienkatalog von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Ländervertretern und Vertretern der Bundesärztekammer zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen erstellt. Diesem Katalog ist zu folgen.

Seitens der Bundesärztekammer wurde das Curriculum „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“ entwickelt. Mehrere Landesärztekammern haben entsprechende Fortbildungen angeboten und Ärztinnen und Ärzte geschult. Die Ausländerbehörden sind aufgerufen, sich an dementsprechend qualifizierte Ärzte bzw. an Ärzte und Psychotherapeuten zu wenden, die diese Menschen behandelt haben.

## **2. Flugreisetauglichkeit**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Herrn Prof. Dr. med. Kahlke und Herrn Dr. med. Pickerodt (Drucksache VI - 79) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Für die Beurteilung von Flugreisetauglichkeit dürfen ausschließlich speziell qualifizierte Ärzte beauftragt werden. Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Innenminister der Länder auf, den mit der Bundesärztekammer erarbeiteten und im Dezember 2004 verabschiedeten Informations- und Kriterienkatalog einzuführen und der Ärzteschaft zur Kenntnis zu geben. Der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm fordert die zuständigen Landesärztekammern auf, berufsrechtlich gegen Ärzte vorzugehen, die die einschlägigen Resolutionen der Ärzteschaft und die ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns verletzen.

Hintergrundinformation:

Abgelehnte Asylbewerber werden in der Regel gegen ihren Willen per Flug abgeschoben. Wenn sie dann ein ärztliches Attest vorlegen, in dem ihre Flugreisetauglichkeit bestritten wird, fordern die Behörden ein weiteres Gutachten an. Nach Auffassung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Rückführung („AG Rück“) verhindert dieses Verfahren zu oft eine schnelle Abschiebung und es ist zu teuer. 2007 seien 663 Menschen abgeschoben worden, die Hälfte aller Verfahren sei gescheitert, pro Abschiebung entstünden Kosten in Höhe von 1.400 Euro. Um diese Kosten zu senken und die Abschiebungen zu erleichtern, hat jetzt die „AG Rück“ gefordert, Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin mit der Begutachtung zu betrauen. Deren Namen sollen geheim bleiben.

Flugmediziner sind Mediziner mit einer Zusatzausbildung aus unterschiedlichen Fachgebieten. Sie haben fliegendes Personal auf Fliegertauglichkeit hin zu untersuchen. Das ist aber etwas grundsätzlich anderes als die Feststellung der Flugreisetauglichkeit von „Abschüblingen“.

Auftrag für eine medizinische Einschätzung bei „Abschüblingen“ ist eine psychische Traumatisierung, ein Posttraumatisches Belastungssyndrom, ggf. auch Suizidalität als Folge von Folter, Flucht oder Vertreibung. Nach ärztlich-ethischem Verständnis ist vor einer Abschiebung neben der Flugreisefähigkeit und der Berücksichtigung aller relevanten Krankheitsbilder vor allem die konkrete Gefahr einer Reaktualisierung/Retraumatisierung im Sinne einer erheblichen Gesundheitsverschlechterung zu berücksichtigen. Dies zu beurteilen erfordert erfahrene ärztliche, ggf. psychologisch-psychotherapeutische Sachverständige.

Flugmediziner sind dazu ungeeignet. Die Bundesärztekammer (BÄK) verabschiedete im Januar 2005 ein Fortbildungscurriculum zur „Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen“. Ein von einer AG der BÄK mit Vertretern der Innenministerkonferenz erarbeiteter Informations- und Kriterienkatalog wurde im Dezember 2004 durch das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen als Erlass heraus gegeben. Die nachfolgende Innenministerkonferenz beschloss jedoch, diesen überarbeiteten Informations- und Kriterienkatalog in allen Bundesländern nicht umzusetzen. Er war offensichtlich politisch unerwünscht.

Die verschärfte Einbindung von Ärzten in ordnungs- und polizeirechtliche Maßnahmen halten wir für eine gefährliche Entwicklung. Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin, die das Vertrauen der Behörden genießen, nicht aber das der Patienten, sollen ihre Qualifikation missbräuchlich verwenden. Den Verantwortlichen ist die ethische Problematik offenbar bewusst, denn die Öffentlichkeit soll ausgeschlossen werden, die Namen der Ärzte sollen geheim bleiben.

Ärzte haben im Vergleich zu anderen Berufen besonders große Nähe zu den ihnen anvertrauten Menschen und genießen hohes Vertrauen. Die Patientinnen und Patienten vertrauen ihnen in der Erwartung umfassender Verschwiegenheit Intimstes an. Diese Konstellation bedeutet Macht und damit auch das Risiko des Machtmissbrauchs. Nicht nur durch Ärztinnen und Ärzte selbst sind Patienten gefährdet. Die Bedrohung kommt auch von staatlichen und anderen Institutionen, die zur Erreichung ihrer Ziele Ärztinnen und Ärzte zum Missbrauch ihrer Macht verleiten.

Die Erkenntnis über diese Zusammenhänge hat schon vor mehr als 2000 Jahren Eingang in den so genannten Hippokratischen Eid gefunden mit der Kernaussage: Nihil nocere – niemals Schaden zufügen. Seit jeher wurde dieses Prinzip nicht nur als Mahnung oder Richtschnur für ärztliches Handeln, sondern als bindende Verpflichtung im Sinne eines Eides verstanden.

Die oben genannten Beispiele aus Deutschland sind ein Indiz dafür, wie gefährlich eine unkritische ärztliche Haltung für die Patienten sein kann. Auch wenn diese Beispiele in Ausmaß und Qualität bei weitem die Menschenrechtsverletzungen bei Folter und Todesstrafe nicht erreichen, so handelt es sich doch um Verletzungen der Berufsordnungen und der Deklarationen des Weltärztebundes.

### **3. *Ärztlich-ethische Belange im Kontakt mit Flüchtlingen/Asylbewerbern***

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich (Drucksache VI - 78) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Landesärztekammern und Kolleginnen und Kollegen auf, dafür Sorge zu tragen, dass die ärztlich-ethischen Belange und die Deklaration von Genf im Kontakt mit Flüchtlingen gewahrt werden.

Hintergrundinformation:

Zunehmend sind die Menschenrechte von Flüchtlingen/Asylbewerbern als Patientinnen und Patienten in Gefahr, wenn Ärzte vermehrt in ordnungs- und polizeirechtliche Maßnahmen eingebunden werden.

- Es ist bekannt, dass Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Flugmedizin ihre Dienste zur Verfügung stellen, um im Auftrag von Ausländerbehörden bei Flüchtlingen,

die ausgewiesen werden sollen, Reisefähigkeit zu bescheinigen und diese ggf. auch auf dem Flug in die Herkunftsländer zu begleiten. Es handelt sich dabei um kranke und in Behandlung stehende Patientinnen und Patienten, bei denen eine Traumatisierung im Raum steht und die durch Krankenhausberichte und ärztlich/psychologisch/psychotherapeutische Stellungnahmen belegt sind.

- Auch bei Flüchtlingen/Asylbewerbern, denen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) nur eingeschränkte Leistungen zustehen, versagen Ärzte im Auftrag von Sozialämtern Patienten manchmal dringend erforderliche Behandlungen und Operationen, so dass die Krankheiten zu Chronifizierung und Sekundärkrankheiten, zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität und zu Schmerzzuständen führen (z. B. defekte und nicht mehr passende Unterschenkelprothese).
- Bei der Altersfestlegung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF) lassen sich Ärzte einbinden in Altersfeststellungen, die durch die Behörden erfragt werden. Dabei sind die Festlegungen und damit die Asylverfahrensfähigkeit auf das Alter von 16 Jahren willkürlich, zumal bei dem so bestimmten Alter durch die Rechtsmediziner eine Abweichung von +/- 2 Jahren beschrieben wird. Die körperliche Untersuchung, Inaugenscheinnahme und Nacktfotos bei diesen Kindern und Jugendlichen durch ein Gremium von mehreren Ärzten, Zahnarzt und Fotografen kommt einer Körperverletzung und einer psychischen Schädigung gleich. Zusätzlich geht eine solche Altersfestlegung an der Schutzbedürftigkeit und an möglichen Traumafolgestörungen des Kindes/Jugendlichen vorbei. Die erforderliche psychiatrisch/psychotherapeutische Untersuchung wird so verhindert. Es kann sich um junge Menschen handeln, ggf. um ehemalige Kindersoldaten, die in ihrer Kindheit und auf der Flucht schwerste Gewalterfahrungen und Verluste erlitten haben und deren kindgerechte Entwicklung verhindert wurde.

#### Weltärztebund

#### DEKLARATION VON GENF

Verabschiedet von der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes,

Genf, Schweiz, September 1948

und revidiert von der

22. Generalversammlung des Weltärztebundes

Sydney, Australien, August 1968

und revidiert von der

35. Generalversammlung des Weltärztebundes

in Venedig, Italien, Oktober 1983

und revidiert von der

46. Generalversammlung des Weltärztebundes

Stockholm, Schweden, September 1994

#### GELÖBNIS

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.

Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.

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.

Dies alles verspreche ich feierlich, frei und auf meine Ehre.

#### **4. *Ärztliche Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus***

Auf Antrag von Frau Dr. med. Lutz, Herrn Dr. med. Albrecht, MBA und Herrn Janßen (Drucksache VI - 58) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 111. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung erneut auf,

1. die Übermittlungspflicht für öffentliche Stellen (öffentliche Krankenhäuser, Sozialämter) an die Ausländerbehörde im Falle der medizinischen Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus aufzuheben, um zu gewährleisten, dass diese ihr Recht auf medizinische Behandlung nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) auch faktisch wahrnehmen können. Alternativ könnten auch alle im Zusammenhang mit Gesundheitsversorgung erhobenen Daten dem Geheimnisschutz unterliegt.
2. Rechtssicherheit für Ärzte und medizinisches Personal herzustellen, das medizinische Hilfe nicht unter den Straftatbestand der Beihilfe zur illegalen Einreise oder zu illegalem Aufenthalt nach § 96 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) fallen.

Begründung:

Ad 1. Zusätzlich zu den wiederholt vorgebrachten Argumenten der Ärzteschaft sei auf den „verlängerten Geheimnisschutz“ verwiesen. Hierbei wird festgestellt, dass die ärztliche Schweigepflicht bei öffentlichen Krankenhäusern auch für die Verwaltungs-/Abrechnungsstellen sowie in der Folge für die Sozialämter als Kostenträger gilt. Die Pflicht zur Geheimhaltung bezieht sich dabei auch auf die Identität des Patienten und die Tatsache seiner Behandlung überhaupt.

Es ist auch darauf hinzuweisen, dass die Meldepflicht ihr ordnungsrechtliches Ziel, nämlich den unerlaubten Aufenthalt durch seine Aufdeckung beenden zu können, in den meisten Fällen verfehlt. Die Übermittlungspflicht könnte auf Institutionen beschränkt werden, die originär mit Aufgaben der Gefahrenabwehr betraut sind.

Ad 2. Eine gesetzliche Klarstellung wird vom Bundesinnenministerium bisher abgelehnt und die derzeitige Rechtslage - die Straffreiheit bei ärztlicher Behandlung betreffend - als ausreichend bezeichnet. Die wiederholt vorgetragene Argumentation der Politik, es sei bisher noch nie ein Arzt wegen Beihilfe zum illegalen Aufenthalt verurteilt worden, schützt allerdings weder vor der Strafandrohung im Gesetz noch vor Ermittlungsverfahren.

##### **5. Frühzeitige Identifizierung von traumatisierten und von besonders schutzbedürftigen Asylbewerbern/Flüchtlingen**

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich (Drucksache VI - 77) fasst der 111. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung und die verantwortlichen Behörden auf, sicherzustellen, dass traumatisierte Flüchtlinge und andere besonders schutzbedürftige Personen durch speziell fortgebildetes medizinisches/psychologisches Fachpersonal zu Beginn des Asylverfahrens als solche identifiziert werden und ihnen eine adäquate Unterbringung und medizinische und psychotherapeutische Behandlung ermöglicht wird.

Hintergrundinformation:

Das Asylverfahren ist nicht geeignet, besonders schutzbedürftige Personen wie z. B. traumatisierte Flüchtlinge, begleitete und unbegleitete Minderjährige, Kindersoldaten, Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, frühzeitig zu identifizieren. Neben den erheblichen Defiziten an Schutz für Bürgerkriegsflüchtlinge und Opfer innerstaatlicher Auseinandersetzungen ist auch deren psychosoziale, psychotherapeutische und rehabilitative Versorgung nicht ausreichend.

Die Schutzbedürftigkeit von Kindern auf der Flucht - u. a. unbegleitete minderjährige jugendliche Flüchtlinge - findet keine ausreichende Berücksichtigung. Eine Identifizierung und deren besondere Förderung und Rehabilitation sofort nach der Einreise sind nicht vorgesehen. Asylsuchende Jugendliche werden ab dem 16. Lebensjahr als asylverfahrensfähig und nicht als Minderjährige behandelt. Entsprechend dem Vorbehalt zur Kinderrechtskonvention (KRK) wird das Kindeswohl nur unzureichend beachtet.

Mit dieser Praxis der Deutschen Bundesregierung wird Geist und Wortlaut der EU-Richtlinie 2003/9EG,

(§ 17, 1)<sup>1</sup> unterlaufen. Nach dieser EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten vom 27. Januar 2003 ist die Bundesrepublik Deutschland jedoch verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu treffen, um u. a. besonders schutzbedürftige Personen festzustellen und ihre besondere Problemlage zu berücksichtigen.

---

<sup>1</sup> Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in Mitgliedsstaaten der EU, Abl. EU Nr. L 31, S.18