



118. Deutscher Ärztetag

Beschlussprotokoll

Frankfurt am Main, 12. bis 15. Mai 2015



Stand: 15.05.2015

Hinweis:

Die in einer Reihe von Anträgen enthaltenen Begründungen sind nicht Teil des Beschlussgutes des Deutschen Ärztetages, werden aber mitveröffentlicht.

Impressum

© Bundesärztekammer 2015

Herausgeber:

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern),
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Redaktion:

Karin Brösicke (Leitung)
Jana Köppen
Angelika Regel
Markus Rudolphi
Dr. Johannes Schenkel
Petra Schnicke-Sasse

Titelfoto:

© PIA Stadt Frankfurt am Main, Karola Neder

Titelgrafik:

André Meinardus, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikrokopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.



Inhaltsverzeichnis thematisch

TOP I	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	12
	<i>Freiheit und Verantwortung</i>	13
I - 01	Freiheit und Verantwortung	14
I - 02	Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit	17
I - 31	Begriff der Freiberuflichkeit zutreffend verwenden	19
I - 39	Gegen die Kommerzialisierung des Arztberufes	20
	<i>QS und Patientensicherheit</i>	21
I - 03	Qualitätssicherung praxisnah und patientenorientiert gestalten	22
I - 04	Förderung der Patientensicherheit	23
I - 29	Falsche Weichenstellung für die Versorgungsqualität	25
I - 41	Qualitätssicherung praxisnah gestalten und am Nutzen von Patientinnen und Patienten orientieren	26
	<i>Prävention/Präventionsgesetz</i>	27
I - 05	Stärkung der ärztlichen Prävention durch das Präventionsgesetz	28
I - 06	Schutzimpfungen konsequent fördern	30
I - 45	Vollständiger Impfschutz als Voraussetzung für den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche	32
I - 42	Prävention ohne Einbeziehung der Ärzteschaft ist ein Anachronismus	33
I - 17	Zehn-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Infektionen	34
I - 35	Bekämpfung nosokomialer Infektionen erfordert eine bessere Personalbesetzung	36
I - 48	Personalmangel führt zu Qualitätsmängeln - auch bei der Hygiene	37
I - 43	Strengere Regeln für den Einsatz von Humanantibiotika in der Veterinärmedizin	38
I - 27	Verhinderung der intrauterinen und perinatalen Programmierung - Ergänzung zum Präventionsgesetz	39
	<i>Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen</i>	40
I - 07	Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen	41
I - 10	Korruptionsstrafrecht rechtssicher formulieren	44
I - 20	Strafrechtliche Bestimmungen müssen klar und transparent sein	46
I - 23	Referentenentwurf zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen nachbessern	48
I - 40	Korruption im Gesundheitswesen	50
	<i>GKV-VSG</i>	52
I - 08	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: keine weiteren staatlichen Eingriffe in die ärztliche Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung	53
I - 09	Kein Terminmanagement durch arztfremde, kommerzielle Anbieter - Datenschutz und Schweigepflicht gewährleisten	55

I - 11	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	56
I - 15	Keine Aufkaufregelung für Vertragsarztpraxen	57
I - 33	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - Praxisnachbesetzung	59
I - 34	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - Bedarfsplanung	60
I - 12	Den Arztberuf als freien und unabhängigen Beruf erhalten - einschränkende Regelungen im Versorgungsstärkungsgesetz werden abgelehnt	61
I - 14	Ablehnung einer gesetzlichen Regelung zur Einführung von Terminservicestellen	62
I - 38	Hochschulambulanzen in bisherigem Umfang aufrechterhalten und ausreichend finanzieren	64
I - 47	Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für qualifizierten Krankentransport zu ambulanter Behandlung aus dem GKV-VSG streichen	65
I - 13	Keine Aushebelung demokratisch erzielter Wahlergebnisse in den K(B)V-Vertreterversammlungen	66
I - 32	Keine Kompetenzzentren außerhalb der Kammerbereiches	67
I - 44	Erhalt der Kompetenz der Landesärztekammern für die Ärztliche Weiterbildung	68
	<i>KHSG (Krankenhaus-Strukturgesetz)</i>	69
I - 16	Krankenhausreform gefährdet Arbeitsplätze	70
I - 18	Investitionsproblematik erfordert staatliches Handeln	71
I - 21	Öffentliche Anhörung zu DRGs und Überarbeitung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	73
I - 22	Krankenhausfinanzierung - Krankenhaus-Strukturgesetz	75
I - 25	Referentenentwurf verfehlt Ziele der geplanten Krankenhausreform	77
I - 26	Gestaltung von Daseinsvorsorge ist nicht Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses	78
I - 37	Duale Krankenhausfinanzierung	79
	<i>Hospiz- und Palliativgesetz</i>	80
I - 19	Allgemeine ambulante Palliativversorgung stärken	81
	<i>Tarifeinheitengesetz</i>	83
I - 24	Tarifeinheitengesetz stoppen - Koalitionsfreiheit bewahren!	84
I - 36	Abstimmung des Tarifeinheitengesetzes in geheimer Wahl	85
	<i>Schweigepflicht</i>	86
I - 28	Keine Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht!	87
I - 30	Schweigepflicht - Schweigegebot	88
TOP II	Medizin in Zeiten globaler Epidemien	89
II - 01	Epidemien in Zukunft effektiv verhindern	90
II - 02	Etablierung eines medizinischen Hilfswerks	92
II - 04	Ebola - mehr als eine Krankheit	93

II - 03	Hilfe beim Wiederaufbau der Gesundheitssysteme in Westafrika	94
II - 06	Humanitäre Hilfseinsätze/Entwicklungszusammenarbeit - gesetzliche Grundlage zur Sicherung	95
II - 05	Infektionsflugzeug Medevac A340 "Robert Koch" erhalten	96
II - 07	Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen	97
TOP III	Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag – Verstehen und Verständigen	98
III - 01	Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag - Verstehen und Verständigen	99
III - 05	Gute ärztliche Kommunikation erfordert geeignete Rahmenbedingungen	101
TOP IV	Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	102
	<i>Abschnitte A, B, C</i>	103
IV - 29	Weiterbildungsabschnitte	104
IV - 31	Erhalt Facharzt für Allgemeinchirurgie	105
IV - 05	Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen in nebenberuflicher Tätigkeit	106
IV - 06	Weiterbildungsordnungen müssen dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen	107
IV - 17	Antrag auf Aufnahme der Ernährungsmedizin in die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer	108
IV - 18	Weiterbildung Prävention und Gesundheitsförderung	110
IV - 21	Zusatzbezeichnung "Klinische Notfall- und Akutmedizin" in der (Muster-) Weiterbildungsordnung	111
	<i>Dokumentation der Weiterbildung (Logbuch)</i>	112
IV - 07	Bessere Supervision der Facharztweiterbildung ermöglichen	113
	<i>Novelle allgemein</i>	115
IV - 25	Abstimmung zwischen ärztlicher Aus- und Weiterbildung	116
IV - 24	Definition von Kompetenzen	117
IV - 30	Bedeutung von Richtzahlen in der Weiterbildung begrenzen	118
IV - 27	Definition von Lernzielen	119
IV - 26	Förderung der Entwicklung zur Arztpersönlichkeit	120
IV - 22	Medizindidaktik	121
IV - 28	Nutzung von Simulationsprogrammen	122
	<i>Verfahren Novellierung</i>	123
IV - 19	Offene Diskussion der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten	124
IV - 33	Aktualisierung neuer Weiterbildungsinhalte, die zwischen den beteiligten Fachgesellschaften konsentiert sind	125
	<i>Ambulante Weiterbildung</i>	126

IV - 03	Weiterbildung ist ärztliche Berufsausübung	127
IV - 01	Stärkung der ambulanten Weiterbildung	128
IV - 16	Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 2013/2014 müssen unverzüglich umgesetzt werden.	130
IV - 08	Überregulierung der ärztlichen Weiterbildung verhindern	132
IV - 23	Finanzierung der Weiterbildung	134
IV - 12	Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich	135
IV - 02a	Änderungsantrag zu IV - 02 - Finanzierung der ambulante Weiterbildung	136
IV - 02	Finanzierung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung	137
IV - 20	Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten in Anlehnung an die Weiterbildungsförderung von Allgemeinmedizinern	139
	<i>Andere Themen</i>	140
IV - 10a	Landesärztekammern sollen Anträge auf Facharztprüfung auch bei Wechsel der Zuständigkeit abschließen	141
IV - 10	Landesärztekammern sollen Anträge auf Facharztprüfung auch bei Wechsel der Zuständigkeit abschließen	142
IV - 15	Bei der (Muster-)Weiterbildungsordnung tageweise Weiterbildung in Verbundweiterbildung ermöglichen	143
IV - 04	Sanktionierungsmöglichkeiten bei schlechter Qualität der Weiterbildung ausschöpfen	144
TOP V	Teilnovellierung der §§ 10 Abs. 2, 15 Abs. 3, 18 Abs. 1 und 20 Abs. 2 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)	145
V - 01	Novellierung einzelner Vorschriften der MBO-Ä	146
V - 02	Korruption - (Muster-)Berufsordnung	149
TOP VI	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	150
	<i>Sachstand GOÄ-neu</i>	151
VI - 64	Novellierung der GOÄ - Ärztliche Leichenschau	152
VI - 66	Die GOÄ soll eine rein ärztliche Gebührenordnung bleiben	153
VI - 67	GOP nicht in der GOÄ aufgehen lassen	155
VI - 71	Inflationsausgleich in der geltenden GOÄ aktuell notwendig	157
VI - 87	GOÄ - Bewertung konservativer Leistungen	158
	<i>Andere Themen privatärztlicher Honorierung</i>	159
VI - 73	Abschluss- und Provisionskosten der privaten Krankenversicherungen - Schieflage bei der Mittelverwendung von Beitragsgeldern beseitigen	160
	<i>Ambulante Versorgung</i>	161
VI - 01	Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung intensivieren	162

VI - 02	Ärztlichen Nachwuchs für die Niederlassung in eigener Praxis gewinnen	164
VI - 03	Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum	166
VI - 126	Ärztlicher Bereitschaftsdienst - einheitliche Begrifflichkeiten schaffen	167
VI - 50	Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung verbessern	168
<i>Arbeitsbedingungen/ärztliche Berufsausübung</i>		169
VI - 17	Karrierehemmnisse für Ärztinnen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen abbauen, Chancengleichheit herstellen	170
VI - 54	Vollständige Gefährdungsbeurteilung einfordern	171
VI - 27	Novellierung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes - Erhöhung der unbefristeten Beschäftigungsverhältnisse im ärztlichen Bereich an den Uniklinika	172
VI - 31	Korrekte Dokumentation der Arbeitszeiten	173
VI - 38	Arbeit darf nicht krank machen - Arbeitgeber tragen Verantwortung	174
VI - 55a	Besserer Zugang zu medizinischen Fachpublikationen für Ärztinnen und Ärzte	175
VI - 55	Besserer Zugang zu medizinischen Fachpublikationen für Ärztinnen und Ärzte	176
<i>Arzneimittel/Medizinprodukte</i>		178
VI - 156	Lieferengpass bei Medikamenten	179
<i>Ausbildung</i>		180
VI - 165	Modifiziertes Verfahren zur Vergabe von Medizinstudienplätzen	181
VI - 166	Medizinstudium kompetenzbasiert gestalten	183
VI - 36	Praxisorientierte Lehre im Medizinstudium von Studienbeginn an einführen	184
VI - 32	Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenz im Medizinstudium	186
VI - 08	Stärkung der Medizinischen Informatik an den medizinischen Fakultäten	188
VI - 112	Aus- und Weiterbildung im Fachgebiet Hygiene und Umweltmedizin fördern	190
VI - 29	Teilstudienplätze abschaffen und Wartezeit besser überbrücken	191
VI - 44	Adäquate Vergütung der studentischen Hilfskräfte an medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken	192
VI - 39	BAföG an PJ-Abschnitte im Ausland anpassen	193
VI - 53	Mobilität im Praktischen Jahr	194
VI - 21	Note keine Voraussetzung für Promotion	195
<i>Bürokratie</i>		196
VI - 61	Weniger Bürokratie bei Mindestlohn	197
VI - 136	Nutzenbewertung gesetzlicher und untergesetzlicher Maßnahmen einführen	198
<i>Datenschutz</i>		199
VI - 59	Keine zunehmende Bürokratisierung im Gesundheitswesen und Wahrung des Patientendatenschutzes	200

VI - 146	Datenschutz in der Flugmedizin	201
VI - 161	Flugmedizinische Überwachung optimieren	202
VI - 151	Cyberangriffe weltweit ächten	203
<i>Delegation/Substitution</i>		204
VI - 12	Keine Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch akademisierte Gesundheitsfachberufe	205
VI - 65	Delegation ärztlicher Leistungen zur Arztentlastung und zur Steuerung des Zugangs zur Inanspruchnahme medizinischer Leistung nutzen	207
VI - 62	Keine Aufwertung der Heilmittelerbringer zu Lasten der Behandlungsqualität	208
<i>Deutscher Ärztetag</i>		209
VI - 68	Kommunikative Kompetenz setzt gesunde Ärztinnen und Ärzte voraus - TOP für den 119. Deutschen Ärztetag 2016	210
VI - 124	Kritische Auseinandersetzung mit der Qualitätssicherung in der Medizin	212
VI - 144	Tagesordnungspunkt "Transition" auf einen der nächsten Deutschen Ärztetage	213
VI - 160	Änderung des § 13 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage	214
<i>EU-Themen</i>		215
VI - 122	TTIP - Vielfalt des europäischen Gesundheitswesens und Freiberuflichkeit bewahren	216
VI - 149	Europäische Gesundheitspolitik wichtige Aufgabe der Bundesärztekammer	217
<i>Fortbildung</i>		218
VI - 20	Prüfkriterien für Objektivität von Fortbildung	219
VI - 22	Unabhängige Fortbildung: Interessenkonflikte von Veranstaltern	220
VI - 24	CME-Punkte-Vergabe	221
VI - 69	Gegen die permanent wachsende Zunahme der pflichtmäßigen Fortbildungen	222
VI - 143	Ärztliche Kompetenzen zur Bewältigung globaler Gesundheitsgefahren stärken	223
<i>Gesundheitsberufe</i>		224
VI - 10	Chancen zur Arztentlastung durch Physician Assistants nutzen	225
VI - 11	Kooperation mit Gesundheitsfachberufen konstruktiv gestalten	227
VI - 100	Keine Verordnung durch Physiotherapeuten	229
VI - 114	Schulgesundheitschwester etablieren	230
<i>Internationales</i>		232
VI - 98	Künftige Ausgestaltung der Beschäftigung von Gastärzten - kein Verkauf von Weiterbildungsstellen	233
VI - 46	Keine Approbation/Berufserlaubnis ohne Sprachkenntnisse und Förderangebote für ausländische Ärztinnen und Ärzte	235

VI - 129	Kompetenz von "Ärzte ohne Grenzen" beachten und nutzen!	237
<i>Kinder- und Jugendgesundheit</i>		238
VI - 107	Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen systematisch verbessern	239
VI - 93	Präventionsangebot auch für junge Erwachsene	240
VI - 113	Kompletter Impfnachweis für Kinder in Kindertageseinrichtungen	241
VI - 115	Netzwerkarbeit zwischen Ärzten und Jugendhilfe regeln	244
<i>Krankenhaus</i>		246
VI - 15	Nachhaltige und zukunftsweisende Finanzierung der Hochschulmedizin als gesamtgesellschaftliche Aufgabe	247
VI - 16	Krankenhausreform: Qualität kann nur mit ausreichender personeller und finanzieller Ausstattung verbessert werden.	249
VI - 169	Qualität der Krankenhausversorgung	251
VI - 154	Qualität der Krankenhausversorgung	252
VI - 80	Verbindliche Personalschlüssel im Krankenhaus	253
VI - 83	Personalentwicklungskosten zusätzlich in staatliche Vergütungssysteme einkalkulieren	254
VI - 134	Gesetzliche Mindeststandards für die Personalbemessung in der Pflege	256
VI - 52	Angemessene Personalausstattung und vollumfängliche Refinanzierung der ambulanten Notfallversorgung für die Notaufnahme der Krankenhäuser	257
VI - 170	Krankenhauseinweisungs-Richtlinie	258
<i>Menschenrechte/Geschichte der Ärzteschaft</i>		260
VI - 133	Flüchtlinge - Forderungen der Behandlungszentren	261
VI - 152	Forderung nach gesundheitsförderlichem Umgang mit Flüchtlingsfamilien	262
VI - 141	Umsetzung der EU-Richtlinie 2013/33/EU für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge im asylrechtlichen Verfahren	264
VI - 121	Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien sowie von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen	266
VI - 111	Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und insbesondere von Flüchtlingskindern	267
VI - 130	Behinderte Flüchtlinge	270
VI - 131	Psychiatrische psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden	271
VI - 119	Bundesweite Einführung einer Versichertenkarte für registrierte Flüchtlinge	272
VI - 140	Einsatz von qualifizierten Gutachtern bei der Beurteilung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und bei der Untersuchung vor geplanten Abschiebungen	274
VI - 138	Übernahme von Dolmetscherkosten bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern	276
VI - 132	Befundweitergabe von Erstuntersuchungen von Asylsuchenden	278
VI - 137	Umsetzung der WHO-Leitlinie "Umgang mit Gewalt in	

	Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen" in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung	279
VI - 139	Ärztliche Mitteilungspflicht an Krankenkassen bei häuslicher und sexueller Gewalt abschaffen	281
VI - 109	Einsetzung eines Kinder- und Jugendschutzbeauftragten im Deutschen Bundestag	283
	<i>Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie</i>	284
VI - 05	Die Rolle der Ärzteschaft in der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen stärken	285
VI - 167	Fortschreibung des Positionspapiers der Bundesärztekammer zur ärztlichen Psychotherapie	287
VI - 41	Transparenz in der Benennung der ärztlichen Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten	288
VI - 99	Jeder psychotherapeutisch weitergebildete Arzt ist ein Psychotherapeut	289
VI - 95	Die Auseinandersetzung mit konkurrierenden verkammerten Berufen erfordert strukturelle Veränderungen unseres Kammersystems	290
VI - 96	Leitung ärztlicher Strukturen der Patientenversorgung durch Angehörige anderer Berufe	292
VI - 150	Gegen die Stigmatisierung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen	293
VI - 162	Menschen mit psychischen Problemen schützen! Die ärztliche Schweigepflicht ist unantastbar	294
	<i>Qualitätssicherung/Patientensicherheit</i>	296
VI - 13	Qualitätssicherung mit klarem Blick auf die Versorgungsrealität (und die Grenzen ärztlichen Handelns)	297
VI - 47	Ärztliche Therapiefreiheit statt "Programmmedizin"	298
VI - 78	Einhalten der AWMF-Regeln zur Leitlinienentwicklung	299
VI - 25	Interessenkonflikte bei Erstellung von Leitlinien	300
VI - 85	Stärkung und Aufklärung zur Prävention und Früherkennung von Sepsis	302
VI - 128	Verhinderung der Diskriminierung von Patienten mit multiresistenten Keimen	304
VI - 157	Verbesserung der Qualität der Leichenschau	305
	<i>SGB V/GKV</i>	306
VI - 97	Versorgungsbedarf umfassend berücksichtigen	307
VI - 86	Gleichberechtigte sektorenübergreifende Bedarfsplanung statt Förderung der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser auf Kosten der Vertragsärzte	308
VI - 04	Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage regionaler Vereinbarungen: alte Fehler vermeiden, Chancen nutzen	309
VI - 89	Regress für ärztliche Verordnungen abschaffen	311
VI - 40	Überregulierung und Umverteilung des Mangels lösen keine Versorgungsprobleme	313
VI - 63	Eigenverantwortung und Kostenbeteiligung zum Schutz des	

	Solidarsystems vor missbräuchlicher Inanspruchnahme und Effizienzverlusten	314
VI - 76	Gegenmaßnahmen zum Missbrauch der Notdienste	315
VI - 79	MDK-Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V	316
VI - 145	Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung	317
	<i>Sucht und Drogen</i>	318
VI - 09	Verbesserung der Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	319
VI - 118	Mehr Therapie- und Rechtssicherheit bei der Behandlung von Opiatabhängigen	321
VI - 103	Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	322
VI - 148	Blankoformulardruck auch für BTM-Rezepte	323
VI - 164	Aufnahme von neuen synthetischen Derivaten von Cannabinoiden, Cathinonen, Amphetaminen und des Phencyclidins in die BtMÄV	324
	<i>Telematik/Telemedizin/E-Health</i>	326
VI - 18	Ablehnung des Online-Versichertenstammdatenmanagements in den Arztpraxen	327
VI - 135	Kritik am E-Health-Gesetz - Moderne, sichere Kommunikation in der Medizin ist nur auf der Grundlage von Freiheit und Freiwilligkeit für Patienten und Ärzte zu erreichen	328
VI - 90	Förderung der Telematikinfrastruktur durch Nutzung des vorhandenen Innovationswillens der Ärzteschaft	330
VI - 14	E-Health-Gesetz	332
VI - 07	Ärztliche Positionen zu Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung	334
VI - 142	Telemedizin in der GOÄ verankern	336
VI - 94	Notfalldaten auch für Privatversicherte	337
VI - 77	Impfinformationen auf der eGK	338
VI - 75	DMP-Informationen auf der eGK	339
VI - 35	Ausdehnung der elektronischen Gesundheitskarte auf alle Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung	340
VI - 30	Einrichtung einer offenen Schnittstelle in Eigenverantwortung der KBV	341
VI - 26	Position der Ärzteschaft zum Einsatz von Apps in der Medizin	343
VI - 23	Gesundheit ist keine Bürgerpflicht	345
VI - 104	IT-Sicherheit	346
	<i>Versorgungswerke</i>	347
VI - 81	Soziale Verantwortung der Versorgungswerke wahrnehmen	348
VI - 84a	Lokalitätsprinzip in den ärztlichen Versorgungswerken abschaffen	349
VI - 84	Lokalitätsprinzip in den ärztlichen Versorgungswerken abschaffen	350
	<i>Weitere Themen</i>	351
VI - 19	Verbot und Vernichtung von Atomwaffen	352
VI - 106	Intensivierung der Forschung zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen bei Betrieb und Ausbau von Windenergieanlagen	353

VI - 82	Investitionen in Unternehmen fossiler Brennstoffgewinnung beenden	356
VI - 48	DRV-Prüfung gefährdet Notarztversorgung	359
VI - 49	Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft für Tarifverhandlungen angestellter Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich	360
VI - 88	Tätigkeit von Vertretern ärztlicher Körperschaften und der Bundesärztekammer in Gremien der privaten Krankenversicherung	361
VI - 105	Bundesärztekammer bleibt eine Arbeitsgemeinschaft bürgerlichen Rechts - kein Körperschaftsstatus	362
VI - 74	Ärztliche Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen	364
VI - 91	Gender- und geschlechtsspezifische Präventionsangebote	365
VI - 163	Lärmschutzprävention ermöglichen	366
VI - 110	Keine fachgebietsbezogene Einschränkung von Impfleistungen	369
VI - 127	Frauenanteil in leitenden Positionen	370
VI - 92	Gleichberechtigte Teilhabe von Männern und Frauen an den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung	371
TOP VII	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)	372
VII - 01	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)	373
TOP VIII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)	374
VIII - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 - 30.06.2014)	375
TOP IX	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)	376
	<i>Gremienstruktur</i>	377
IX - 02	Bericht zum Beschluss X - 04 des 117. Deutschen Ärztetages 2014 - Gremienstruktur	378
IX - 05	Einbeziehung aller Landesärztekammern in die Haushaltsplanung	381
IX - 06	Ausschuss "Sucht und Drogen"	382
IX - 07	Erhalt des Ausschusses "Ärzte im öffentlichen Dienst" der Bundesärztekammer	383
IX - 12	Ausschuss und Ständige Konferenz "Arbeitsmedizin" erhalten	384
	<i>BFB</i>	385
IX - 01	Mitgliedschaft der Bundesärztekammer im Bundesverband der Freien Berufe	386
	<i>Weiteres</i>	388
IX - 11	Einsparpotenziale bei der Ausrichtung des Deutschen Ärztetages evaluieren	389

IX - 10	Angemessene Finanzmittel für die Entwicklung und Betreuung der neuen GOÄ bereitstellen	390
	<i>Haushaltsvoranschlag</i>	391
IX - 03	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)	392
TOP X	Wahlen	393
X - 01	Wahl des Präsidenten der Bundesärztekammer	394
X - 02	Wahlvorschlag Vizepräsidentin Dr. Martina Wenker	395
X - 03	Wahlvorschlag Vizepräsident Dr. Max Kaplan	396
X - 04	Wahl des weiteren Mitgliedes des Vorstandes (A)	397
X - 05	Wahl zum weiteren Arzt/zur weiteren Ärztin im Vorstand der Bundesärztekammer	398
TOP XI	Wahl des Tagungsortes für den 120. Deutschen Ärztetag 2017	399
XI - 01	Austragungsort 120. Deutscher Ärztetag 2017	400



TOP I

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Freiheit und Verantwortung

QS und Patientensicherheit

Prävention/Präventionsgesetz

Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen

GKV-VSG

KHSG (Krankenhaus-Strukturgesetz)

Hospiz- und Palliativgesetz

Tarifeinheitgesetz

Schweigepflicht



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Freiheit und Verantwortung

- I - 01 Freiheit und Verantwortung
- I - 02 Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit
- I - 31 Begriff der Freiberuflichkeit zutreffend verwenden
- I - 39 Gegen die Kommerzialisierung des Arztberufes



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Freiheit und Verantwortung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung der Anträge von Christa Bartels, Dr. Silke Lüder, Wieland Dittrich, Dr. Axel Brunngraber, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring, Dr. Hans Ramm und Dr. Wolfgang Wesiack (Drucksache I - 01a) Dr. Joachim Calles (Drucksache I - 01b) Bernd Zimmer, Michael Krakau, Dr. Christian Köhne und Dr. Peter Czeschinski (Drucksache I - 01c) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Ärztliche Tätigkeit in einem freien Beruf beruht auf professioneller Autonomie mit ethisch begründeten Normen und Werten, auf fachlicher Kompetenz, Leistungsbereitschaft, Integrität und Verschwiegenheit. Freiheit und Verantwortung sind das Fundament des Vertrauens zwischen Arzt und Patient und damit auch zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft. Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 sieht mit Sorge, dass die Überregulierung des Gesundheitswesens dieses Vertrauen zunehmend stört.

Staatliche Regulierung eindämmen – GKV-VSG überarbeiten

Der Regierungsentwurf für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) setzt in vielen Bereichen auf mehr staatliche Regulierung sowie auf eine weitere Kompetenzausweitung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der 118. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, zentrale Maßnahmen des Entwurfs zu überarbeiten. Insbesondere die Pläne für den Zwangsaufkauf von Vertragsarztsitzen, die Einrichtung von Terminservicestellen und die geplante Zweitmeinungsregelung greifen massiv in die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung ein und sind zu revidieren. Nur so kann das im Koalitionsvertrag selbst gesteckte Ziel der Regierungspartner erreicht werden, die ärztliche Freiberuflichkeit als „Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl zu sichern“.

Für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser

Seit Jahren müssen die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen anhaltenden Kosten- und Rationalisierungsdruck bewältigen. Trotz größter Anstrengungen können immer mehr Kliniken ihre laufenden Kosten nicht decken und sind mit absolut unzureichenden Investitionsmitteln konfrontiert. Die Investitionsmittel sind seit 1991 um rund 30 Prozent gesunken – und das trotz stetig steigender Anforderungen an die Krankenhäuser. Das daraus entstandene Defizit beläuft



sich bundesweit auf mehr als 30 Milliarden Euro. Die Verpflichtung der Länder, den Durchschnitt ihrer Investitionsausgaben der Jahre 2012 bis 2014 fortzuführen, reicht nicht aus. Dadurch würde die Unterfinanzierung der letzten Jahre dramatisch verfestigt. Der 118. Deutsche Ärztetag fordert klare und einklagbare Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen sowie ergänzende Mittel des Bundes. Notwendig ist zudem eine Neukonzeption des DRG-Fallpauschalensystems, u. a. im Sinne einer stärkeren Berücksichtigung von steigenden Ausgaben z. B. durch Tarifierungen, besondere Versorgungsnotwendigkeiten und Prämiensteigerungen bei Haftpflichtversicherungen.

Für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Arztpraxen

Seit Jahren müssen die niedergelassenen Haus- und Fachärzte einen anhaltenden Kosten- und Rationalisierungsdruck bewältigen. Trotz größter Anstrengungen, Personalreduktion und Zurückstellen von notwendigen Investitionen können immer mehr Praxen ihre laufenden Kosten aus den GKV-Einnahmen nicht decken und sind mit absolut unzureichenden Mitteln zur Finanzierung der Praxisbetriebskosten konfrontiert - trotz ständig steigender Anforderungen an Qualitätserbringung und Dokumentationsaufgaben. Die geringen Erhöhungen des Gesamthonorars, welche mit den gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren ausgehandelt wurden, reichen zum Ausgleich steigender Betriebskosten und Gehälter nicht aus. Das gedeckelte Gesamtbudget und die Bezahlung nach Pauschalen, die die ärztliche Leistung nicht annähernd abbilden, haben die Unterfinanzierung der letzten Jahre dramatisch verfestigt.

Der 118. Deutsche Ärztetag fordert für die Praxen niedergelassener Ärzte auch im GKV-Bereich eine angemessene Honorierung der Leistungen sowie eine Beendigung der Honorarbudgetierung und somit der chronischen Unterfinanzierung des ambulanten GKV-Systems.

Nachwuchsförderung beginnt im Medizinstudium

Viele Projekte zur Bekämpfung des Ärztemangels wurden von Ärzteschaft und Politik angestoßen. Die Vorhaben reichen von personal- und standortsichernden Maßnahmen über neue Formen der Zusammenarbeit, der Vernetzung und Koordination bis zu Projekten zur Verbesserung der Mobilität durch Patientenbusse und mobile Arztpraxen. Viele dieser Maßnahmen zeigen erste Erfolge. So steigt die Zahl der Weiterzubildenden in der Allgemeinmedizin seit Inkrafttreten des neuen Förderprogramms Allgemeinmedizin am 01.01.2010 kontinuierlich an. Es ist richtig, dieses Programm aufzustocken.

Doch um den Mangel an Arztstunden in Deutschland nachhaltig zu beheben, muss noch früher angesetzt werden. Der 118. Deutsche Ärztetag fordert die Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern auf, den im Koalitionsvertrag angekündigten Masterplan Medizinstudium 2020 zügig umzusetzen. Notwendig sind vor allem die Bereitstellung ausreichender Mittel für Forschung und Lehre, angemessenere



Auswahlverfahren bei der Studienplatzvergabe und die Stärkung der Rolle der Allgemeinmedizin im Studium.

Pluralität statt Monopolgewerkschaft

Das Grundgesetz garantiert allen Arbeitnehmern das Recht, sich in Gewerkschaften ihrer Wahl zu organisieren. Das schließt eigene Tarifverträge und das Recht auf Streik mit ein. Mit dem von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Tarifeinheit verwehrt jedoch der Staat bestimmten Gruppen von Arbeitnehmern das Recht, eine unabhängige und eigenständige Tarifpolitik zu betreiben. Das Gesetz widerspricht elementaren Grundsätzen unserer Verfassung und wird die Patientenversorgung beeinträchtigen. Arztspezifische Tarifverträge verbessern die Arbeitsbedingungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte und tragen mit dazu bei, dass die Ärzte der kurativen Medizin in Deutschland erhalten bleiben. Der 118. Deutsche Ärztetag fordert deshalb die Bundesregierung auf, den Gesetzentwurf zurückzuziehen.

Ärztliche Schweigepflicht bewahren

Die ärztliche Schweigepflicht zählt zu den Kernbereichen ärztlicher Berufsethik; sie gilt auch über den Tod des Patienten hinaus.

Ärzte dürfen nur dann Auskunft geben, wenn sie insbesondere gesetzlich dazu ausdrücklich verpflichtet sind, wenn sie von ihrem Patienten von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder wenn die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes nötig ist.

Der 118. Deutsche Ärztetag lehnt eine vor dem Hintergrund der Germanwings-Katastrophe in die Diskussion gebrachte weitere Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht strikt ab. Erkrankte müssen die Möglichkeit haben, sich ihrem Arzt im vertraulichen Gespräch zu öffnen.

Der 118. Deutsche Ärztetag fordert zudem eine rechtliche Aufarbeitung der von der Staatsanwaltschaft Düsseldorf nach der Flugzeugkatastrophe erwirkten Durchsuchungsbeschlüsse von Arztpraxen. Der Respekt vor der Schweigepflicht gilt nicht nur für Ärzte, sondern auch für Gerichte und Ermittlungsbehörden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 02) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, folgende Änderungen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vorzunehmen:

- Streichung der vorgesehenen Regelungen zum Zwangsaufkauf von Vertragsarztsitzen,
- kein gegenseitiges Auspielen von Fachärzten in der ambulanten und stationären Versorgung durch die Einführung von Terminservicegarantie,
- keine Aufweichung des ärztlichen Delegationsprinzips,
- keine Verlagerung von Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Begründung:

Ärztliche Tätigkeit in einem freien Beruf beruht auf professioneller Autonomie mit ethisch begründeten Normen und Werten auf der Basis hoher fachlicher Kompetenz unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten, verbunden mit Leistungsbereitschaft, Integrität, Verschwiegenheit und der persönlichen Leistungserbringung. Die ärztliche Freiberuflichkeit ist daher ein hohes Gut. Sie garantiert dem Arzt, Entscheidungen frei von äußeren Sachzwängen im Sinne der Versorgung seines Patienten zu treffen, ob in eigener Praxis oder als Angestellter. Die freie Berufsausübung ist somit wesentliche Voraussetzung für das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Patienten.

Zum Erhalt, zur Stärkung und Weiterentwicklung der Freiberuflichkeit auch des Arztberufs wurde die ärztliche Selbstverwaltung etabliert. Sie ist Ausdruck der Beschränkung staatlicher Einflussnahme und Überwachung.

Statt – wie noch deutlich im Koalitionsvertrag von Union und SPD gefordert – die ärztliche Freiberuflichkeit zu fördern, schwächen die im GKV-VSG geplanten gesetzgeberischen Maßnahmen den Grundgedanken der Freiberuflichkeit und das damit verbundene Vertrauen in die ärztliche Berufsausübung und die Selbstverwaltung. Der



Gesetzesentwurf setzt in vielen Bereichen auf mehr staatliche Regulierung sowie auf eine weitere Kompetenzausweitung des G-BA.

So wirkt sich der geplante Abbau von Vertragsarztsitzen in vermeintlich überversorgten Bereichen kontraproduktiv auf eine nachhaltige Versorgung der Bevölkerung aus. Auch kompensieren die geplanten Terminservicestellen weder den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen, noch motivieren diese Maßnahmen den ärztlichen Nachwuchs. Vielmehr werden zusätzliche bürokratische Strukturen geschaffen.

Auch stellt es eine willkürliche Ungleichbehandlung dar, wenn Praxen aufgekauft werden, während Kommunen z. B. auf Grundlage von Sonderbedarfen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen dürfen. Dies ist ein Beispiel für eine Politik gegen die Freiberuflichkeit zugunsten staatlicher Versorgungsstrukturen. Damit wird auch der Subsidiaritätsgrundsatz verletzt.

Es darf auch nicht zu einem Aufweichen des mit der Freiberuflichkeit verbundenen Prinzips der persönlichen Leistungserbringung durch die Beseitigung des vorherigen persönlichen Patienten-Arzt-Kontaktes kommen, wenn qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe delegierbare ärztliche Leistungen substituieren.

Die Verlagerung von Kompetenzen weg von der ärztlichen Selbstverwaltung auf die Ebene des G-BA stellt einen Eingriff in die ärztliche Freiberuflichkeit dar. So fällt die Definition der Anforderungen an zweitmeinungsberechtigte Leistungserbringer in die originäre Zuständigkeit der Ärztekammern.

Die zunehmende Verstaatlichung des Gesundheitswesens führt zu einer Schwächung des freien Arztberufes und damit der Patientenversorgung: Eine überbordende Regulierungsdichte mit einer stetig steigenden Bürokratisierung bei gleichzeitig wachsendem ökonomischem Druck schränkt die ärztliche Therapiefreiheit immer mehr ein. Freiheit bei der ärztlichen Entscheidung ist jedoch wesentliche Voraussetzung für die nachhaltige Sicherung einer hochwertigen und an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Gesundheitsversorgung.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Begriff der Freiberuflichkeit zutreffend verwenden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Susanne Johna (Drucksache I - 31) unter Berücksichtigung des Antrags von Wieland Dietrich, Dr. Silke Lüder und Christa Bartels (Drucksache I - 31a) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Akteure im Gesundheitswesen auf, den Begriff der Freiberuflichkeit im Hinblick auf den Arztberuf zutreffend und korrekt zu gebrauchen. Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf frei aus. Sie sind ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet. Dies gilt unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit selbstständig oder angestellt, ambulant oder stationär ausüben. Der Gesetzgeber hat deshalb in § 1 Abs. 2 der Bundesärzlteordnung festgelegt: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Eine identische Formulierung findet sich in den Berufsordnungen aller Landesärztekammern. Alle Ärztinnen und Ärzte üben demnach einen freien Beruf aus. Dies ist auch Beschlusslage des Deutschen Ärztetages (112. Deutscher Ärztetag 2009, EntschlieÙung III - 05). Angesichts vielfacher Bedrohungen unabhängiger und freier ärztlicher Berufsausübung ist es Aufgabe der deutschen Ärzteschaft, die Merkmale des freien Berufes Arzt in allen Bereichen ärztlicher Tätigkeit stets zu verteidigen.

Der 118. Deutsche Ärztetag nimmt zur Kenntnis, dass vermehrt in Verlautbarungen ärztlicher Organisationen, Verbänden und einiger Körperschaften die Begriffe "Freiberuflichkeit" und "selbstständige Berufsausübung" bedeutungsidentisch verwendet werden, überwiegend mit dem Ziel, die Freiberuflichkeit als Alleinstellungsmerkmal ausschließlich für die eigenen Mitglieder zu reklamieren.

Der 118. Deutsche Ärztetag tritt dieser Neigung zur gezielten Fehlinterpretation des Begriffes der Freiberuflichkeit von Ärztinnen und Ärzten bzw. der selbstständigen Berufsausübung entschieden entgegen. Er fordert die ärztlichen Verbände, Organisationen und Körperschaften auf, die teilweise missbräuchliche Verwendung des Begriffes "Freiberuflichkeit" zulasten der Mitglieder anderer ärztlicher Organisationen und Verbände innerhalb ihrer jeweiligen Organisation zu verhindern und in der Kommunikation nach außen künftig zu unterlassen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Gegen die Kommerzialisierung des Arztberufes

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Anke Müller, Dr. Christiane Frenz, Dr. Andreas Gibb, Dr. Kerstin Skusa, Dr. Wilfried Schimanke, Dipl.-Med. Ute Krüger und Dr. Andreas Crusius (Drucksache I - 39) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 warnt dringend vor einer weiteren Kommerzialisierung der Medizin.

Die Freiheit der ärztlichen Entscheidung wird zunehmend in Frage gestellt, Kollegen in Klinik und Praxis beklagen die zunehmende Einengung ihrer freien Berufsausübung als Arzt. Neben verstärkten Tendenzen zu einer staatlichen Lenkung, ausufernder Bürokratie und zahllosen Reglementierungen führt auch das Bemühen um Rentabilität und Rendite zu einem zunehmenden ökonomischen Druck. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird dadurch nachhaltig negativ beeinflusst. Die Einflussnahme durch Gesundheitsökonomien mit dem Ziel der Kosteneinsparung und der Gewinnmaximierung untergräbt die ärztliche Autorität und die Souveränität des Patienten.

Begründung:

Die Medizin als Arbeit mit und am Patienten mit dem Ziel der Gesunderhaltung der Bevölkerung hat im Gefüge vorrangig marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen immer weniger Raum.

Ärzte in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung weisen seit Jahren auf dieses Problem hin und sehen sich zunehmend machtlos den ökonomisch ausgerichteten Strukturen ausgeliefert, die durch das vorliegende GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) noch gefördert werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

QS und Patientensicherheit

- I - 03 Qualitätssicherung praxisnah und patientenorientiert gestalten
- I - 04 Förderung der Patientensicherheit
- I - 29 Falsche Weichenstellung für die Versorgungsqualität
- I - 41 Qualitätssicherung praxisnah gestalten und am Nutzen von Patientinnen und Patienten orientieren



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Qualitätssicherung praxisnah und patientenorientiert gestalten

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 03) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert das mit der Umsetzung der Qualitätsoffensive der Bundesregierung beauftragte Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, praxisnahe, am Nutzen für Patientinnen und Patienten und an deren Präferenzen ausgerichtete Lösungen zu entwickeln. Hierzu ist die systematische Einbeziehung ärztlicher Expertise - vertreten durch die Ärztekammern - unerlässlich.

Begründung:

Die Rahmenbedingungen für gute Qualität mögen bundeseinheitlich zentral gestaltet werden können, die Realisierung kann jedoch nur in den Strukturen und unter gemeinsamem Handeln der Betroffenen vor Ort gelingen.

Eine bloÙe Ausweitung der Datengrundlage mit der Intention, Qualität vermeintlich messen und kontrollieren zu können, widerspricht den Prinzipien einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und -förderung.

Anstatt sich in den nächsten Jahren vor allem damit zu beschäftigen, wie Qualitätsindikatoren "gerichtsfest" gemacht werden könnten, sollte das Augenmerk eher darauf gelenkt werden, den tatsächlichen, am Patientenwohl ausgerichteten Bedarf wie auch das Bedürfnis nach Versorgungsleistungen fest- und sicherzustellen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Förderung der Patientensicherheit

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 04) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutschen Ärztetag 2015 fordert Politik und Medien auf, die Ärzteschaft bei der Förderung von Patientensicherheit zu unterstützen und zu einer Kultur der gemeinsamen Verantwortung beizutragen. Es sind mehr Ressourcen für die Förderung von Initiativen bereitzustellen, die der Patientensicherheit dienen, sowie für Fehlerberichts- und -Lernsysteme im ambulanten und stationären Sektor, aber auch für Investitionen in die Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Begründung:

Patientensicherheit ist Teil des politischen Geschehens und erfordert den Willen und ein Konzept für gemeinsames Handeln. Hierzu hatte der 108. Deutsche Ärztetag 2005 bereits vor zehn Jahren maßgeblich bei der Initiierung des Themas Patientensicherheit mitgewirkt und einstimmig die wesentlichen Eckpunkte aufgezeigt:

- Maßnahmen zur Erhöhung von Patientensicherheit basieren auf Vertrauen. Fehlerberichts- und -Lernsysteme sind keine Sanktionsinstrumente, sondern dienen der Fehlerprävention. Dass über vermeidbare Zwischenfälle berichtet wird, setzt neben der Freiwilligkeit der Teilnahme an einem Berichtssystem voraus, dass frei von Schuldzuweisungen gearbeitet werden kann.
- Im Zentrum der Entwicklungsarbeit für neue Fehlervermeidungsstrategien steht die Suche nach organisations- oder kommunikationsbedingten Verbesserungspotenzialen und Schnittstellenproblematiken in der Behandlungsbzw. Versorgungskette.
- Plakative Schuldzuweisungen und Skandalisierungen des Themas führen nicht zur Aufklärung, sondern zur Verunsicherung der Patientinnen und Patienten, und schaden der Patientensicherheit.
- Die Förderung einer sicheren Patientenversorgung führt zu einer "Win-win-win-Situation" durch eine sicherere Versorgung, solidere Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten und weniger Kosten.

Zehn Jahre nach Verabschiedung dieser Eckpunkte - und zehn Jahre nach Gründung des



Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) - ist festzuhalten, dass Deutschland bei Patientensicherheit auch international eine Spitzenposition eingenommen hat. Diese gilt es auszubauen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Falsche Weichenstellung für die Versorgungsqualität

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Susanne Johna (Drucksache I - 29) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 unterstützt grundsätzlich die angekündigte Qualitätsoffensive mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung einer guten Versorgungsqualität. Angesichts des vorliegenden Referentenentwurfs mahnt der 118. Deutsche Ärztetag aber vor falschen Weichenstellungen. Bedenklich ist, dass die Qualitätsindikatoren in erster Linie als Messinstrument für finanzielle Zu- und Abschläge genutzt werden sollen. Damit geht es bei der Qualitätsoffensive nicht vorrangig um die Verbesserung der Patientenversorgung, sondern um die Einführung eines zusätzlichen Steuerungsinstruments für die Krankenkassen.

Die Entwicklung von Qualitätskriterien ist kein Selbstzweck, sondern dient der Patientenversorgung. Insbesondere darf Qualitätssicherung nicht dazu missbraucht werden, die bestehenden Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen und in den Krankenhäusern lösen zu wollen. Die vorgesehenen qualitätsorientierten Zu- und Abschläge verbessern indes aus Sicht des 118. Deutschen Ärztetages nicht die Versorgung und sollten gänzlich gestrichen werden.

In der Begründung des Referentenentwurfes wird davon ausgegangen, dass Krankenhäuser mit hohem Qualitätsstandard kostengünstiger arbeiten. Das erkennt aber, dass ein hoher Qualitätsstandard nur durch eine dazu erforderliche finanzielle Grundlage überhaupt erst erreicht werden kann.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Qualitätssicherung praxisnah gestalten und am Nutzen von Patientinnen und Patienten orientieren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt (Drucksache I - 41) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert, dass die Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gemäß § 137a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit dem Ziel praxisnaher, ausschließlich am Nutzen für Patientinnen und Patienten ausgerichteter Lösungen erfolgen muss.

In diesen Prozess muss die fachliche Expertise der Ärztekammern für die Qualität ärztlichen Handelns, insbesondere im Rahmen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, in geeigneter Weise einfließen.

Begründung:

Gemäß § 137a SGB V ist das oben genannte Institut im Auftrag des G-BA tätig, weshalb die EntschlieÙung an den G-BA zu richten ist.

Ziel der Definition von Qualitätsindikatoren darf ausschließlich der Patientennutzen sein, Präferenzen der Patienten sind unter Umständen auch von anderen Kriterien als dem Nutzen medizinischer Maßnahmen determiniert.

Das Fundament jeder Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen ist qualitativ hochwertiges ärztliches Handeln. Da die Ärztekammern insbesondere mit der ärztlichen Weiterbildung einen wesentlichen Aspekt der Qualitätssicherung verantworten, ist ihre Einbeziehung in die kontinuierliche Qualitätsverbesserung unabdingbar.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Prävention/Präventionsgesetz

- I - 05 Stärkung der ärztlichen Prävention durch das Präventionsgesetz
- I - 06 Schutzimpfungen konsequent fördern
- I - 45 Vollständiger Impfschutz als Voraussetzung für den Besuch von
Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche
- I - 42 Prävention ohne Einbeziehung der Ärzteschaft ist ein Anachronismus
- I - 17 Zehn-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Infektionen
- I - 35 Bekämpfung nosokomialer Infektionen erfordert eine bessere Personalbesetzung
- I - 48 Personalmangel führt zu Qualitätsmängeln - auch bei der Hygiene
- I - 43 Strengere Regeln für den Einsatz von Humanantibiotika in der Veterinärmedizin
- I - 27 Verhinderung der intrauterinen und perinatalen Programmierung - Ergänzung zum
Präventionsgesetz



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Stärkung der ärztlichen Prävention durch das Präventionsgesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 05) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die 118. Deutsche Ärzteschaft 2015 fordert den Gesetzgeber auf, dafür Sorge zu tragen, dass auch die genannten ärztlichen Spitzenorganisationen in der neu zu schaffenden Präventionskonferenz vertreten sind. Eine Berücksichtigung für das beratende Nationale Präventionsforum stellt hingegen keine adäquate Einbeziehung ärztlichen Sachverständes dar.

Begründung:

Der Entwurf für ein Präventionsgesetz, der derzeit im Bundestag beraten wird, sieht u. a. die Einrichtung einer Nationalen Präventionskonferenz vor (§ 20e PräVG-Entwurf). Diese hat die Aufgabe, eine nationale Präventionsstrategie zu erstellen, in der gemeinsame Ziele, Handlungsfelder und Zielgruppen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen festgelegt werden sollen (§ 20d PräVG-Entwurf).

Bislang ist vorgesehen, dass der Präventionskonferenz die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Pflegeversicherung mit Sitz und Stimme angehören. Zudem sollen die kommunalen Spitzenverbände, die Bundesagentur für Arbeit und die Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie zwei von den Patientinnen- und Patientenverbänden benannte sachkundige Personen mit beratender Stimme vertreten sein. Hingegen ist eine Vertretung der ärztlichen Spitzenorganisationen Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung in diesem Gremium bislang nicht vorgesehen.

Ärzte nehmen in der Prävention eine zentrale Funktion ein. Sie sind die wichtigsten Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten und können direkten Einfluss auf deren Gesundheitsverhalten nehmen. Sie kennen die gesundheitlichen Belastungen der Bevölkerung und spezifischer sozialer Gruppen. Der Einbezug ärztlichen Sachverständes in die neu zu schaffenden Entscheidungsgremien der Prävention ist daher dringend geboten.





TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Schutzimpfungen konsequent fördern

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 06) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Vor dem Hintergrund des aktuellen Masernausbruchs in Deutschland fordert der 118. Deutsche Ärztetag 2015 die Verabschiedung und konsequente Umsetzung des Nationalen Aktionsplans 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland.

Begründung:

Die europäische Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich das gesundheitspolitische Ziel gesetzt, bis Ende 2015 die Masern und Röteln zu eliminieren. In einigen europäischen Ländern konnte dieses Ziel bereits erreicht werden (z. B. in Finnland, in Portugal oder in der Slowakei). Allerdings tritt Deutschland hinsichtlich der Erreichung der von der WHO geforderten Indikatoren seit Jahren auf der Stelle. Wurden dem Robert-Koch-Institut (RKI) für das Jahr 2014 insgesamt 39 Masernausbrüche mit maximal 25 Fällen aus 12 Bundesländer übermittelt, wurden im Januar 2015 für Berlin die höchsten wöchentlichen Meldezahlen für Masern seit Einführung der Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) im Jahr 2014 verzeichnet. Bis zum 26.02.2015 gingen am RKI aus den Berliner Bezirken rund 643 Masernfälle und damit mehr Fälle ein, als für das Jahr 2014 aus ganz Deutschland zusammen.

Die Ergebnisse der Masern-Surveillance zeigen, dass zu viele Personen in allen Altersgruppen noch nicht über den empfohlenen Impfschutz verfügen oder nicht durch eine ausreichende Immunität in ihrem Umfeld vor der Infektion geschützt sind, die Impfungen erfolgen entsprechend den STIKO-Empfehlungen zu spät.

Folgende Maßnahmen können zu einer Verbesserung des Impfschutzes führen:

- eine zeitgerechte erste Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR-Impfung) aller Kinder bis 14 Monate,
- eine zweite MMR-Impfung bis spätestens zum Ende des zweiten Lebensjahres,
- der Nachweis einer Impfberatung für alle Kinder, die vor der Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung (z. B. Kitas) stehen, mit dem Ziel, mögliche Impfücken



zu schließen,

- eine systematische Schuleingangsuntersuchung mit der Möglichkeit, den Impfstatus bei allen Kindern zu kontrollieren und Empfehlungen zur Nachholung fehlender Impfungen auszusprechen,
- die systematische Kontrolle des Impfstatus im Rahmen aller Kinder- und Jugenduntersuchungen sowie bei verschiedenen Anlässen (u. a. Jugendschutzuntersuchungen, Erste-Hilfe-Kurse),
- die Prüfung des Impfstatus und Schließung von MMR-Impflücken durch Betriebsärzte, Arbeitsmediziner, Öffentlichen Gesundheitsdienst; auch von Begleitpersonen im Rahmen von Arzt-Patienten-Kontakten, und
- die Prüfung des Impfstatus bei Asylsuchenden, sobald sie in Erstaufnahmeeinrichtungen eintreffen, sowie eine entsprechende Impfung nach STIKO-Empfehlungen.

Nur durch eine konsequente Umsetzung der Impfeempfehlungen sowie das Nachholen von fehlenden Impfungen bei Jugendlichen und Erwachsenen lässt sich die Zahl der an Masern Erkrankten dauerhaft senken.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Vollständiger Impfschutz als Voraussetzung für den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dipl.-Med. Petra Albrecht und Dr. Thomas Lipp (Drucksache I - 45) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Unter Verweis auf den Beschluss des 109. Deutschen Ärztetages 2006 in Magdeburg (Drs. VII - 51) und auf die Vorstandsüberweisung des 117. Deutschen Ärztetages 2014 (Drs. II - 08) fordert der 118. Deutsche Ärztetag 2015 die Länderregierungen auf, ihre Gesetze zum Besuch und zur gesundheitspolitischen Überwachung einer Gemeinschaftseinrichtung (Schulen, Kindergärten u. a.) dergestalt zu ergänzen oder zu erweitern, dass der Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche nur bei nachgewiesenem vollständigem Impfschutz gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder nachgewiesener medizinischer Gegenindikation möglich ist.

Begründung:

Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten Maßnahmen der Prävention gegen Infektionskrankheiten. Eine sich ständig verringemde Durchimpfungsrate führt zu erheblichen Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung, wie der derzeitige Masernausbruch 2014/2015 deutlich zeigt.

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) hat die Bundesregierung zum Handeln aufgefordert, weil im föderativen Deutschland nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG der Bund für die "Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren" verantwortlich ist. Bezüglich der Masernimpfung gab es auf dem 109. und dem 117. Deutschen Ärztetag 2006 bzw. 2014 entsprechende Aufforderungen an den Bundesgesetzgeber.

Der 118. Deutsche Ärztetag fordert darüber hinaus konkret auch die Länderregierungen auf, ihre Landesgesetze entsprechend anzupassen, da die Durchführung nach der konkurrierenden Gesetzgebung nach § 20 Abs. 3 IfSG den Ländern obliegt.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Prävention ohne Einbeziehung der Ärzteschaft ist ein Anachronismus

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Martin Junker (Drucksache I - 42) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, für die praktizierende Ärzteschaft einen gewichtigen Platz im geplanten Präventionsgesetz (PrävG) vorzusehen.

Begründung:

Die Abgeordneten des 118. Deutschen Ärztetages stellen fest, ein Präventionsgesetz ohne maßgebliche Einbeziehung und Steuerung durch und mit der deutschen Ärzteschaft ist inakzeptabel und schadet dem Bestreben nach Verbesserung der Prävention für die Bevölkerung.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ebenso wie die Ärzte im Krankenhaus leben jeden Tag Prävention: Primärprävention sowie Sekundär- und Tertiärprävention. Nur weil Primärprävention von Politik und Krankenkassen weder anerkannt noch honoriert wird, kann sich diese nicht offen darstellen. Ein Präventionsgesetz, das die Ärzteschaft nur am Rande beteiligen will, ist ein Gesetz für Institutionen und nicht für die Menschen in Deutschland. Niemand wird eine Feuerwehr schaffen, wobei die Feuerwehrleute fehlen!

Die Begründung findet sich in sich selbst. Es muss mit deutlichen Worten den Verantwortlichen klar gemacht werden, dass Prävention nicht substituiert und nicht ohne Ärzte umgesetzt werden kann.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Zehn-Punkte-Plan zur Bekämpfung von Infektionen

Entschließung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 17) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt, dass sich die Bundesregierung mit der Vorlage eines Zehn-Punkte-Plans der Infektionsbekämpfung intensiver annimmt und anerkennt, dass die Infektionsprophylaxe das Gesundheitswesen als Ganzes und insbesondere auch die Veterinärmedizin sowie die Landwirtschaft betrifft. Er kritisiert allerdings, dass in dem Plan angedachte Maßnahmen auf Annahmen beruhen, für die keine oder nur unzureichende valide Erkenntnisse vorliegen.

Ein Beispiel ist die unter Punkt fünf geplante Einführung einer verpflichtenden Fortbildung des medizinischen Personals als wesentliche Voraussetzung für den sachgemäßen Einsatz von Antibiotika. Wörtlich heißt es: "Wissensdefizite und nicht angewendetes Wissen bei der Diagnostik, bei der rationalen Antibiotika-Therapie und der Vermeidung von Infektionen durch resistente Infektionserreger sind eine der Ursachen für steigende Antibiotika-Resistenzraten."

Aber dagegen spricht:

1. Eine Analyse aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) der Jahre 2007 bis 2012 kommt zu dem Ergebnis, dass es in Deutschland über einen Zeitraum von sechs Jahren eine signifikante Abnahme des MRSA-Anteils an nosokomialen Staphylococcus-aureus-Infektionen gab. Die Ursachen dafür seien aber nicht klar; sie seien möglicherweise das Ergebnis von Interventionen und/oder liegen in der Biologie des Erregers begründet. (Quelle: Meyer E, Schröder C, Gastmeier P, Geffers C: The reduction of nosocomial MRSA infection in Germany an analysis of data from the Hospital Infection Surveillance System (KISS) between 2007 and 2012. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 331-6. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0331)
2. Eine verpflichtende Fortbildung sehen die auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erlassenen Hygieneverordnungen der Länder bislang schon für die zu bestellenden Hygienebeauftragten vor. Solange keine validen Erkenntnisse über den Einfluss der Tätigkeit von Hygienebeauftragten auf



die Antibiotika-Resistenzrate vorliegen, ist aus Sicht des 118. Deutschen Ärztetages allerdings eine Ausweitung der gesetzlichen Fortbildungspflicht auf alle im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte schon deshalb fraglich.

3. Die Fortbildung gehört zu den Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte und den Aufgaben der Ärztekammern. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis, dass eine gesetzliche Regelung zur Fortbildung die tatsächliche Qualität der individuellen ärztlichen Tätigkeit befördert. Erwiesen ist hingegen, dass freiwillige Teilnahme an vom Teilnehmer positiv bewerteten Fortbildungsmaßnahmen die Aufnahme der Fortbildungsinhalte nachhaltig festigt. Die Einführung einer Hygienepflichtfortbildung würde zudem auch eine entsprechende Finanzierungsregelung erfordern. Auch hier gibt der 118. Deutsche Ärztetag zu bedenken, dass die notwendigen Ressourcen zusätzlich verfügbar gemacht werden müssen oder aber der Patientenversorgung in anderen Bereichen fehlen werden.
4. Außerdem erschwert die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte, dass in der Tiermast in Deutschland mehr als doppelt so viel Antibiotika eingesetzt werden wie in der Humanmedizin – nämlich über 1.700 Tonnen im Vergleich zu 800 Tonnen. Dadurch steigt die Entwicklung von Resistenzen, was wiederum die Gesundheit der Menschen gefährdet.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Bekämpfung nosokomialer Infektionen erfordert eine bessere Personalbesetzung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Frank Seibert-Alves, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 35) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 appelliert an das Bundesgesundheitsministerium, bei den wichtigen Bemühungen, die Ausbreitung multiresistenter Erreger zu vermindern, die Notwendigkeit einer besseren Personalbesetzung in vielen deutschen Kliniken nicht zu vergessen.

Im Punkt 2 des Zehn-Punkte-Plans ist zwar das Hygieneförderprogramm zur Einstellung von Hygienepersonal erwähnt. Leider mangelt es aber in deutschen Krankenhäusern auch bei der täglichen Patientenversorgung an ausreichendem ärztlichem und pflegerischem Personal. Sogar in infektiologischen Risikobereichen, wie den Intensivstationen, wird die von den Fachgesellschaften empfohlene Personalbesetzung im pflegerischen Bereich in der Regel deutlich unterschritten. Wenn aber eine Pflegekraft doppelt so viele Patienten versorgen muss (vier Patienten, statt der von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin mit einer 1a-Empfehlung geforderten maximal zwei Patienten), fehlt es oft an der Zeit, die unter anderem vor und nach jedem Patientenkontakt notwendigen 30 Sekunden für eine hygienische Händedesinfektion einzuhalten. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass unter allen untersuchten Faktoren eine hohe Arbeitsdichte das größte Risiko für nosokomiale Infektionen darstellt und deren Inzidenz massiv erhöht. (Daud-Gallotti RM, Costa SF et al.: Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU; 2012)

Wer also die Hygiene in deutschen Kliniken verbessern will, sollte dafür sorgen, dass die Personalschlüssel in den deutschen Kliniken aufgestockt und klar geregelt werden.

Zusätzlich müssen Lehrstühle für Krankenhaus- und Umwelthygiene an deutschen Universitäten ausgebaut und die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten in diesem Bereich finanziell gefördert werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Personalmangel führt zu Qualitätsmängeln - auch bei der Hygiene

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Kai Johanning, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Waltraud Anemüller und Dr. Gisa Andresen (Drucksache I - 48) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 weist mit Nachdruck darauf hin, dass für die Behebung von Hygienemängeln in Krankenhäusern auch eine adäquate Personalausstattung notwendig ist. Der 118. Deutsche Ärztetag fordert daher die Klinikträger auch aus diesem Grund dazu auf, den Personalabbau in den Kliniken zu stoppen. Eine vernünftige Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen kann nur mit einer vernünftigen Personalausstattung einhergehen. Das gilt auch für die Erfüllung hochwertiger Standards in der Krankenhaushygiene.

Der 118. Deutsche Ärztetag sieht darüber hinaus die Finanzierungsträger des Gesundheitssystems in der Pflicht, entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen, die auch eine entsprechende Qualifizierung des Personals ermöglichen. Krankenhausträger müssen verpflichtet werden, entsprechende strukturelle Qualitätsstandards einzuhalten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Strengere Regeln für den Einsatz von Humanantibiotika in der Veterinärmedizin

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Frank Seibert-Alves, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 43) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt die Bemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit, im Rahmen eines Zehn-Punkte-Plans zu einer Reduktion von Antibiotikaresistenzen beitragen zu wollen. Besondere Bedeutung hat hierbei die Notwendigkeit eines mindestens europaweiten, besser weltweiten gemeinsamen Handelns (Punkt 9), denn Keime respektieren keine Ländergrenzen.

Im Punkt 7 des Zehn-Punkte-Plans wird zwar der Zusammenhang zwischen Gesundheit von Mensch und Tier angesprochen, die abgeleiteten Schlussfolgerungen erscheinen aber unzureichend. Seit Beginn der Datenerhebung zur Antibiotikaabgabe in der Tiermedizin 2011 hat trotz Reduktion der Gesamtmenge in Tonnen die Verordnung von Fluorchinolonen um 60 Prozent und der Verbrauch von Cephalosporinen der dritten und vierten Generation um 20 Prozent zugenommen. Diese Antibiotikagruppen sind unverzichtbarer Bestandteil verschiedener Leitlinien zur antibiotischen Therapie in der Humanmedizin.

Der 118. Deutsche Ärztetag fordert, den Verbrauch von Fluorchinolonen und Cephalosporinen der dritten und vierten Generation in der Veterinärmedizin zu verbieten oder zumindest auf klar umgrenzte Einzelfälle gesetzlich einzuschränken.

Analog zu Punkt 5 des Zehn-Punkte-Plans sollten auch in der Veterinärmedizin verpflichtende Fortbildungen für rationale Antibiotikatherapie eingeführt werden.

Da die unterschiedlichen Dosierungen nicht berücksichtigt werden, sagt die Reduktion des Antibiotikaverbrauchs in der Veterinärmedizin in Tonnen wenig über die tatsächliche Behandlungsdichte von Tieren aus.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Verhinderung der intrauterinen und perinatalen Programmierung - Ergänzung zum Präventionsgesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Klaus König und Dipl.-Med. Dörte Meisel (Drucksache I - 27) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber eindringlich auf, die Primärprävention zur Verhinderung der intrauterinen und perinatalen Programmierung im Präventionsgesetz (PrävG) zu berücksichtigen.

Begründung:

Ein Drittel der Neugeborenen - also etwa 230.000 Babys pro Jahr! - trägt das lebenslange Risiko für Hypertonus, Diabetes und andere Stoffwechselerkrankungen in sich, weil ihre Mütter übergewichtig waren und/oder sich in der Schwangerschaft falsch ernährt haben. Ärzte können durch intensive Aufklärung anlässlich der präkonzeptionellen Beratung, der Schwangerschaft und der Kinderuntersuchungen dazu beitragen, diese Krankheiten zu vermeiden. Daher muss für diese Krankheiten ein Bewusstsein in der Bevölkerung geschaffen werden. Deshalb gehören diese Erkrankungen in die Aufzählung der Ziele unter § 20 Abs. 3 des PrävG.

Seit über 50 Jahren sind Ärzte die Spezialisten der primären und sekundären Prävention. An vielen Beispielen kann gezeigt werden, dass Prävention durch Ärzte sehr erfolgreich ist. Starben zum Beispiel 1961 noch bis zu 4,5 Prozent der Babys um die Geburt herum, so sind es heute "nur" noch vier Promille, obwohl heutzutage auch Kinder unter 1.000 g Geburtsgewicht mit in die Zählung hereingenommen werden - ein Erfolg der Organisation und Übernahme der Schwangerenvorsorge in ärztliche Hand und der Perinatalmedizin. Die Inzidenz des Gebärmutterhalskrebses konnte innerhalb von 40 Jahren von 45 auf 6,9 pro 100.000 Frauen reduziert werden. Diese Tumorentität ist damit von Platz drei auf Platz zwölf der Tumorerkrankungen gesunken.

Der ärztliche Sachverstand war und ist unverzichtbar für die Verbesserung der Versorgung der Patienten und der Prävention ihrer Krankheiten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen

- I - 07 Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen
- I - 10 Korruptionsstrafrecht rechtssicher formulieren
- I - 20 Strafrechtliche Bestimmungen müssen klar und transparent sein
- I - 23 Referentenentwurf zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen nachbessern
- I - 40 Korruption im Gesundheitswesen



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 07) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüÙt grundsätzlich, dass die Regierungskoalition über ergänzende Regelungen des § 299a StGB eine Strafbarkeitslücke schließen will, um die Ahndung von Korruption im Gesundheitswesen auf eine einheitliche Basis zu stellen. Allerdings ist vor Formulierung des derzeit vorliegenden Gesetzentwurfes versäumt worden, die Ursachen der Korruption zu analysieren. Es muss dringend verhindert werden, dass Ärzte ohne fundierte Analyse möglicher korrupter Strukturen und Mechanismen einem gesonderten Straftatbestand unterworfen werden. Um den Kreis der Normadressaten zu bestimmen, sind valide Erkenntnisse über normabweichende Auffälligkeiten, belastbare Statistiken über die Struktur, den Umfang und den Anteil bestimmter Personengruppen an der Korruption im Gesundheitswesen notwendig.

Die Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen kann nur erfolgreich sein, wenn die erkannten Fehlentwicklungen und Ursachen in einem zunehmenden, von der Politik eingeführten Wettbewerbsumfeld, zumindest parallel und systematisch, beseitigt werden.

An den einzelnen Regelungen wird u. a. kritisiert, dass der Gesetzgeber keine klare Definition zur Abgrenzung gesundheitspolitisch gewollter Kooperationen nach dem SGB V geschaffen hat. Damit besteht die Gefahr, dass sektorenübergreifende Zusammenarbeit unter den gesetzlich vorgesehenen Paragraphen des SGB V staatsanwaltliche Ermittlungen nach sich zieht. Dies kann aber nicht im Sinne einer Verzahnung der einzelnen Leistungsbereiche des Gesundheitswesens sein und wirkt sich daher auch schädlich für Patienten aus. Die Norm muss so klar gefasst sein, dass Ärztinnen und Ärzte nicht der Gefahr ausgesetzt werden, aufgrund eines handwerklich schlechten Gesetzes trotz regelhafter Berufsausübung geahndet zu werden.

Begründung:

1. Mit der Regelung des § 299a StGB-E soll eine Strafbarkeitslücke geschlossen werden, die in dem Beschluss des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 29.03.2012 (Az.: GSSt 2/11) aufgezeigt wurde. Um den Kreis der Normadressaten zu bestimmen, sind valide Erkenntnisse über normabweichende Auffälligkeiten,
-



belastbare Statistiken über die Struktur, den Umfang und den Anteil bestimmter Personengruppen an der Korruption im Gesundheitswesen notwendig. Diese liegen nicht vor. Dem Gesetzgeber obliegt aber die Aufgabe, die Risiken der Korruption zu analysieren und dafür Sorge zu tragen, nicht ohne hinreichende Notwendigkeit einen Straftatbestand lediglich für einzelne Personen- bzw. Berufsgruppen zu schaffen.

Der Kreis der Normadressaten des § 299a StGB-E sollte auf der „Nehmerseite“ wie auf der „Geberseite“ abstrakt gefasst werden.

2. Die unbestimmte Fassung von § 299a Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 StGB-E im Hinblick auf die Worte „in sonstiger Weise seine Berufsausübungspflichten verletze“ ist abzulehnen.

Diese Tatbestandsalternative ist mit dem Bestimmtheitsgrundsatz des Artikels 103 Abs. 2 GG nicht in Einklang zu bringen, denn die kriminalisierte Tat ist nicht derart genau gefasst, dass der Normadressat aufgrund des Gesetzes vorhersehen kann, welches Verhalten bei Strafe verboten ist. Es ist ihm demnach nicht möglich, sein Handeln an einer bestimmten Verhaltenserwartung auszurichten. Der Grund dafür liegt insbesondere in der großzügigen Verweisung auf außerstrafrechtliche Normen, z. B. des Berufsrechts. Die Akzessorietät zum Berufs- und Verwaltungsrecht führt bereits zu einem Verschwimmen der Grenzen von legalem und strafbedrohtem Verhalten. Friktionen können insbesondere mit den im Sozialrecht gerade gewünschten und geförderten Verhaltensweisen auftreten. Überdies gelten für die adressierten Berufsgruppen teilweise ganz unterschiedliche Berufsausübungsregeln. Aufgrund solcher Heterogenitäten sind Verstöße gegen den Gleichheitsgrundsatz (Artikel 3 Abs. 1 GG) vorhersehbar. Das führt in der Konsequenz letztlich auch zu abweichenden Maßstäben bei der Auslegung des normativen Tatbestandsmerkmals der „Verletzung von Berufsausübungspflichten“. Ein Verweis auf die verschiedenartigen Berufsausübungsregelungen ist vor diesem Hintergrund untauglich.

An einer tatbestandlich klar umschriebenen sozialschädlichen Verhaltensweise fehlt es in dieser Tatbestandsalternative. Der Gesetzgeber bleibt die Erklärung für deren Notwendigkeit als Auffangtatbestand schuldig.

Strafrechts- und Berufsrechtsverletzungen sind zudem rechtssystematisch verschiedene Kategorien, die in § 299a Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 StGB-E nunmehr auf eine Stufe gehoben werden, ohne zu differenzieren, welche Verhaltensweisen einerseits berufsrechtlich zu ahnden sind und welche andererseits sozialschädlich und damit strafwürdig sind.

Insgesamt verstößt diese Tatbestandsalternative gegen tragende Rechtsgrundsätze und ist daher zu streichen.

3. Der Gesetzentwurf erhöht auch für Ärzte das Risiko der Strafverfolgung. Im Gesetzentwurf ist angekündigt, dass die vorgeschlagenen Erweiterungen der Strafbarkeit zu einem Mehraufwand bei Strafjustiz und Polizei führen werden. Statt Fehlentwicklungen zu beheben, die Ursachen für Kriminalität sein können,



wird ausschließlich auf die Mittel des Strafrechts zurückgegriffen werden. Die Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen kann aber nur erfolgreich sein, wenn die erkannten Fehlentwicklungen und Ursachen zumindest parallel und systematisch beseitigt werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Korruptionsstrafrecht rechtssicher formulieren

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Matthias Lohaus, Dr. Veit Wambach, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Wolf von Römer und Wolfgang Gradel (Drucksache I - 10) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, den vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (Stand: 04.02.2015) dahingehend abzuändern, dass insbesondere die neu zu schaffende Strafnorm des § 299a StGB-E notwendigen verfassungsrechtlichen Anforderungen gerecht wird.

Begründung:

Der derzeit formulierte § 299a StGB-E würde bei Umsetzung massive Rechtsunsicherheit innerhalb der Ärzteschaft und im Gesundheitswesen insgesamt zur Folge haben und damit stärker als gewollt eigentlich gewünschte wirtschaftliche Betätigungen einschränken.

Der gesetzgeberische Einsatz strafrechtlicher Mittel darf wegen des verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsprinzips stets nur ultima ratio sein. Schon insofern bedarf es eines besonderen Unrechtsgehalts und einer präzisen Definition sämtlicher Tatbestandsmerkmale. Die geplante Strafnorm ist jedoch derart unbestimmt, dass sie als verlässliches Instrument zur Korruptionsbekämpfung vollkommen ungeeignet wäre.

Insbesondere die Aufnahme von Berufsrechtspflichtverletzungen in den Straftatbestand wird dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot nicht gerecht und wird dazu führen, dass künftig Strafverfolgungsbehörden die Definition wesentlicher Teile des ärztlichen Berufsrechts übernehmen. Die Konkretisierung und Weiterentwicklung ärztlichen Berufsrechts wurde den Landesärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts gesetzlich übertragen; schon die Inhalte der Länderberufsordnungen können daher voneinander abweichen. Hinzu kommt, dass Regelungsinhalte vertragsarztrechtlicher Pflichten durchaus nicht immer deckungsgleich zu denen des ärztlichen Berufsrechts sind. Werden Berufspflichtverletzungen im weitesten Sinne jedoch zum



Tatbestandsmerkmal erhoben, so sind diese inhaltlichen Abweichungen nicht akzeptabel. Auch darf es im Grunde keinen Unterschied machen, ob und wie ausführlich die vom § 299a StGB-E erfassten Heilberufsgruppen ihr eigenes Berufsrecht bereits definiert haben. Die „Berufsrechtsalternative“ ist daher zwingend zu streichen.

Bezogen auf die Auslegung einzelner Tatbestandsmerkmale geht der in der Gesetzesbegründung viel zitierte Vergleich mit dem Leistungswettbewerb der freien Wirtschaft vollkommen fehl. Auf das Gesundheitswesen können das marktübliche Wettbewerbsrecht und die Grundsätze des geschäftlichen Verkehrs nicht heruntergebrochen werden. Aus diesem Grund und wegen des abweichenden Schutzzwecks (Patientenschutz) ist die Verankerung der Strafnorm im Bereich der „Straftaten gegen den Wettbewerb“ verfehlt.

Im Sinne der Rechtssicherheit der Betroffenen muss die angekündigte Norm hinreichend bestimmt definieren, was als „korruptes Verhalten“ einzustufen ist. So sehen etwa Kooperationsverträge und neue Versorgungsformen zum Teil ausdrücklich wirtschaftliche Vorteile der Beteiligten vor oder weisen wettbewerbliche Elemente zur Versorgungsverbesserung auf. Sinnvolle und notwendige Formen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Unternehmen oder versorgungsübergreifende Vernetzungen dürfen keinesfalls auch nur in den Verdacht der Strafbarkeit geraten. Denn bereits der erste Einsatz der Strafverfolgungsbehörden kann geeignet sein, das berufliche Aus einer Arztpraxis herbeizuführen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Strafrechtliche Bestimmungen müssen klar und transparent sein

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Veit Wambach, Dr. Hans Ramm, Dr. Petra Bubel, Dr. Lutz Lindemann-Sperfeld, Dr. Silke Lüder und Christa Bartels (Drucksache I - 20) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Anlässlich der Neufassung eines § 299a StGB (Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen) fordert der 118. Deutsche Ärztetag 2015 Klarheit und Transparenz der in der verbotenen Bestechlichkeit liegenden Handlungsanweisung für Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus ist eine Gleichheit der Heilberufe insgesamt im rechtlichen Umgang zu gewährleisten. Folgende Punkte sind aus Sicht des 118. Deutschen Ärztetages für die Gesetzgebung unverzichtbar:

- Beibehaltung der sogenannten „Unrechtsvereinbarung“ als Strafbarkeitsvoraussetzung
- Streichung der „sonstigen Verletzung“ von Berufsausübungspflichten als Tatbestandsalternative
- Klarstellung, dass eine durch eine Körperschaft genehmigte Kooperation (oder eine solche, an der eine Körperschaft – auch mittelbar – beteiligt ist), keine Anknüpfung für einen Strafbarkeitsvorwurf liefern kann
- Einbeziehung aller freien Berufe und auch derjenigen Heilberufe, die keiner staatlich anerkannten Ausbildung bedürfen.

Begründung:

Der Gesetzgeber hat sich entschieden, eine besondere Korruptionsvorschrift für Heilberufe in das Strafgesetzbuch aufzunehmen. Ungeachtet der Vorbehalte, die gegen eine gesonderte Regelung für Heilberufe im Strafgesetzbuch sprechen, setzt eine solche Regelung nach Auffassung des 118. Deutschen Ärztetages zwingend voraus, dass durch sie selbst unmissverständlich klar wird, welche Verhaltensweisen der Gesetzgeber mit Strafe bedrohen möchte. Dies ist durch – inhaltlich auch notwendige – Verweisung auf berufs- und sozialrechtliche Normen zu Kooperationen nicht unmittelbar gewährleistet. Dies gilt umso mehr, als in Teilbereichen aus den berufs- und sozialrechtlichen Vorgaben selbst nicht abschließend ersichtlich ist, welche Kooperationsformen zulässig und welche verboten sind. Daher ist es – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund, dass Kooperationen



durch den Gesetzgeber selbst immer stärker gewünscht und gefördert werden – notwendig, dass sich Ärztinnen und Ärzte Sicherheit im Hinblick auf die von ihnen gelebte Kooperation verschaffen können. Dies kann damit herbeigeführt werden, dass ausdrücklich klargestellt wird, dass dann, wenn eine Körperschaft der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen eine Kooperation genehmigt oder gar an ihr (wie im Rahmen der Selektivverträge) zumindest mittelbar an ihr beteiligt ist, kein Raum für einen Strafbarkeitsvorwurf bleiben darf.

Darüber hinaus ist es nach Auffassung des 118. Deutschen Ärztetages erforderlich, die sogenannte Unrechtsvereinbarung als Tatbestandsvoraussetzung beizubehalten. Die Unrechtsvereinbarung als Voraussetzung gewährleistet, dass der Arzt sich bewusst sein muss, dass er aufgrund der Annahme eines Vorteils zu einer unzulässigen Gegenleistung verpflichtet wird. Nur durch sie wird gewährleistet, dass nicht jedwede Annahme von Vorteilen ohne eine strafrechtlich relevante anschließende Verhaltensweise der Ärztin/des Arztes in den Bereich der Strafbarkeit fällt. Damit wird die Ärztin/der Arzt letztlich davor geschützt, durch Dritte in Strafbarkeitsrisiken (unbewusst) „gelockt“ werden zu können. Weiterhin wird durch die Einbeziehung aller Heilberufe gewährleistet, dass auch die Heilpraktiker in die Regelung einbezogen werden. Eine Stigmatisierung der Ärzte im Vergleich zu anderen freien Berufen wird abgelehnt. Schließlich sollte mit der Streichung der „sonstigen Verletzung“ von Berufsausübungspflichten verhindert werden, dass das ohnehin schwierige Verständnis der Regelung weiter erschwert wird.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Referentenentwurf zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen nachbessern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Susanne Johna (Drucksache I - 23) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 tritt entschieden gegen Korruption und für eine von Dritten unbeeinflusste Indikationsstellung ein.

Der 118. Deutsche Ärztetag begrüÙt grundsätzlich die Einführung eines Straftatbestandes für Korruption im Gesundheitswesen. Er fordert den Gesetzgeber jedoch auf, den vorliegenden Referentenentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen und seine Begründung nachzubessern. Problematisch ist insbesondere die Ausgestaltung der strafrechtlichen Regelung des neuen § 299a StGB, die mit einer Anzahl unbestimmter Rechtsbegriffe arbeitet, ohne durch Abgrenzungshilfen und Beispiele zur Konkretisierung beizutragen. Hier steht zu befürchten, dass zukünftig auch bislang sinnvolle und erwünschte Kooperationen unter Generalverdacht gestellt werden. Diese Gefahr sieht der 118. Deutsche Ärztetag insbesondere hinsichtlich der Teilnahme an ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen und des Einwerbens von Drittmitteln im Rahmen medizinischer Forschung.

Das Gesetz ist für juristische Laien extrem unverständlich und führt somit zur Verunsicherung engagierter Ärztinnen und Ärzte und insbesondere Fortbilder. Statt Rechtssicherheit zu schaffen, wird das Gegenteil schon durch die nur für Strafrechtsexperten verständlichen Formulierungen erreicht. Letztlich wird dadurch eine diffuse Kriminalisierung geschaffen. Das Gesetz muss wesentlich klarer und verständlicher formuliert werden. Die kriminalisierte Tat muss so genau gefasst werden, dass ein Arzt aufgrund des Gesetzes vorhersehen kann, welches Verhalten bei Strafe verboten ist.

Das Gesetz muss klarstellen, dass das, was berufs- und sozialrechtlich erlaubt ist, kein Straftatbestand sein kann. Dem berechtigten Interesse nach praxisorientierter Forschung und Fortbildung jenseits des akademischen Elfenbeinturmes muss weiterhin Rechnung getragen werden.

Die Arbeit mit Drittmitteln ist nach dem Hochschulrecht nicht nur möglich, sondern sie ist



auch hochschulpolitisch in hohem Maße erwünscht und wird etwa bei der Sachmittelverteilung oder bei Leistungszulagen als wichtiger Faktor berücksichtigt. So ist es weite Praxis an Universitätskliniken, schon im Arbeitsvertrag von Chef- und teilweise auch Oberärzten beispielsweise aufgrund von Landesrichtlinien das Einwerben von Drittmitteln zur Dienstaufgabe oder zum Kriterium für Leistungsprämien in Zielvereinbarungen zu machen. Hier muss klargestellt werden, dass das Einwerben von Drittmitteln im Sinne einer anwendungsbezogenen Forschung keine strafrechtliche Relevanz haben kann.

Nahezu alle Kliniken sind aufgrund schwindächtiger Fortbildungsbudgets gezwungen, klinikinterne Fortbildungen mittels industriegesponserter Referenten anzubieten. Es fehlen zeitliche wie finanzielle Ressourcen für Fortbildung durch DFG-geförderte Forscher, da sich der Förderungsumfang weit jenseits tariflicher Wirklichkeiten befindet und in der Regel nicht mehr als 60 Prozent einer Vollkraft refinanziert. Aufgrund der undifferenzierten Ausgestaltung der geplanten gesetzlichen Regelungen müssen Ärztinnen und Ärzte befürchten, dass ihre Teilnahme an industriegesponserten Fortbildungsveranstaltungen unter dem Generalverdacht einer strafrechtlichen Handlung steht. Der Referentenentwurf und seine Begründung können hier keine ausreichende und laienverständliche Trennschärfe zwischen offenbar gewünschtem Verhalten einerseits und strafbewehrtem Fehlverhalten andererseits herstellen.

Schließlich weist der 118. Deutsche Ärztetag darauf hin, dass nur eine ausreichende Finanzierung von Patientenversorgung, Forschung und Lehre die gesellschaftlich gewünschte Freiheit ärztlichen Handelns wie auch die ergebnisoffene Forschung gewährleisten kann.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Korruption im Gesundheitswesen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Christiane Frenz, Dr. Andreas Gibb, Dr. Anke Müller, Dr. Kerstin Skusa, Dipl.-Med. Ute Krüger und Dr. Andreas Crusius (Drucksache I - 40) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüÙt die Bekämpfung korrupten Verhaltens im Gesundheitswesen. Der vorgesehene Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen will die bestehenden strafrechtlichen Lücken des Gesetzgebers schließen, aber nicht die Ursachen möglicher Korruptionsanfälligkeiten im Gesundheitswesen beseitigen. Daher ist zu fordern, dass über die Gesetzesinitiative hinaus alle kriminogenen Faktoren zu eruieren und zu bekämpfen sind. Geschieht dies nicht, bleibt der Eindruck bestehen, dass die Ärzteschaft in besonderem Maße korruptionsanfällig ist. Dies schafft eine Misstrauenskultur zwischen Arzt und Patient.

Dazu muss insbesondere auch die "Geberseite" in gleichem Maße erfasst werden wie die "Nehmerseite". Korruption findet nicht nur auf einer Seite statt. Der Gesetzgeber ist daher aufgefordert, auch beide Seiten gleich zu behandeln. Hier sind zusätzlich die Bundesländer gefragt, die zum Beispiel Regelungen im Rahmen des Krankenhausrechts schaffen können, um branchenwidriges Verhalten durch Krankenhäuser und deren Träger zu unterbinden.

Begründung:

Korruption, egal durch wen und wo, ist rechtswidrig und belastet das gesellschaftliche Miteinander. Durch den Entwurf des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wird speziell eine Gruppe der Gesellschaft in den Fokus gerückt. Für diese Sonderstellung existieren aber gerade keine Belege darüber, dass das Gesundheitswesen gegenüber anderen Bereichen besonders anfällig für Bestechlichkeit und Korruption ist. Um eine sachgerechte Bekämpfung korrupter Strukturen anzugehen, sind Ursachenforschung und Ursachenbekämpfung notwendig. Dazu gehört auch, dass Geber- und Nehmerseite gleich behandelt werden und nicht nur einseitig einer Berufsgruppe eine Sonderstellung zukommt. Diese Ungleichbehandlung ist nicht nachvollziehbar und daher zu ändern. Das Land Nordrhein-Westfalen hat zum Beispiel im Krankenhausgestaltungsgesetz eine Regelung hinsichtlich der unerlaubten Zuweisung gegen Entgelt geschaffen (§ 31a KHGG NRW). Danach ist es Krankenhäusern und ihren Trägern nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder



andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen, sich gewähren oder versprechen zu lassen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

GKV-VSG

- I - 08 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: keine weiteren staatlichen Eingriffe in die ärztliche Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung
- I - 09 Kein Terminmanagement durch arztfremde, kommerzielle Anbieter - Datenschutz und Schweigepflicht gewährleisten
- I - 11 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
- I - 15 Keine Aufkaufregelung für Vertragsarztpraxen
- I - 33 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - Praxisnachbesetzung
- I - 34 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - Bedarfsplanung
- I - 12 Den Arztberuf als freien und unabhängigen Beruf erhalten - einschränkende Regelungen im Versorgungsstärkungsgesetz werden abgelehnt
- I - 14 Ablehnung einer gesetzlichen Regelung zur Einführung von Terminservicestellen
- I - 38 Hochschulambulanzen in bisherigem Umfang aufrechterhalten und ausreichend finanzieren
- I - 47 Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für qualifizierten Krankentransport zu ambulanter Behandlung aus dem GKV-VSG streichen
- I - 13 Keine Aushebelung demokratisch erzielter Wahlergebnisse in den K(B)V-Vertreterversammlungen
- I - 32 Keine Kompetenzzentren außerhalb der Kammerbereiche
- I - 44 Erhalt der Kompetenz der Landesärztekammern für die Ärztliche Weiterbildung



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: keine weiteren staatlichen Eingriffe in die ärztliche Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp und Wolfgang Gradel (Drucksache I - 08) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 verurteilt die durch das geplante GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) fortgesetzte Politik staatlicher Eingriffe in die freiheitliche Ausübung des Arztberufes und des politischen Hineinregierens in den Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung. Die entsprechenden Regelungen des aktuellen Gesetzentwurfes werden entschieden abgelehnt. Die Bundesregierung wird aufgefordert, Freiheit und Individualität als Grundsätze der ärztlichen Berufsausübung anzuerkennen und zu wahren.

Begründung:

Die Freiheit des Arztberufes, insbesondere die Therapie- und Behandlungsfreiheit, sind entscheidende Faktoren einer intakten Arzt-Patienten-Beziehung, bestimmend für den Therapieerfolg und damit das Fundament der ärztlichen Berufsausübung. Eine starke Selbstverwaltung ist ebenfalls Garant für den Erhalt der Freiberuflichkeit des Arztes. Zahlreiche im Entwurf des GKV-VSG vorgesehene Regelungen gefährden diese fundamentalen Säulen eines funktionierenden Gesundheitssystems. So stellt der im Gesetzentwurf formulierte Zwang zum Aufkaufen von Arztsitzen in sogenannten überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen – ungeachtet ihrer absehbaren Wirkungslosigkeit im Sinne der angestrebten besseren Versorgung in der Fläche – einen nicht hinnehmbaren Eingriff in die Eigentumsrechte und die Berufsausübungsfreiheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dar. Die deutliche Einengung des Ermessenspielraumes der Kassenärztlichen Vereinigungen bedeutet darüber hinaus einen Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung. Die gesetzgeberisch geplante Schaffung von Terminvergabestellen greift dirigistisch in das Arzt-Patienten-Verhältnis ein, gefährdet die freie Arztwahl und führt durch ihre weiteren Reglementierungen zu Überweisungsmechanismen, die unter Umständen ein medizinisches „Urteil“ Dritter an die Stelle der Überweisung durch den behandelnden Arzt stellt. Auch weitere im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen, wie zum Beispiel das Zweitmeinungsverfahren, stellen dirigistische Eingriffe in das System dar. Gravierende Eingriffe in die Selbstverwaltung werden auch durch die Quasisektionierung des KV-



Systems mit der Aushebelung von demokratischen Grundsätzen vorgenommen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Kein Terminmanagement durch arztfremde, kommerzielle Anbieter -
Datenschutz und Schweigepflicht gewährleisten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Silke Lüder, Christa Bartels, Dr. Axel Brunngraber, Wieland Dietrich, Dr. Klaus Strömer, Dr. Christian Albring, Dr. Hans Ramm, Dr. Martin Federsel, Dr. Svante Gehring und Dr. Henrik Herrmann (Drucksache I - 09) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 lehnt die verpflichtende Einführung eines Terminmanagements mit dem vermeintlichen Ziel der Verkürzung von Wartezeiten in Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren weiterhin als gänzlich ungeeignet ab.

Insbesondere die mögliche Verlagerung des Terminmanagements auf private, kommerzielle Anbieter wird abgelehnt.

Die Beurteilung der Dringlichkeit eines Arzttermins erfordert ärztliche Expertise und setzt zudem die Offenbarung von Details über den Krankheitszustand des Patienten voraus. Daraus resultiert unmittelbar ein erhebliches Datenschutzproblem.

Denn es ist davon auszugehen, dass kommerzielle Anbieter eines Terminmanagements nicht nur ein wirtschaftliches Interesse an der Terminvermittlung, sondern besonders auch an der Sammlung, Verarbeitung und dem Verkauf von Krankheitsdaten der Patienten als Nutzer solcher Dienste haben.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Veit Wambach, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Matthias Lohaus, Wolfgang Gradel, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Klaus Reinhardt und Dr. Wolf von Römer (Drucksache I - 11) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 kritisiert den Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) und fordert die Bundesregierung in zentralen Punkten zur Änderung der Gesetzesvorlage auf. Der Zwangsaufkauf von Arztpraxen in planmäßig übertensorgten Gebieten stellt einen unzulässigen Eingriff in die Niederlassungsfreiheit dar und gefährdet die Versorgungssicherheit der Bevölkerung. Das gleichzeitige Versprechen von Facharztterminen binnen vier Wochen seitens der Politik ist vor diesem Hintergrund nicht zu halten. Die Sektionierung der Kassenärztlichen Vereinigungen schwächt die ärztliche Selbstverwaltung dauerhaft und untergräbt demokratisch legitimierte Gremien auf verfassungsrechtlich höchst fragwürdige Weise. Statt tragfähige Konzepte gegen den zunehmenden Mangel an ärztlichen Behandlungskapazitäten vorzulegen, vergreift sich die Politik mit dem GKV-VSG an der ärztlichen Freiberuflichkeit und steuert in Richtung einer versorgungsfeindlichen Staatsmedizin.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Keine Aufkaufregelung für Vertragsarztpraxen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Axel Brunngraber, Dr. Christian Albring, Dr. Susanne Blessing, Dr. Hans Ramm, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Silke Lüder, Dr. Petra Bubel und Christa Bartels (Drucksache I - 15) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

- Die Aufkaufregelung belastet einseitig selbstständige Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis und ist daher abzulehnen.
- Das Instrumentarium der Bedarfsplanung und die daraus abgeleiteten "Versorgungsgrade" sind weder in ihrer Konzeption Anfang der 90er-Jahre noch während der Reform 2012 für die Feststellung "überflüssiger" Zulassungen geschaffen worden und für die Begründung und Fokussierung der vom Gesetzgeber intendierten Maßnahmen völlig ungeeignet.
- Der Abbau etablierter, von Patienten frequentierter und wertgeschätzter ärztlicher Versorgung ist eine versorgungspolitische Entscheidung, in die auch Standortfaktoren einfließen. Ein kalkulatorischer Automatismus ("Aufkauf aller Praxen in gesperrten Bezirken") ist hierfür grundsätzlich nicht geeignet.

Begründung:

Deutschland verfügt bislang über ein dichtes und wohnortnahes ambulantes Versorgungsnetz und dient als Orientierung für eine flächendeckende, qualitätsgesicherte ambulante Versorgung in Europa. Sowohl der Umfang des Zugangs zu allen Fachgruppen als auch deren Erreichbarkeit suchen ihresgleichen auch in modernen Gesundheitssystemen und werden von Versicherten und Patienten geschätzt.

Die in der prekären Finanzsituation der 90er-Jahre eingeführte Bedarfsplanung dient der Sperrung von Gebieten mit hoher und der Ermöglichung freier Niederlassungen in Gebieten mit unterdurchschnittlicher Arztdichte. Das System hat sich in den letzten 20 Jahren insofern bewährt, als nahezu flächendeckend ein dichtes Versorgungsnetz mit allen Fachrichtungen in Deutschland geschaffen wurde. Neben dieser Steuerungsfunktion begrenzt die Bedarfsplanung Zuwächse, die im Rahmen einer budgetierten Gesamtvergütung finanziell nicht gegenfinanziert sind, und sichert damit die



Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Mit der Erweiterung des Maßnahmenspektrums um den Aufkauf von Zulassungen durch den Gesetzgeber wird diese Gesamtsystematik konterkariert: Die verwendeten und zuletzt 2012 reformierten Arztdichtemaße ("Verhältniszahlen") waren allein auf die Sperrung von Gebieten und damit die Begrenzung von Zulassungen, nicht aber auf die Identifikation "überflüssiger" Zulassungen ausgerichtet. Mit der Vorgabe, alle Zulassungen in gesperrten Gebieten durch die Kassenärztliche Vereinigung aufzukaufen, unterstellt der Gesetzgeber die Entbehrlichkeit bewährter und von den Patienten wertgeschätzter Versorgungsstrukturen und konterkariert dabei auch die demografische Entwicklung des anhaltenden Wachstums sowie die zunehmenden sozialen Probleme der Städte. Abwegig ist zudem die Auffassung, dass der Abbau von Arztsitzen in Städten automatisch eine Umverteilung zugunsten ländlicher Gebiete nach sich zieht. Erreicht wird genau das Gegenteil: Die Versorgung in Städten wird destabilisiert, während die Versorgungssituation auf dem Lande nicht verbessert wird.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - Praxisnachbesetzung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf von Römer und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache I - 33) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, rechtssichere und angemessene Kriterien zur Entscheidung zu verabschieden, wann eine Arztpraxis nicht mehr nachbesetzt werden soll.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - Bedarfsplanung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf von Römer, Dr. Wolf Andreas Fach und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache I - 34) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die bisherige Bedarfsplanung basiert auf historisch gewachsenen Zahlen und bildet die reale Versorgungssituation nicht ab. Bis valide medizinische und sozioökonomische Versorgungsdaten vorliegen, wird der Gesetzgeber aufgefordert, die bisherige "Kann"-Bestimmung im Nachbesetzungsverfahren von Praxissitzen beizubehalten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Den Arztberuf als freien und unabhängigen Beruf erhalten - einschränkende Regelungen im Versorgungsstärkungsgesetz werden abgelehnt

EntschlieÙung

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Silke Lüder, Christa Bartels und Dr. Hans Ramm (Drucksache I - 12) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 118. Deutschen Ärztetages 2015 fordern den Gesetzgeber auf, jegliche Regelungen aus dem Gesetzentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zu streichen, die die Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit selbstständiger und angestellter Ärzte einschränken oder gefährden.

Dies gilt auch für alle Bestimmungen, die die Organisation der Arzt-Patienten-Interaktion in Klinik, Praxis und anderen Einrichtungen der Patientenbehandlung betreffen. Insbesondere müssen gesetzliche Regelungen mit Bezug auf Wartezeiten auf Arzttermine stets berücksichtigen, dass die notwendigen Voraussetzungen für die erforderliche Sorgfalt in der Arzt-Patienten-Beziehung gewährleistet bleiben. Das Ziel der Verkürzung von Wartezeiten darf keinesfalls zu Lasten notwendiger Behandlungsressourcen und der Sorgfaltspflicht gegenüber jedem einzelnen Patienten gehen.

Die Bedrohung durch Regresse infolge von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für erbrachte und veranlasste Leistungen (Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Medikamente, Klinikeinweisungen, Überweisung zu technischen Leistungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) besteht mit dem GKV-VSG weiter. Der 118. Deutsche Ärztetag fordert die Abschaffung aller Regresse für veranlasste Leistungen.

Das sozialtechnische Instrument der Prüfungen, besonders auf Grundlage von Durchschnittsvergleichen, bewirkt, dass der Arzt in seiner Verordnungsweise ständig unter Druck gesetzt wird, gerade nicht unabhängig im Sinne des einzelnen Patienten zu handeln. Dies ist aber nach ärztlichem Ethos und Berufsordnung geboten.

Die Ausübung des freien und unabhängigen Arztberufes im Interesse unserer Patienten muss im Mittelpunkt stehen - und nicht dirigistische Vorgaben von Körperschaften, Behörden, wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder Krankenkassen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ablehnung einer gesetzlichen Regelung zur Einführung von
Terminservicestellen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Susanne Blessing, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Hans Ramm, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Michael Búdke, Dr. Petra Bubel und Christa Bartels (Drucksache I - 14) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 lehnt die Einführung einer gesetzlichen Regelung zur Errichtung von Terminservicestellen ab.

Begründung:

Der Gesetzgeber plant im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) die Errichtung von Terminservicestellen, die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen - ggf. in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen - betrieben werden sollen. Diese Terminservicestellen sollen bei Vorliegen einer Überweisung (bei einer Konsultation von Augen-, Frauen- und Kinderärzten auch ohne Überweisung) dem Patienten innerhalb einer Woche einen Facharzttermin vermitteln, der in einem Zeitraum von vier Wochen stattfinden soll. Hierbei soll die Entfernung zwischen dem Wohnort des Versicherten und dem Facharzt zumutbar sein, wobei der Grundsatz der freien Arztwahl grundsätzlich erhalten bleiben soll.

Für eine gesetzliche Regelung zur Errichtung von Terminservicestellen besteht kein Bedarf. Zum einen erhalten zwei Drittel der Bundesbürger entweder sofort oder innerhalb von drei Tagen einen Termin. Im Übrigen ist nicht jede fachärztliche Inanspruchnahme aufgrund einer Überweisung als eilbedürftig einzustufen, wie z. B. bei Vorsorgeuntersuchungen, Routinekontrollen oder dem Ersuchen um eine Zweit- oder Drittmeinung. Längere Wartezeiten können außerdem die Folge von Ärztemangel oder einer fehlenden Patientensteuerung sein. Die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte in Deutschland ist im internationalen Vergleich sehr hoch, was im Einzelfall dazu führt, dass nicht jeder Patient sofort einen Facharzttermin erhalten kann. Daher dürfte eine Terminvermittlung durch eine Terminservicestelle kaum dazu geeignet sein, die Wartezeiten zu reduzieren.

Da der Grundsatz der freien Arztwahl auch im Rahmen der Terminvermittlung erhalten



bleiben soll, haben die Fachärzte, die den Terminservicestellen Termine zur Verfügung stellen, keine Garantie, dass der Patient den reservierten Termin tatsächlich auch wahrnimmt. Die gesetzliche Regelung zu den Terminservicestellen ist daher das Ergebnis einer fehlenden Patientensteuerung und geht vollständig zulasten der Ärzte.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Hochschulambulanzen in bisherigem Umfang aufrechterhalten und ausreichend finanzieren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 38) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die nach den Neuregelungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) für die Festlegung der Patientengruppen in Hochschulambulanzen zuständigen Vertragspartner sowie die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen insgesamt dazu auf, mindestens für eine Aufrechterhaltung des bisherigen Behandlungsspektrums sowie eine ausreichende Finanzierung der seit Jahren defizitären Ambulanzen zu sorgen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen für qualifizierten Krankentransport zu ambulanter Behandlung aus dem GKV-VSG streichen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Ulrich Schwille und Dr. Bernhard Lenhard (Drucksache I - 47) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge beschließen, den Bundesgesetzgeber aufzufordern, die im "Omnibus" des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) versteckte Wiedereinführung des Genehmigungsvorbehalts der Krankenkassen für qualifizierten Krankentransport zu streichen.

Begründung:

Qualifizierter Krankentransport ist eine ärztlich verordnete Sachleistung der Krankenkassen. Dieser ärztlichen Verordnung darf kein Genehmigungsvorbehalt einer Krankenkassenservicestelle gegenübergestellt werden. Gerade zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung hochbetagter, multimorbider, dauerpflegebedürftiger, teils heimbeatmeter Patienten muss auch deren ambulante ärztliche Vorstellung in der Arztpraxis ermöglicht werden. Dies darf nicht unter das Postulat einer Genehmigung durch nicht medizinisch qualifiziertes Servicepersonal einer Krankenkasse gestellt werden. Dies wurde so auch vom Bundessozialgericht festgestellt und soll nun auf Wunsch der Krankenkassen wieder geändert werden. Dies stellt einen Eingriff in die ärztliche Indikationsstellung und eine Abkopplung bestimmter Patientengruppen von einer adäquaten medizinischen Versorgung dar.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Keine Aushebelung demokratisch erzielter Wahlergebnisse in den K(B)V-Vertreterversammlungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp und Dr. Bernd Lücke (Drucksache I - 13) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 lehnt die Pläne der GroÙen Koalition zur Stimmgewichtung bei gemeinsamen Abstimmungen von haus- und fachärztlichen Vertretern in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ab. Die Zusammensetzung der Vertreterversammlungen erfolgt im Ergebnis eines demokratischen Prozesses bei den KV-Wahlen. Eine nachträgliche Stimmgewichtung, die eine Veränderung dieses Ergebnisses zur Folge hätte, widerspricht allen demokratischen Grundprinzipien.

Begründung:

Der aktuelle Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sieht – neben einer satzungsdefinierten Trennung der Abstimmungsmöglichkeiten bei ausschließlich haus- bzw. fachärztlichen Angelegenheiten – im Falle von gemeinsamen Abstimmungen die Einführung einer Stimmgewichtung vor, mit dem Ziel, insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung zu erreichen.

Die in die Vertreterversammlungen gewählten oder entsandten Ärztevertreter nehmen diese Ämter im Ergebnis eines demokratischen Prozesses wahr. Daraus entstehende Stimmverhältnisse sind nach guter demokratischer Sitte zu akzeptieren und können ausschließlich durch ein erneutes Wahlergebnis korrigiert werden, nicht aber über "Korrekturfaktoren".



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Keine Kompetenzzentren außerhalb der Kammerbereiche

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Susanne Johna (Drucksache I - 32) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 lehnt die Bildung von Kompetenzzentren im Rahmen der Weiterbildung außerhalb des Ärztekammerbereiches ab.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Erhalt der Kompetenz der Landesärztekammern für die Ärztliche Weiterbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Kerstin Skusa, Dr. Christiane Frenz, Dr. Andreas Gibb, Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dipl.-Med. Ute Krüger und Dr. Andreas Crusius (Drucksache I - 44) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert, dass die Zuständigkeit der Ärztekammern für die ärztliche Weiterbildung, insbesondere für die Qualität und die Umsetzung der Weiterbildung, nicht durch andere Strukturen (z. B. Kompetenzzentren, "Förderstiftungen"), die nicht unter Leitung bzw. Mitwirkung von Ärztekammern stehen, ersetzt werden. Die originäre Zuständigkeit der Ärztekammern für die fachliche Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten ist zu erhalten.

Begründung:

Auch in dem aktuell vorliegenden Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wird die Regelungskompetenz der Ärztekammern nicht ausreichend beachtet. So wird erneut zur Regelung der Verfahrensweise zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf Bundes- und Landesebene nur ein Informations-, aber kein Einverständnis- bzw. Zustimmungsrecht der Bundesärztekammer bzw. der Ärztekammern eingeräumt. Diesem muss seitens des Deutschen Ärztetages entschieden entgegengetreten werden. Auch wenn im GKV-VSG vorrangig finanzielle Aspekte bei der Förderung der Weiterbildung geregelt werden, sind bei der Umsetzung der finanziellen Förderung qualitative Aspekte der Weiterbildung (z. B. Verbundweiterbildung) zu berücksichtigen. Die Sicherstellung der Qualität und auch die Effizienz der Weiterbildung ist originäre Aufgabe der Ärztekammern. Diese Regelungskompetenz der Ärztekammern darf nicht über eine Verknüpfung mit Förderung und Finanzierung untergraben werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

KHSG (Krankenhaus-Strukturgesetz)

- I - 16 Krankenhausreform gefährdet Arbeitsplätze
- I - 18 Investitionsproblematik erfordert staatliches Handeln
- I - 21 Öffentliche Anhörung zu DRGs und Überarbeitung des
Krankenhausfinanzierungsgesetzes
- I - 22 Krankenhausfinanzierung - Krankenhaus-Strukturgesetz
- I - 25 Referentenentwurf verfehlt Ziele der geplanten Krankenhausreform
- I - 26 Gestaltung von Daseinsvorsorge ist nicht Aufgabe des Gemeinsamen
Bundesausschusses
- I - 37 Duale Krankenhausfinanzierung



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Krankenhausreform gefährdet Arbeitsplätze

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 16) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüÙt, dass Bund und Länder im vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausstruktur (KHSG) ausdrücklich dazu stehen, dass die Krankenhausversorgung ein Element der Daseinsvorsorge ist.

Wenn Krankenhäuser der Daseinsvorsorge dienen, müssen ihnen aber auch die finanziellen Mittel zur Erfüllung des ihnen erteilten Versorgungsauftrags zur Verfügung gestellt werden. Krankenhäuser sind mit einem Personalkostenanteil von über 60 Prozent ein personalintensiver Dienstleistungsbereich. Erforderlich ist eine volle Refinanzierung der Personalkostensteigerungen im Krankenhaus, um eine adäquate Stellenbesetzung und damit Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, die den Erhalt der Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten können.

Die geplanten Regelungen führen zu weiteren Kürzungen der Finanzausstattung der Krankenhäuser und gefährden damit Arbeitsplätze im Krankenhaus.

Der 118. Deutsche Ärztetag unterstützt Strukturverbesserungen, soweit sie auf Grundlage valider Erkenntnisse erfolgen. Ein bloÙer Rückzug von Bund und Ländern aus der Daseinsvorsorge auf Grundlage behaupteter Überkapazitäten ist angesichts hoher Arbeitsbelastung und überfüllter Notfallambulanzen das falsche Signal an die angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Investitionsproblematik erfordert staatliches Handeln

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 18) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die Regelungen des aktuell vorgelegten Referentenentwurfs eines Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) beinhalten keine Lösung der Investitionskostenproblematik.

Die Verpflichtung der Länder, mindestens den Durchschnitt ihrer Förderung der Jahre 2012 bis 2014 fortzuführen, heißt nichts anderes, als dass die unbestritten unzureichende Finanzierung beibehalten wird. Völlig unverständlich ist, diese Verpflichtung - im Gegensatz zu den Ausführungen im Eckpunktepapier - auch noch an den geplanten Strukturfonds zu binden und damit auf die Jahre 2016 bis 2018 zu befristen. Zum einen ist nach der Ausgestaltung der Regelung völlig fraglich, ob einzelne Bundesländer Mittel aus dem Fonds abrufen. Nur dann wäre das vorgenannte Investitionskostenvolumen für sie bindend. Zum anderen steht ab dem Jahr 2018 zu befürchten, dass die Investitionskostenfinanzierung weiter abgesenkt wird.

Die vorgesehene Errichtung eines Strukturfonds löst das Problem ebenso wenig. Denn mit dem Fonds sollen der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden. Ziel des Fonds ist somit der Abbau und nicht der Substanzerhalt von Abteilungen und Krankenhäusern.

Auch die vorgesehene verbindlichere Umstellung der Investitionsförderung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen ist ohne Erhöhung der zu verteilenden Mittel lediglich ein besseres Verfahren zur Verteilung des Mangels.

Laut Begründung des Referentenentwurfes sei es angesichts des Rückgangs der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zielgenauer auszugestalten, damit die für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erforderlichen Mittel effizienter als bisher eingesetzt werden können. Die Versäumnisse der Länder sollen folglich weiter auf dem Rücken des Personals ausgetragen werden. Die bisher nur von einzelnen Krankenhäusern betriebene missbräuchliche Verwendung von Versichertengeldern wird durch den vorliegenden



Referentenentwurf legalisiert. Denn um zwingend notwendige Investitionen tätigen zu können, müssen die Krankenhäuser vermehrt Einsparungen im laufenden Betrieb vornehmen. Diese Mittel fehlen aber für die Patientenversorgung, für eine adäquate Personalausstattung und für die Finanzierung der Personalkosten, deren Anteil im Krankenhaus bei über 60 Prozent liegt.

Bund und Länder machen es sich an dieser Stelle zu leicht. Momentan enthalten die Länder den Krankenhäusern jedes Jahr mehr als 3,3 Mrd. Euro vor. Allein für 2014 hat die Große Koalition Länder und Kommunen in Deutschland mit Bundesmitteln in Höhe von 22 Mrd. Euro entlastet. Vor diesem Hintergrund muss über die Festlegungen, die Bund und Länder getroffen haben, konkret geklärt werden, wie die notwendigen Investitionsmittel in die Krankenhäuser kommen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Öffentliche Anhörung zu DRGs und Überarbeitung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Ulrich M. Clever (Drucksache I - 21) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, das seit 2003 eingeführte Finanzierungssystem unserer Krankenhäuser durch Fallpauschalen (DRG) einer Überprüfung und praxisorientierten Erörterung zu unterziehen. Hierfür soll durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine öffentliche Anhörung aller Berufsgruppen durchgeführt werden, die an der stationären Krankenversorgung in Deutschland beteiligt sind. Die Ergebnisse einer solchen Anhörung sollen zur Grundlage für eine grundlegende Überarbeitung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) gemacht werden.

Begründung:

Die Bewertung der Finanzierung der Krankenhäuser durch Fallpauschalen im Koalitionsvertrag steht in krassem Widerspruch zu den beruflichen Werten und zu den Erfahrungen, die Ärztinnen und Ärzte, Pflegende sowie Patientinnen und Patienten damit in der Realität des Klinikalltags machen.

- Das DRG-System hat zu einem Primat der Ökonomie geführt, beeinflusst in zunehmendem Maße medizinische Entscheidungen und greift tief in alle Behandlungsprozesse ein.
- Die betriebswirtschaftliche Effizienz wird zum alles dominierenden Unternehmensziel der Kliniken; 40 Prozent aller deutschen Krankenhäuser machen Verluste, mehr als die Hälfte ist nicht in der Lage, notwendige Investitionen durchzuführen (Krankenhausreport 2015). Gleichzeitig reduzieren die zuständigen Länder seit Jahren ihre Investitionszuschüsse, sodass die Kliniken jährlich zwei Milliarden Euro aus Betriebsmitteln für Investitionen ausgeben, obwohl diese in den Kalkulationen der DRGs durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nicht berücksichtigt werden. Um diese Investitionsausgaben zu refinanzieren, müssen die Krankenhäuser die Erlöse erhöhen, durch Leistungsausweitung und Erhöhung der Fallschwere.
- Eine sinnvoll an den Grundsätzen der regionalen Daseinsvorsorge orientierte Krankenhausplanung findet nicht mehr statt. Stattdessen werden Kliniken nur noch



nach Maßgabe ihrer betriebswirtschaftlichen Ergebnisse geschlossen, egal, ob sie für die flächendeckende Versorgung in einem gegliederten stationären Versorgungssystem notwendig sind oder nicht. Selbst der Krankenhausreport 2015 sieht die staatliche Krankenhausplanung im Widerspruch zum DRG-Wettbewerb. Der verfassungsrechtliche Grundsatz der Gleichheit der Lebensverhältnisse und des Primats der Daseinsvorsorge wird damit durch das DRG-Fallpauschalensystem ausgehebelt.

Dabei wurde das ursprüngliche politische Ziel, das mit der Einführung des Fallpauschalensystems erreicht werden sollte, gründlich verfehlt: Statt die Kostensteigerung des stationären Gesundheitssektors durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung zu stoppen oder auch nur zu bremsen, ist das Gegenteil eingetreten. Zu keinem Zeitpunkt in den letzten 20 Jahren sind die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Behandlung absolut und relativ so stark gestiegen wie in den Jahren seit Einführung der DRGs.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Krankenhausfinanzierung - Krankenhaus-Strukturgesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Peter Hoffmann, Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache I - 22) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 stellt fest:

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegte Entwurf für ein Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) hält trotz wichtiger Detailverbesserungen an der Ökonomisierung des stationären Sektors fest.

Der 118. Deutsche Ärztetag fordert den "Wandel des G-DRG-Fallpauschalensystems von einem unmittelbaren Preissystem in ein Krankenhauserlösbemessungsinstrument", auch um "künftig ausreichende Ermessensspielräume für die regionale/lokale Vereinbarung von Vergütungen" zu bekommen. "Damit könnten ökonomische Fehlanreize behoben werden (...) bürokratische Überbelastungen vermieden werden und durch eine gezieltere Bereitstellung der benötigten Mittel die primäre Ausrichtung der Krankenhausfinanzierung an den individuellen Patientenbedürfnissen wieder hergestellt werden." ¹

Zur Steigerung der Versorgungsqualität im Krankenhaus fordert der 118. Deutsche Ärztetag eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung und -steuerung in öffentlicher Hand. Zur Sicherung einer gleichmäßigen Strukturqualität fordert der 118. Deutsche Ärztetag die Erarbeitung allgemeinverbindlicher Standards zur personellen Ausstattung. Die geplante Neueinführung von marktradikalen Instrumenten in das DRG-System, wie Selektivverträge und qualitätsbezogene Zu- und Abschläge, wird als nicht zielführend abgelehnt.

Zur nachhaltigen Sicherung der Krankenhausbetriebskosten fordert der 118. Deutsche Ärztetag anstatt der im Referentenentwurf lediglich vorgesehenen "Prüfung" die garantierte Refinanzierung eines die Entwicklung der Krankenhausselbstkosten realistisch abbildenden Orientierungswerts, ermittelt vom Bundesamt für Statistik.

Der 118. Deutsche Ärztetag fordert Bund und Länder dringlich zu der überfälligen substanziellen Erhöhung der Krankenhausinvestitionsmittel auf. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veranschlagt das notwendige Jahresinvestitionsvolumen für die Kliniken auf sechs Milliarden Euro - mehr als das



Doppelte der gegenwärtig bereitgestellten Summe.

¹ Rochell B, Rudolphi M, Positionen der Bundesärztekammer zur Reform der Krankenhausversorgung und -finanzierung, G+S (Gesundheits- und Sozialpolitik), 4-5/2014, S. 85



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Referentenentwurf verfehlt Ziele der geplanten Krankenhausreform

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 25) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 hat die im Koalitionsvertrag skizzierte Zielsetzung einer grundlegenden Krankenhausreform ausdrücklich begrüÙt. Der vorliegende Referentenentwurf verfehlt allerdings in wesentlichen Regelungsbereichen die von der Koalition selbsternannten Ziele und steuert in eine komplett andere Richtung.

Ziel war es laut Koalitionsvertrag und Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, Reformmaßnahmen zur Aufrechterhaltung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität und der sicheren und guten Erreichbarkeit zu ergreifen.

Bei den Regelungen des Referentenentwurfs hat demgegenüber der Abbau von behaupteten Überkapazitäten Vorrang vor einer auskömmlichen Finanzierung. Damit erhält die beabsichtigte Reform eine neue Zielrichtung, nämlich die der Verschärfung des Mangels.

Wenn nicht mehr Geld im System zur Verfügung steht oder zur Verfügung gestellt werden soll, dann muss die Koalition dies den Bürgerinnen und Bürgern vermitteln. Stattdessen werden unter dem Deckmantel einer Qualitätsoffensive der Mangel durch Kapazitätsabbau verschärft und dem Bürger Qualitätsdefizite in der Versorgung suggeriert. Das stellt die medizinische Leistung der Ärztinnen und Ärzte in Frage, schafft Misstrauen und entspricht nicht dem Verständnis der Ärzteschaft von einer Aufrechterhaltung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität. Die Patientenversorgung wird dadurch nicht besser.

Der 118. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber zur Vorlage einer Krankenhausreform auf, die den Ankündigungen einer großen grundlegenden Reform auch inhaltlich Rechnung trägt. Er fordert insbesondere ein Gesamtkonzept, das verhindert, dass sich die angedachten Maßnahmen letztlich gegenseitig aufheben. Darüber hinaus muss die Reform auch ein Konzept zur Ausstattung der Krankenhäuser mit ausreichenden Investitionsmitteln beinhalten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Gestaltung von Daseinsvorsorge ist nicht Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Susanne Johna und PD Dr. Claudia Borelli (Drucksache I - 26) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Nach Auffassung des 118. Deutschen Ärztetages 2015 ist es rechtssystematisch verfehlt, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Aufgaben im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und damit für die gesamte Krankenhausversorgung übertragen zu wollen. Der G-BA ist oberstes Organ der Selbstverwaltung im SGB V. Er hat damit grundsätzlich nur Rechtsetzungskompetenz im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Angesichts seiner aktuellen Zusammensetzung und widerstreitender Interessen der einzelnen Trägerorganisationen ist der G-BA in seiner derzeitigen Ausgestaltung und Organisation kein sinnvolles Instrument zur Gestaltung der ärztlichen Versorgung. Die Interessen der Patienten stehen in der gegebenen Form nicht an erster Stelle. Der 118. Deutsche Ärztetag fordert, die geltende Aufstellung/Zusammensetzung und Aufgabenstellung des G-BA zu prüfen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Duale Krankenhausfinanzierung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf von Römer und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache I - 37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. DÄT 2015 kritisiert, dass der aktuelle vorliegende Referentenentwurf zu einem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) die Bundesländer nicht verpflichtet, ausreichende finanzielle Mittel für die Investitionen im Krankenhaus zur Verfügung zu stellen.

Ausreichende Investitionen sind für eine angemessene Versorgung der Patienten im Krankenhaus sicherzustellen.

Begründung:

Derzeit kommen die Bundesländer ihren Verpflichtungen bei den Investitionen in die Krankenhäuser nicht ausreichend nach. Das dadurch entstehende Defizit muss durch eine Gewinnoptimierung bei der DRG-Abrechnung ausgeglichen werden. Dies führt insbesondere im personellen Bereich zu Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung.



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP I **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Hospiz- und Palliativgesetz

I - 19 Allgemeine ambulante Palliativversorgung stärken



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Allgemeine ambulante Palliativversorgung stärken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans Ramm, Dr. Veit Wambach, Dr. Susanne Blessing, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Petra Bubel, Dr. Lutz Lindemann-Sperfeld und Christa Bartels (Drucksache I - 19) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

- Der Ausbau der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) ist zu begrüÙen und unterstützt Patienten in ihrem Wunsch, in ihrer vertrauten, häuslichen Umgebung versterben zu können.
- Gesellschaftlich besonders förderungswürdige Bereiche, z. B. die Prävention, unterliegen in der Regel gesonderten Finanzierungsbedingungen. Hierzu gehört beispielsweise, dass jede erbrachte Leistung angemessen und extrabudgetär vergütet wird. Dies sollte dauerhaft auch für die ambulante Palliativversorgung gelten.
- Die im Gesetz geforderten Qualitätsanforderungen dürfen eine Weiterentwicklung der Palliativversorgung nicht verhindern und sind deshalb so auszugestalten, dass diese einer flächendeckenden Versorgung nicht entgegenstehen.

Begründung:

Die Wahrung einer bestmöglichen Lebensqualität am Lebensende ist eine der wesentlichen Aufgaben der ärztlichen Palliativversorgung. Das rechtzeitige Erkennen von palliativen Versorgungsbedarfen und das passgenaue, gestufte Angebot medizinischer und pflegerischer Leistungen unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen sind wesentliche Ziele des Hospiz- und Palliativgesetzes (HPG), dessen Ausrichtung und Intention ausdrücklich unterstützt wird. Palliativversorgung bezieht sich dabei nicht nur auf die Symptombehandlung, sondern berührt auch die psychosoziale bzw. spirituelle Unterstützung sowie die Trauerbegleitung. Ein umfassendes Versorgungsangebot wird deshalb je nach individueller Situation in der Regel nur unter ärztlicher Leitung durch ein gut abgestimmtes, vernetztes Team aus allen relevanten, an der Versorgung beteiligten Fachberufen erbracht werden können. Der ambulanten und damit auch der vertragsärztlichen Versorgung kommt damit besondere Bedeutung zu.

Versorgungssicherheit am Lebensende ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für



einen selbstbestimmten, würdevollen letzten Lebensabschnitt. Bislang wurde dieser Aufgabe in der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der pauschalierten Vergütung nur insoweit Rechnung getragen, als dass palliativmedizinische Leistungen zwar impliziter, nicht aber expliziter Leistungsbestandteil der Vergütung waren. Erstmalig wurde der Palliativversorgung mit der Einführung hausärztlicher Gebührenordnungspositionen im Jahre 2012 eine der Bedeutung angemessenere Sichtbarkeit eingeräumt. Mit der Erweiterung des Leistungsspektrums um Leistungen der qualifikationsgebundenen allgemeinen Palliativversorgung kann so grundsätzlich ein gestuftes, Versorgungssicherheit und -verlässlichkeit gewährendes Angebot innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung aufgebaut werden. Dieses Angebot ist so auszurichten, dass vorrangiges Ziel die Unterstützung der Regelversorgung ist. Leistungen für diese Versorgung entsprechen einem gesellschaftlich gewünschten und weiter auszubauenden Versorgungsbereich, der dauerhaft und angemessen außerhalb mengenbegrenzender Maßnahmen extrabudgetär vergütet werden sollte.



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP I **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik**

Tarifeinheitsgesetz

- I - 24 Tarifeinheitsgesetz stoppen - Koalitionsfreiheit bewahren!
- I - 36 Abstimmung des Tarifeinheitsgesetzes in geheimer Wahl



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Tarifeinheitsgesetz stoppen - Koalitionsfreiheit bewahren!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 24) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Abgeordneten des Deutschen Bundestages mit großem Nachdruck auf, das Tarifeinheitsgesetz nicht zu beschließen. Der vorliegende Gesetzesentwurf richtet sich gegen die Koalitionsfreiheit des Grundgesetzes und gegen die Tarifautonomie freier Gewerkschaften. Wenn nur noch der Tarifvertrag der Gewerkschaft mit den meisten Mitgliedern im Betrieb zur Anwendung kommt, bleibt kein Raum mehr für eine eigenständige Tarifpolitik berufsspezifischer Gewerkschaften, die eine Minderheit der Beschäftigten im Betrieb vertreten. Der Gesetzesentwurf zielt eindeutig darauf ab, die bestehende, von den Arbeitgebern ausdrücklich akzeptierte Tarifpluralität durch den Zwang zur Tarifeinheit aufzulösen. Damit droht auch das Erfolgsmodell der arzt-spezifischen Tarifverträge abgewickelt zu werden, das seit 2006 einen Beitrag zu besseren Arbeitsbedingungen und einer fairen Vergütung der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern geleistet hat. Dieses Modell der berufsspezifischen gewerkschaftlichen Interessenvertretung hat die gleiche Berechtigung wie andere gewerkschaftliche Formationen.

Gewerkschaftliche und tarifliche Pluralität ist der verfassungsrechtlich vorgesehene Normalfall. Es kann deshalb auch keinen Alleinvertretungsanspruch von Mehrheitsgewerkschaften geben. Die Koalitionsfreiheit ist im Grundgesetz ausdrücklich "für jedermann und für alle Berufe gewährleistet". "Abreden, die dieses Recht einschränken oder zu behindern suchen, sind nichtig, hierauf gerichtete Maßnahmen sind rechtswidrig." (Art. 9 Abs. 3 GG). Wer ein Grundrecht wie die Koalitionsfreiheit unter Mehrheitsvorbehalt stellt, der beseitigt es. Der 118. Deutsche Ärztetag appelliert daher an die Abgeordneten der Regierungsfractionen: Lassen Sie keinen Grundrechtsbruch zu! Verweigern Sie dem Tarifeinheitsgesetz Ihre Stimme!



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Abstimmung des Tarifeinheitgesetzes in geheimer Wahl

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Reinhard Griebenow, PD Dr. Hansjörg Heep, Michael Krakau, Olaf Smago, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Carsten Mohrhardt, Dr. Friedrich Wilhelm Hülkamp und Dr. Thomas Scheck (Drucksache I - 36) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die Delegierten des 118. Deutschen Ärztetages 2015 fordern die Abgeordneten aller Fraktionen des Deutschen Bundestages auf, sich jedwedem Versuch zu widersetzen, die Abstimmung über das Tarifeinheitgesetz, anders als in geheimer Wahl und/oder unter Aufhebung des Fraktionszwangs, durchzuführen.

Begründung:

Der Beschluss über das Tarifeinheitgesetz entscheidet über die Abschaffung eines Grundrechtes unserer Verfassung und öffnet damit gegebenenfalls die Tür zu weiteren Manipulationen an der freiheitlich-demokratischen Grundordnung der Bundesrepublik Deutschland. Eine solche Entscheidung muss daher von jedem Mitglied des Bundestages in völliger Freiheit und nur dem eigenen Gewissen verpflichtet getroffen werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Schweigepflicht

- I - 28 Keine Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht!
- I - 30 Schweigepflicht - Schweigegebot



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Keine Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Susanne Johna und Dr. Andreas Botzlar (Drucksache I - 28) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die ärztliche Schweigepflicht ist ein hohes Gut – sie ist auch ein tragendes Element im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Gesetzlich ist geregelt, dass die unbefugte Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte eine strafbewehrte Verletzung von Persönlichkeitsrechten ist (§ 203 StGB). Diese Persönlichkeitsrechte sind insbesondere in Artikel 2 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 des GG begründet.

Unabhängig von der Art seiner Erkrankung muss jeder Patient/jede Patientin die Sicherheit haben, dass seine/ihre Angaben an den Arzt ohne seine/ihre persönliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben werden.

Wenn jetzt anlässlich des an Dramatik und Tragik kaum zu überbietenden Flugzeugunglücks in Frankreich über eine Abschwächung der ärztlichen Schweigepflicht diskutiert wird, so stellt der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fest, dass Änderungen der gesetzlichen oder der berufsrechtlichen Vorgaben nicht erforderlich sind. Auch einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen dürfen von den bestehenden Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht nicht ausgenommen werden.

Schon jetzt ist es dem Arzt gestattet, im Sinne eines rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) - für den Fall von akuter und erkennbarer Gefahr für Leib und Leben Dritter - die Schweigepflicht bezüglich seines Patienten zu brechen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Schweigepflicht - Schweigegebot

EntschlieÙung

Auf Antrag von Anne Kandler, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache I - 30) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 weist im Zusammenhang mit dem Absturz des Germanwings-Airbus A320 am 24.03.2015 auf die besondere Verantwortung bei der Abgabe ärztlicher Stellungnahmen hin. Ärztliche Stellungnahmen zur möglichen Ursache derartiger Unfälle müssen mit höchster Sorgfalt und möglichst umfassender Sachkenntnis erstellt werden. Durch die sehr hohe Medienaufmerksamkeit haben Fehleinschätzungen eine gefährliche Breitenwirkung. Insbesondere muss unter allen Umständen vermieden werden, einzelne Patientengruppen in der Öffentlichkeit durch voreilige Ferndiagnosen an den Pranger zu stellen. Jahrzehntelange Destigmatisierungskampagnen können sonst innerhalb weniger Tage erhebliche Rückschläge erleiden.

Aufgaben des Arztes sind das ausführliche Studium der Fakten, die Ermittlung einer Diagnose und dann die Behandlung nach dem Stand der Erkenntnis. Die Aufgabe des Arztes ist es nicht, sich an Spekulationen zu beteiligen, die unseren Patienten schaden.



TOP II Medizin in Zeiten globaler Epidemien

- II - 01 Epidemien in Zukunft effektiv verhindern
- II - 02 Etablierung eines medizinischen Hilfswerks
- II - 04 Ebola - mehr als eine Krankheit
- II - 03 Hilfe beim Wiederaufbau der Gesundheitssysteme in Westafrika
- II - 06 Humanitäre Hilfseinsätze/Entwicklungszusammenarbeit -
gesetzliche Grundlage zur Sicherung
- II - 05 Infektionsflugzeug Medevac A340 "Robert Koch" erhalten
- II - 07 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen



TOP II Medizin in Zeiten globaler Epidemien

Titel: Epidemien in Zukunft effektiv verhindern

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

An Tropenkrankheiten leidet weltweit rund eine Milliarde Menschen, weit überwiegend die ärmsten Bevölkerungsgruppen. Um sich weltweit besser vor den Ausbrüchen solcher Infektionskrankheiten schützen zu können, ist es unabdingbar, Lehren aus den Erfahrungen mit der Ebola-Epidemie zu ziehen.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 hält daher folgende Maßnahmen für unerlässlich:

- Aufklärung und Information der Bevölkerung im betroffenen Land müssen mit der erforderlichen Kultursensibilität intensiviert werden. Die Erfahrungen aus der Ebola-Epidemie sollen evaluiert sowie Defizite und „Lessons learned“ am Beispiel Ebola identifiziert werden, insbesondere im Hinblick auf nationale, europäische und internationale Strategien zum Umgang mit Epidemien.
- Deutschland, Europa und die Weltgemeinschaft müssen die Erforschung von Infektionskrankheiten sowie die Entwicklung und den Einsatz von Diagnostiktests vorantreiben. Es muss eine staatliche Förderung für die Entwicklung und die Bereitstellung von Arzneimitteln und Impfstoffen zur Eindämmung von Epidemien geben sowie eine Finanzierung flächendeckender Impfprogramme. An die Arzneimittelhersteller wird appelliert, auch bei voraussichtlich geringen Gewinnmargen gezielte Forschung zu betreiben, um entsprechende Arzneimittel und Impfstoffe nicht nur für Tropenkrankheiten, sondern auch z. B. für TBC zu entwickeln. Dies muss im Einklang mit den Anforderungen der Deklaration von Helsinki erfolgen.
- Finanzielle Mittel, z. B. in Form eines Fonds, sollen von den Vereinten Nationen, der Weltbank, dem Internationalen Währungsfonds (IWF), der Europäischen Union und von der Bundesregierung für eine umfassende Unterstützung der betroffenen Länder zur Verfügung gestellt werden, um die Vorbereitung und Bekämpfung von Epidemien und den Wiederaufbau eigenständiger Gesundheitssysteme und des öffentlichen Lebens nach einer Epidemie zu stärken.
- Die Zuständigkeiten für die Krisen-/Risikokommunikation sind zu regeln. Für eine schnelle und effektive Krisenintervention auf nationaler, europäischer und



internationaler Ebene müssen Informationen über die vorhandenen Ressourcen, wie Transport- und Behandlungskapazitäten, an einer Stelle gebündelt und jederzeit abrufbar zur Verfügung gestellt werden. Ziel muss ein auf allen Ebenen vernetzendes Informationssystem sein, das im Krisenfall einen raschen Überblick ermöglicht:

- Auf nationaler Ebene müssen die Aktivitäten des Melde- und Lagezentrums von Bund und Ländern (GMLZ) und des Robert Koch-Instituts (RKI) aufeinander abgestimmt werden, um auch vor dem Hintergrund des föderalen Systems in Deutschland in katastrophenmedizinischen Situationen eine zentrale nationale Patientenverteilung vornehmen zu können.
- Analog dazu sind auf europäischer Ebene bestehende Strukturen wie das Emergency Response Coordination Centre (ERCC) der EU ebenso weiterzuentwickeln wie die Aufgabenwahrnehmung durch die World Health Organization (WHO).
- Die Absicherung für das ausgewählte medizinische und nichtmedizinische Personal beim Auslandseinsatz muss vom Arbeitgeber bzw. von globalen Gesundheits- und Hilfsorganisationen garantiert werden. Dies bedeutet, dass eine entsprechende Ausbildung und Vorbereitung im Herkunftsland, maximale Vorkehrungen und angemessene Ausrüstung zum Schutz vor Infektionen, ausreichende Versicherung, garantierter Rücktransport im Ansteckungs-, Krankheits- und Verletzungsfall sowie umfassende Nachsorge nach Rückkehr vom Hilfseinsatz gewährleistet sein müssen.
- Es müssen Freistellungsmöglichkeiten u. a. für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus und Arbeitsplatzgarantien für die am freiwilligen Hilfseinsatz im Ausland beteiligten Ärztinnen und Ärzte gegeben werden.



TOP II Medizin in Zeiten globaler Epidemien

Titel: Etablierung eines medizinischen Hilfswerks

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 02) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, ein staatlich finanziertes und organisiertes medizinisches Hilfswerk (MedHW) einzurichten, um medizinische Soforthilfe mit speziell ausgebildetem Gesundheitspersonal in Krisengebieten zu leisten. Dabei sollten Ärzte und andere Gesundheitsberufe durch Freistellungserleichterungen ihrer Arbeitgeber und sozialrechtliche Absicherung schneller eingesetzt werden können.

Begründung:

Die Ebola-Epidemie hat gezeigt, dass die Zusammenstellung von geeignetem medizinischen Personal für Einsätze in Krisensituationen nicht zufriedenstellend war. Die Idee der Bundesregierung, eine Art "Weißhelmtuppe" aufzubauen, wird daher grundsätzlich begrüÙt; aufgrund der begrifflichen Assoziation mit bewaffneten Einsätzen wird aber eine andere Namensgebung, wie z. B. "Medizinisches Hilfswerk", für sinnvoll erachtet.

Ein staatlich organisiertes medizinisches Hilfswerk ist eine notwendige Ergänzung, um gemeinsam mit Nichtregierungsorganisationen in Krisengebieten zeitnah eine gesundheitliche Versorgung zu unterstützen.



TOP II Medizin in Zeiten globaler Epidemien

Titel: Ebola - mehr als eine Krankheit

EntschlieÙung

Auf Antrag von Julian Veelken und Michael Janßen (Drucksache II - 04) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die Fragilität der Gesundheitssysteme in Westafrika ist die Folge einer bis heute tradierten postkolonialen Gesellschaftsorganisation in diesen Ländern. Diese Staaten haben aus ökonomischer Notwendigkeit ihr Rohstoffkapital in Form von Abbaurechten ihrer Bodenschätze an internationale Unternehmen verkauft, ohne dass diese zu Reinvestitionen in Infrastruktur, Bildung oder auch ins Gesundheitswesen veranlasst wurden. Dies führt dazu, dass kaum gesundheitserhaltende Lebensbedingungen bestehen, was beim derzeitigen Ebola-Ausbruch dramatisch offenbar wurde.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 ermahnt die politischen Entscheidungsträger der entwickelten Länder, ihre international gegebenen finanziellen Verpflichtungen in ihren Haushalten einzuhalten und zu erhöhen. Ein großer Anteil dieser Mittel muss in die Gesundheitssysteme der Empfängerländer investiert werden, um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung zu sichern. Dies muss als öffentliche Aufgabe gefördert werden und darf nicht nur der Eigenverantwortlichkeit der armen Bevölkerung überlassen oder an kommerzielle Anbieter delegiert werden.

Visionär wäre die Etablierung einer globalen Gesundheitspolitik wünschenswert. In dieser Epidemie wird die begrenzte Handlungsfähigkeit und die Schwerfälligkeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) deutlich, die wesentlich zur verspäteten Reaktion auf die Epidemie führte. Dies ist wesentlich durch die systematische Unterfinanzierung dieser Organisation begründet.



TOP II Medizin in Zeiten globaler Epidemien

Titel: Hilfe beim Wiederaufbau der Gesundheitssysteme in Westafrika

EntschlieÙung

Auf Antrag von Julian Veelken und Michael Janßen (Drucksache II - 03) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die Regierung der Bundesrepublik Deutschland und geeignete Nichtregierungsorganisationen (NGOs) werden aufgefordert, den Wiederaufbau der implodierten Gesundheitssysteme der von Ebola hauptsächlich betroffenen westafrikanischen Staaten auf Jahre nachhaltig zu unterstützen.

Wenn auch der Ebola-Ausbruch durch die internationale - wenn auch viel zu spät initiierte - Anstrengung zunehmend eingedämmt scheint, so darf nicht übersehen werden, dass die Versorgung anderer Krankheiten zwischenzeitlich vollständig zusammengebrochen ist.

Dieses zeigt sich unmittelbar in der gestiegenen Mortalität durch endemische Infektionskrankheiten, namentlich Malaria, in der Geburtshilfe oder auch bei Kinderkrankheiten durch die unterbrochenen Impfkampagnen.

Begründung:

Nachdem die Infektionszahlen für Ebola in Westafrika in den letzten Monaten zurückgehen, gerät die dramatische Gesundheitssituation in den betroffenen Ländern zunehmend aus dem Fokus der Tagespresse.

Dieses geht einher mit einem dramatischen Rückgang der personellen, finanziellen und organisatorischen Hilfe zahlreicher westlicher Staaten, was angesichts der oben skizzierten Situation als keinesfalls sachgerecht anzusehen ist.



TOP II Medizin in Zeiten globaler Epidemien

Titel: Humanitäre Hilfseinsätze/Entwicklungszusammenarbeit - gesetzliche Grundlage zur Sicherung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, PD Dr. Andreas Scholz, Frank Seibert-Alves, Dr. Dr. Hans-Dieter Rudolph und Anne Kandler (Drucksache II - 06) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

1. Arbeitsplatzgarantie:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die Ärztinnen und Ärzten ihren heimischen Arbeitsplatz während eines Hilfseinsatzes (humanitäre Hilfe/Entwicklungszusammenarbeit) und im Anschluss daran garantiert.

2. Freistellungsverpflichtung:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die Ärztinnen und Ärzten, die an Hilfseinsätzen teilnehmen wollen, eine Freistellung vom Dienst für die Dauer des Hilfseinsatzes garantiert.

Begründung:

Angesichts der zunehmenden Zahl von Krisen in der Welt wächst der Bedarf an Hilfseinsätzen von Ärztinnen und Ärzten. Zahlreiche Hilfsorganisationen engagieren sich in verdienstvoller Weise auf dem Feld der humanitären Hilfe, und ihr Einsatz erfährt weltweit eine hohe Akzeptanz.

Leider fehlen Regelungen, die den in einem Beschäftigungsverhältnis befindlichen Ärzten die Teilnahme an bisweilen mehrmonatigen Einsätzen in Krisen- und Katastrophengebieten erleichtern und die Freistellung vom Dienst sowie eine Garantie auf Weiterbeschäftigung gewährleisten - wie sie beispielsweise in Frankreich durch den Congé de solidarité international (Livre II, Titre II, Chapitre V, Section V, Article L225-9) realisiert wurden.



TOP II Medizin in Zeiten globaler Epidemien

Titel: Infektionsflugzeug Medevac A340 "Robert Koch" erhalten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Anne Kandler und Frank Seibert-Alves (Drucksache II - 05) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Klaus Fresenius (Drucksache II - 05a) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 appelliert an die Bundesregierung zu überprüfen, inwieweit das Ende letzten Jahres im Auftrag des Auswärtigen Amtes umgebaute Rettungsflugzeug "Robert Koch" erhalten werden kann. Das Schutzkonzept entspricht dem einer deutschen Sonderisolerstation und ist damit eine weltweit einzigartige Lufttransportmöglichkeit von Patientinnen und Patienten mit hochkontagiösen Erkrankungen in allen Krankheitsstadien.

Begründung:

Während medienwirksam über das Ziel diskutiert wird, zur Seuchenbekämpfung eine sogenannte "Weißhelmtruppe" einzurichten, die in infektiösen Krisenfällen weltweit schnell eingreifen könnte, wird nicht darüber berichtet, dass dieses Rettungsflugzeug aus Kostengründen wieder rückgebaut werden soll. Ein solches Flugzeug sollte der Weltgemeinschaft zur Verfügung stehen, um im Akutfall Patientinnen und Patienten oder infizierte Helferinnen und Helfer möglichst schnell in geeignete Behandlungseinheiten fliegen zu können.



TOP II Medizin in Zeiten globaler Epidemien

Titel: Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Gisbert Voigt, Uwe Lange und Marion Charlotte Renneberg (Drucksache II - 07) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, dafür Sorge zu tragen, dass nach Deutschland kommende Flüchtlinge unmittelbar ab dem Zeitpunkt ihrer Einreise die notwendigen ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen einschließlich erforderlicher Impfungen erhalten.

Dazu ist es obligat erforderlich, dass den Aufnahmeeinrichtungen die dafür notwendigen finanziellen Mittel zeitnah zur Verfügung gestellt werden.



**TOP III Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag –
Verstehen und Verständigen**

- III - 01 Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag - Verstehen und Verständigen
- III - 05 Gute ärztliche Kommunikation erfordert geeignete Rahmenbedingungen



TOP III Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag – Verstehen und Verständigen

Titel: Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag - Verstehen und Verständigen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Johannes Grundmann (Drucksache III - 01a) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 weist nachdrücklich darauf hin, dass die ärztliche Kommunikation innerhalb des Gesundheitssystems einen hohen Stellenwert hat und daher stärker unterstützt und gefördert werden muss. Er fordert daher:

- Die Fakultäten müssen die in der Approbationsordnung für Ärzte festgelegte Kompetenzentwicklung in der ärztlichen Gesprächsführung konsequent ausbauen. Ärztliche Kommunikation muss durch geeignete Übungssituationen supervidiert trainiert werden können.
 - Die interkulturelle und sprachliche Sensibilität muss auch in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung kontinuierlich gefördert werden. Die Entwicklung eines Curriculums der Bundesärztekammer zur ärztlichen Gesprächsführung, das für die Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen genutzt werden soll, wird begrüÙt. Exemplarisch für die besonderen Herausforderungen bei der Kommunikation mit schwer erkrankten Patienten und ihren Angehörigen sowie im interprofessionellen Team soll ein darauf aufbauendes Curriculum für Ärzte entwickelt werden.
 - Die Arbeits- und Rahmenbedingungen in Praxis und Klinik müssen eine geeignete und ruhige Kommunikationssituation ermöglichen, die den Schutz der persönlichen Daten und der ärztlichen Schweigepflicht gewährleistet. Zudem muss ausreichend Zeit für diese so wichtige Form der ärztlichen Zuwendung und Tätigkeit zur Verfügung stehen. Dies ist bei der Bewertung ärztlicher Tätigkeit, bei der Bedarfsermittlung und bei Stellenplänen zwingend zu beachten.
 - Zumindest für die Erstversorgung, die Diagnose von akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen und wichtige VorsorgemaÙnahmen (z. B. Impfstatus, Kinder- und Schwangerenvorsorge) bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und weiteren akut aufgenommenen Migranten muss durch Kommunen und Krankenkassen die Finanzierung von professionellen Sprach- und Kulturmittlern gesichert werden. Gleiches gilt für die ärztliche Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund,
-



sofern der Einsatz nach ärztlicher Entscheidung notwendig ist und nicht durch erwachsene geeignete Vertrauenspersonen der Patienten geleistet werden kann. Die Akteure im Gesundheitswesen werden aufgefordert, Dokumente und Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen vorzuhalten.

Begründung:

Die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten, zwischen Ärzten untereinander sowie zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsfachberufen im Team ist ein zentraler und unerlässlicher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Eine auf die Bedürfnisse des Patienten sowie seiner Angehörigen ausgerichtete Kommunikation ist für die Entwicklung und Stärkung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung von großer Bedeutung. Dadurch können Therapieadhärenz und Therapieerfolg verbessert, Fehler an den Schnittstellen sowie Fehlbehandlungen vermieden werden. Zudem wird die berufliche Zufriedenheit von Ärzten nachhaltig gesteigert.

Hohe Arbeitsbelastung, falsche ökonomische Anreize und Zwänge sowie unnötige Bürokratie, die gerade auch Patienten aus einem anderen Sprach- und Kulturkreis verwirrt, erschweren mehr und mehr das Patienten-Arzt-Gespräch, das sich an den individuellen Bedürfnissen ausrichten können muss.

An den Fakultäten wurden geeignete Prüfungs- und Lehrformate für kommunikative Kompetenzen etabliert. Im Rahmen des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) nimmt die ärztliche Gesprächsführung künftig einen zentralen Stellenwert im Medizinstudium ein. Dieses Engagement wird begrüßt und sollte flächendeckend ausgebaut werden. Darauf aufbauend muss die ärztliche Gesprächsführung auch Inhalt der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sein, begleitend und mit Bezug zu der jeweiligen ärztlichen Berufsausübung.

Den besonderen Bedürfnissen von Menschen, die aufgrund von Krankheit, Demenz oder Behinderung eingeschränkt bzw. nur mit Hilfen kommunizieren können, muss entsprochen werden. Menschen mit Migrationshintergrund können neben sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten auch Verständnisprobleme haben, die kulturell begründet sind. Insbesondere für diese Gruppe sind professionelle Sprach- und Kulturmittler für die Patientenversorgung notwendig. Die Finanzierung und Organisation dieser Dienste muss geregelt werden und darf nicht allein der Eigeninitiative von Ärzten oder Gesundheitseinrichtungen überlassen werden. Auch müssen mehrsprachige Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt werden. Als Beispiel können die in verschiedenen Sprachen vorhandenen Kurzinformationen für Patienten dienen, die das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin als Service der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt hat (unter www.patienten-information.de).



TOP III Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag – Verstehen und Verständigen

Titel: Gute ärztliche Kommunikation erfordert geeignete Rahmenbedingungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing, Wieland Dietrich und Dr. Axel Brunngraber (Drucksache III - 05) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Eine gute und gelungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient erfordert geeignete Rahmenbedingungen. Dazu gehören unter anderem:

- ein geschützter Raum zur Gewährleistung der vertrauensvollen Arzt-Patientenkommunikation. Notwendig hierzu ist Ungestörtheit und absoluter Datenschutz.
- der individuellen Situation des Patienten entsprechend ausreichende Zeit
- ausreichende Honorierung des notwendigen Zeitaufwandes.

Die kommunikative und psychosomatische Kompetenz der Ärztin/des Arztes ist Grundvoraussetzung.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung und der Politik auf, ihre Möglichkeiten dafür einzusetzen, dass diese Bedingungen im ärztlichen Alltag ermöglicht werden.



**TOP IV Sachstand der Novellierung der
(Muster-)Weiterbildungsordnung**

*Abschnitte A, B, C
Dokumentation der Weiterbildung (Logbuch)
Novelle allgemein
Verfahren Novellierung
Ambulante Weiterbildung
Andere Themen*



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Abschnitte A, B, C

- IV - 29 Weiterbildungsabschnitte
- IV - 31 Erhalt Facharzt für Allgemeinchirurgie
- IV - 05 Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen in nebenberuflicher Tätigkeit
- IV - 06 Weiterbildungsordnungen müssen dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen
- IV - 17 Antrag auf Aufnahme der Ernährungsmedizin in die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer
- IV - 18 Weiterbildung Prävention und Gesundheitsförderung
- IV - 21 Zusatzbezeichnung "Klinische Notfall- und Akutmedizin" in der (Muster-)Weiterbildungsordnung



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildungsabschnitte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA (Drucksache IV - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert, dass im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) auch vereinzelt Zeitabschnitte von drei Monaten anerkennungsfähig sind.

Begründung:

Im Rahmen von Rotationsnotwendigkeiten ist es oft einfacher, Weiterbildungsassistenten großer Häuser mit voller Weiterbildungsbefugnis zum Tausch zu gewinnen, um die Assistentinnen und Assistenten in Weiterbildung kleiner Häuser ohne volle Befugnis die Rotation zu ermöglichen. Zudem wird auch mehr Flexibilität im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie möglich gemacht.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Erhalt Facharzt für Allgemein Chirurgie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Michael Waldeck (Drucksache IV - 31) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge beschließen, den Facharzt für Allgemein Chirurgie für die flächendeckende Versorgung sowohl in der Niederlassung wie auch in den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung unbedingt zu erhalten.

Begründung:

Die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sieht vor, den Facharzt für Allgemein Chirurgie ganz abzuschaffen zu Gunsten eines Facharztes für Allgemein- und Viszeralchirurgie auf Grundlage des Weiterbildungsinhaltes Viszeralchirurgie.

In der Weiterbildung Viszeralchirurgie sind weder die Inhalte der Allgemein Chirurgie vollständig noch traumatologische Inhalte abgebildet.

Damit wird die flächendeckende allgemein chirurgische Versorgung der Bevölkerung gefährdet.

Eine Abschaffung des Facharztes für Allgemein Chirurgie (General Surgeon) ist nicht kompatibel mit der EU-Richtlinie 2005/36/EG und der Empfehlung der European Union of Medical Specialists (UEMS).



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen in nebenberuflicher Tätigkeit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Fresenius, Dr. Wolfgang Rechl und Wolfgang Gradel (Drucksache IV - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern auf, den Erwerb von Zusatz-Weiterbildungen grundsätzlich auch nebenberuflich zu ermöglichen. Entsprechend sollte der Grundsatz der gantztägigen Durchführung in hauptberuflicher Stellung für den Erwerb einer Zusatzbezeichnung gestrichen oder derart an die Vorgaben des Vertragsarztrechts angepasst werden, dass auch Nebentätigkeiten anerkennungsfähig sind.

Begründung:

Vertragsärztinnen und -ärzte mit vollem Versorgungsauftrag können seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) am 01.01.2012 nach § 20 Abs. 1 der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) eine Nebentätigkeit ausüben, solange sie unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten in dem ihrem/seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung stehen und Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anbieten.

Da die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) jedoch auch für den Erwerb von Zusatzbezeichnungen grundsätzlich eine hauptberufliche Stellung vorsieht, ist Vertragsärztinnen und -ärzten der Erwerb von Zusatzbezeichnungen (ausgenommen sind jene Zusatzbezeichnungen, die im Rahmen von Kursen erworben werden können) weitgehend versagt, obwohl die Ärzte-ZV eine Weiterbildung z. B. in Halbtags-tätigkeit zuließe. Dies stellt eine berufsrechtliche Schlechterstellung der betreffenden Ärztinnen und Ärzte dar, denn es verhindert eine angemessene fachliche Weiterentwicklung und schränkt die Freiheit der Berufsausübung in einem nicht vertretbaren Maße ein.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildungsordnungen müssen dem medizinischen Fortschritt Rechnung tragen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Gisbert Voigt und Dr. Ulrich Schwiersch (Drucksache IV - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt die geplante Aufnahme von bislang strukturierten curricularen Fortbildungen in den neuen Abschnitt D der künftigen (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO). Voraussetzung muss sein, dass die darin vermittelten Kompetenzen das Feld der ärztlichen Berufsausübung nachweislich sinnvoll erweitern und damit die Qualität der ärztlichen Leistungserbringung zum Wohl der Patientinnen und Patienten gesteigert wird.

Begründung:

Die MWBO ist immer auch Ausdruck der medizinischen Entwicklung und darf sich dem Fortschritt auf allen Gebieten der ärztlichen Berufsausübung nicht verschließen. Gleichzeitig trägt die Aufnahme von strukturierten curricularen Fortbildungen in die MWBO wesentlich zur Qualitätssicherung im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung bei.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Antrag auf Aufnahme der Ernährungsmedizin in die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Joachim Suder, Dr. Michael Schulze und Dr. Ulrich M. Clever (Drucksache IV - 17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer auf, die Ernährungsmedizin, aufbauend auf dem Curriculum "Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer", zusätzlich in die Zusatz-Weiterbildung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) aufzunehmen.

Begründung:

Seit ca. 30 Jahren gibt es das 100-stündige Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. Alle relevanten Fachgesellschaften haben daran mitgearbeitet. Das Curriculum ist fachlich hervorragend strukturiert und hat im Laufe der Zeit mehr als 5.000 Ernährungsmediziner qualifiziert. Das Interesse der Ärztinnen und Ärzte, diese Qualifikation zu erreichen, ist nach wie vor ungebrochen, obwohl es bisher keine geregelten Abrechnungsleistungen und finanziellen Entgelte gibt. Die Ernährungsmedizin wird in den Ärztekammern unterschiedlich gehandhabt; in den Ärztekammern Berlin und Niedersachsen wurde die Ernährungsmedizin in die Weiterbildungsordnung aufgenommen und ist als Zusatzbezeichnung anerkannt.

Aus wissenschaftlicher und praktischer Sicht ist der Nutzen ernährungsmedizinischer und ernährungstherapeutischer Maßnahmen sowohl im Präventionsbereich als auch für akut Kranke und chronisch Kranke unstrittig.

Zahlreiche Krankheiten sind durch Über- und Fehlernährung oder Nahrungsmittelallergien ausgelöst und führen zu hohen Folgekosten (Adipositas und Folgekrankheiten, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus u. v. m.). Zusätzlich gibt es angeborene Stoffwechselerkrankungen, in denen die Ernährungstherapie unverzichtbar ist (z. B. Phenylketonurie, Mucoviszidose).

Die wichtige Rolle des Arztes als Ernährungsmediziner in Therapie und Prävention muss durch eine Verbesserung des Standpunktes der Ernährungsmedizin in der ärztlichen



Versorgung in Deutschland und durch eine Verankerung in der Weiterbildungsordnung unterstützt werden. Ohne die Aufnahme in die MWBO wird die Ernährungsmedizin trotz ihrer Relevanz nur eine Nebenrolle spielen.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildung Prävention und Gesundheitsförderung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Ellis E. Huber und Julian Veelken (Drucksache IV - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bittet die zuständigen und verantwortlichen Akteure zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO), eine Zusatz-Weiterbildung und/oder berufsbegleitende Weiterbildung Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und einzubringen.

Begründung:

Mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine grundlegende Neuorientierung der sozialen Gesundheitssysteme eingeleitet, die inzwischen mit dem kommenden Präventionsgesetz (PrävG) auch in Deutschland wachsende Bedeutung erhält. Prävention und Gesundheitsförderung werden zu einem fachlich differenzierten und professionell ausgestalteten Versorgungsbereich im Gesundheitssystem. Es ist daher sinnvoll und gesundheitspolitisch nützlich, mit einer entsprechenden Zusatz-Weiterbildung die ärztliche Kompetenz in diesem Tätigkeitsfeld zu positionieren und wirksam zur Geltung zu bringen. Mit der strukturierten curricularen Fortbildung "Gesundheitsförderung und Prävention" der Bundesärztekammer vom Oktober 2008 (3. Auflage) sind grundlegende Vorarbeiten bereits erfüllt.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusatzbezeichnung "Klinische Notfall- und Akutmedizin" in der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Thomas Werner, Carsten Mohrhardt und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache IV - 21) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Zusatz-Weiterbildung "Klinische Notfall- und Akutmedizin" soll in die (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) aufgenommen werden.

Durch stetig steigende Patientenzahlen in den Notaufnahmen steigen die Anforderungen an dort tätige Ärztinnen und Ärzte permanent. Von den Fachgesellschaften wird die 2008 gestellte Forderung der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) nach einer eigenständigen Facharztqualifikation als "falscher Weg" abgelehnt, gleichwohl wird der Bedarf für eine bessere Qualifizierung der Kolleginnen und Kollegen sowie die Notwendigkeit zur Etablierung einer Zusatz-Weiterbildung ebenfalls gesehen.

Um auch in Zukunft einen qualitativ hohen Standard der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland zu sichern und auch die Kolleginnen und Kollegen entsprechend anleiten zu können, ist die bundesweite Einführung einer Zusatzqualifikation dringend erforderlich.

Es existiert in Berlin ein von der Ärztekammer Berlin entwickeltes Curriculum, das seitens der Ordnungsbehörden mit dem zehnten Nachtrag zur MWBO genehmigt wurde, das hierfür als Vorlage genutzt werden kann.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Dokumentation der Weiterbildung (Logbuch)

IV - 07 Bessere Supervision der Facharztweiterbildung ermöglichen



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Bessere Supervision der Facharztweiterbildung ermöglichen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Klaus Fresenius und Wolfgang Gradel (Drucksache IV - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt und unterstützt Vorschläge zur Einführung von Weiterbildungscurricula in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) und in elektronischen Logbüchern bei den Landesärztekammern (LÄK), um das jeweils aktuelle Weiterbildungsverhältnis und den individuellen Stand der Weiterbildung für die Beteiligten transparent abbilden und vorhalten zu können.

Die elektronischen Logbücher sollen Weiterzubildende freiwillig nutzen können; entscheiden sie sich dafür, müssen die betreffenden Weiterbilder zur Nutzung verpflichtet sein. Defiziten, die sich im Rahmen der damit verbesserten Supervision der Facharztweiterbildung ergeben, sollte von den LÄK mit den zur Verfügung stehenden Mitteln geeignet nachgegangen werden.

Begründung:

Die LÄK verantworten im Auftrag des Gesetzgebers die Durchführung und Organisation der Facharztweiterbildung. Dies muss in geeigneter Weise sichergestellt und angemessen begleitet werden.

In der MWBO verankerte Curricula ermöglichen die Abbildung einheitlicher Vorgaben und Anforderungen, die inhaltlich-fachlich und zeitlich an den Erwerb von Facharzt- und Zusatzbezeichnungen geknüpft sind. Das sorgt für vergleichbare Qualitätsstandards in der Weiterbildung, gibt Weiterzubildenden und Weiterbildern einen fachlich fundierten Rahmen und unterstützt damit den Weiterbilder bei der Wahrnehmung seiner weiterbildungsrechtlichen Verpflichtungen.

Auf dieser Basis können bei den LÄK eingerichtete elektronische Logbücher einen wesentlichen Beitrag zur besseren Supervision der Facharztweiterbildung leisten und den LÄK helfen, ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, d. h. die ordnungsgemäße Durchführung der Weiterbildung zu begleiten und langfristig auf hohem qualitativen



Niveau zu sichern.

Grundsätzlich sind bei den oben genannten Maßnahmen der Datenschutz zu gewährleisten und entsprechende Sicherheits- und Authentifizierungsverfahren vorzuhalten.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Novelle allgemein

- IV - 25 Abstimmung zwischen ärztlicher Aus- und Weiterbildung
- IV - 24 Definition von Kompetenzen
- IV - 30 Bedeutung von Richtzahlen in der Weiterbildung begrenzen
- IV - 27 Definition von Lernzielen
- IV - 26 Förderung der Entwicklung zur Arztpersönlichkeit
- IV - 22 Medizindidaktik
- IV - 28 Nutzung von Simulationsprogrammen



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Abstimmung zwischen ärztlicher Aus- und Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Julian Veelken (Drucksache IV - 25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die verantwortlichen Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern auf, sich bei der Weiterentwicklung der Weiterbildung mit den Reformbemühungen der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) zu vernetzen, um den Übergang von der Ausbildung zur Weiterbildung zu strukturieren und die fachlichen sowie überfachlichen Kompetenzen, aufbauend auf den Studieninhalten in der Weiterbildung, abzubilden.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Definition von Kompetenzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Julian Veelken (Drucksache IV - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die verantwortlichen Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern sowie die beteiligten Fachgesellschaften auf, für jede Facharztgruppe die notwendigen fachlichen und überfachlichen Kompetenzen zu definieren und darauf die Inhalte der Weiterbildungsinhalte aufzubauen.

Begründung:

Analog zu den Kompetenzmodellen im Rahmen der Reformstudienbemühung für das Medizinstudium sollen die Bemühungen zum Aufbau des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Weiterbildung Medizin (NKLWM) konsequent weitergeführt werden.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Bedeutung von Richtzahlen in der Weiterbildung begrenzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Julian Veelken (Drucksache IV - 30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die mit der Novellierung der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) betrauten Gremien und Institutionen werden aufgefordert, das ursprüngliche Ziel der derzeitigen Novellierungsdebatte, nämlich die Entwicklung einer kompetenzbasierten Weiterbildungsordnung, wieder ins Zentrum der Bemühungen zu stellen.

Wiederholt haben wir darauf hingewiesen, dass es der Idee einer Kompetenzbasierung widerspricht, den Erwerb von Weiterbildungsinhalten im Wesentlichen über Richtzahlen zu bescheinigen.

Wie aus den entsprechenden Arbeitsgruppen berichtet wird, steht dort die Diskussion über solche Richtzahlen leider im Vordergrund.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Definition von Lernzielen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Julian Veelken (Drucksache IV - 27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die verantwortlichen Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern sowie die beteiligten Fachgesellschaften auf, sich bei der Definition der Lernziele viel stärker am heutigen und zukünftigen ärztlichen Rollenbild auszurichten und mehr Gewicht auf überfachliche Kompetenzen zu legen.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Förderung der Entwicklung zur Arztpersönlichkeit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA (Drucksache IV - 26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bittet die an der Reformierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) arbeitenden Gremien, bei der ärztlichen Weiterbildung einen besonderen Wert auf die Entwicklung einer professionellen Arztpersönlichkeit zu legen und weniger auf die Dauer oder Anzahl von Eingriffen. Dafür sind neben Fach- und Methodenkompetenzen auch die Aktivitäts- und Handlungs-, sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen zu beachten.

Begründung:

Fachärzte brauchen zusätzlich weit über die unmittelbare Patientenversorgung hinausgehende Fähigkeiten, nämlich interdisziplinäres und interprofessionelles Teamdenken, die eines Gesundheitsberaters und Patientenfürsprechers sowie eines Verantwortungsträgers und Managers, der sich eben nicht nur mit dem ökonomischen, sondern auch mit dem Qualitäts-, Risiko- und Versorgungsmanagement beschäftigt. Nicht die bescheinigte Anzahl von durchgeführten Eingriffen spiegelt adäquat wieder, ob der angehende Facharzt ausreichende Kompetenzen hat. Maßgeblich ist, dass vom Weiterbildungsbefugten bescheinigt werden kann, dass das "Gesamtpaket" mit verantwortlichem Vorgehen in der Indikationsstellung, interdisziplinärer Patientenberatung, Durchführungsfähigkeit des Eingriffs und der interprofessionellen postinterventionellen Nachbetreuung vom Weiterzubildenden beherrscht wird. Gute Fachärzte zeichnen sich durch breites Fachwissen, gute technische Fertigkeiten, aber auch durch gute sozial-kommunikative Fähigkeiten und ein exzellentes klinisches Urteilsvermögen aus.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Medizindidaktik

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Julian Veelken (Drucksache IV - 22) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert, dass die Landesärztekammern Angebote für Medizindidaktik für Weiterbildungsbefugte anbieten und damit im Rahmen der curricular zu gestaltenden ärztlichen Weiterbildung mehr moderne Lehr- und Lernmethoden Einzug finden.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Nutzung von Simulationsprogrammen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Julian Veelken (Drucksache IV - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert, dass im Rahmen der Fort- und Weiterbildung analog zur Luftfahrt Simulationsprogramme aufzubauen und in die ärztliche Fort- und Weiterbildung zu integrieren sind.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Verfahren Novellierung

- IV - 19 Offene Diskussion der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten
- IV - 33 Aktualisierung neuer Weiterbildungsinhalte, die zwischen den beteiligten Fachgesellschaften konsentiert sind



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Offene Diskussion der (Muster-)Weiterbildungsordnung erhalten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Julian Veelken und Dr. Eva Müller-Dannecker MBA (Drucksache IV - 19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die mit der Novellierung der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) betrauten Gremien und Institutionen werden aufgefordert darauf hinzuwirken, dass die bis vor etwas mehr als einem Jahr geübte transparente Diskussionskultur bei der Erarbeitung der MWBO wiederhergestellt wird.

Wenn auch die im WIKI-BÄK seinerzeit eingestellten Inhalte sehr heterogen und teilweise unbefriedigend waren, so führte das Format zu einer offenen Diskussionskultur vieler Beteiligter, die dem Vorhaben einer grundlegenden MWBO angemessen ist.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bittet, über die derzeit in geschlossenen Arbeitsgruppen erfolgenden Beratungen die interessierte Ärzteöffentlichkeit jeweils zeitnah und umfassend in geeigneten Foren zu informieren.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Aktualisierung neuer Weiterbildungsinhalte, die zwischen den beteiligten Fachgesellschaften konsentiert sind

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Strömer und PD Dr. Claudia Borelli (Drucksache IV - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auf dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 in Hamburg werden unabhängig von der Weiterentwicklung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) innovative, neue, bisher in der MWBO noch nicht definierte Inhalte, die zwischen den beteiligten Fachgebieten schriftlich gegenüber der Bundesärztekammer als konsentiert gemeldet wurden, zur Abstimmung gestellt.

Begründung:

Die Fertigstellung der neuen MWBO nimmt erkennbar noch mehrere Jahre in Anspruch. Die Weiterentwicklung in der Medizin macht jedoch an manchen Stellen eine zeitnahe Aktualisierung der bestehenden MWBO erforderlich. Anders sind Innovationen, wie beispielsweise die Molekularpathologie, nicht in den Fachgebieten zu verankern. Eine weitere Etablierung derartiger Inhalte wird behindert.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Ambulante Weiterbildung

- IV - 03 Weiterbildung ist ärztliche Berufsausübung
- IV - 01 Stärkung der ambulanten Weiterbildung
- IV - 16 Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 2013/2014 müssen unverzüglich umgesetzt werden.
- IV - 08 Überregulierung der ärztlichen Weiterbildung verhindern
- IV - 23 Finanzierung der Weiterbildung
- IV - 12 Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich
- IV - 02a Änderungsantrag zu IV - 02 - Finanzierung der ambulante Weiterbildung
- IV - 02 Finanzierung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung
- IV - 20 Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten in Anlehnung an die Weiterbildungsförderung von Allgemeinmedizinern



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildung ist ärztliche Berufsausübung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 lehnt alle Bestrebungen, die Unterschiede zwischen ärztlicher Ausbildung und ärztlicher Weiterbildung zu nivellieren, ab.

Begründung:

Die ärztliche Ausbildung endet mit der Approbation. Die weitere Qualifizierung zum Facharzt, in Schwerpunkten und Zusatz-Weiterbildungen, erfolgt im Rahmen der Tätigkeit als Ärztin bzw. Arzt. Weiterbildung ist ärztliche Berufsausübung. Die verschiedenen Facharzttrichtungen stellen keine eigenen ärztlichen Berufe dar, sondern sind eine Form der Berufsausübung des einheitlichen Arztberufes.

Die ärztliche Weiterbildung liegt im Zuständigkeitsbereich der Länder, die diese Aufgabe an die Landesärztekammern übertragen haben. Von diesen werden detaillierte Regelungen zur ärztlichen Weiterbildung (Weiterbildungsordnungen) auf der Grundlage gesetzlicher Rahmenvorgaben festgelegt.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Stärkung der ambulanten Weiterbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 hält unverändert an dem Grundsatz bisheriger Ärztetagsbeschlüsse fest, verpflichtende ambulante Weiterbildungsabschnitte nur dann in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) festzuschreiben, wenn die Finanzierung dieser Abschnitte gesichert ist. In der novellierten MWBO soll keine grundsätzliche Bestimmung vorgenommen werden, in welchem Versorgungsbereich die Weiterbildung zu erfolgen hat. Dort, wo Leistungen ausschließlich in einem der beiden Sektoren vorgehalten werden, sollten entsprechende Mindestweiterbildungszeiten in angemessenem Rahmen explizit ausgewiesen werden. Mittel- bis langfristig sollten aus versorgungstechnischen wie didaktischen Gesichtspunkten Mindestweiterbildungszeiten von z. B. je sechs bis zwölf Monaten als Erfahrungszeiten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich angestrebt werden. Voraussetzung ist allerdings, dass das Fachgebiet dies erfordert, die Finanzierung gesichert ist sowie ausreichend Weiterbildungsstätten vorhanden sind.

Der 118. Deutsche Ärztetag begrüÙt, dass der Gesetzgeber die Kernforderungen der Ärzteschaft mit dem Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) aufgegriffen hat und die bestehende Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung im SGB V verankern will. Mit der Überführung des bislang in einem Artikelgesetz (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz) geführten Förderprogramms in das SGB V wird der finanziellen Unterstützung der ambulanten Weiterbildung in der Allgemeinmedizin grundsätzlich ein höherer Stellenwert zugewiesen. Ebenfalls positiv ist zu sehen, dass laut Gesetzesbegründung die Vertragspartner eine Erweiterung des Programms auf weitere Fachgruppen vornehmen können. In diesem Zusammenhang ist auch zu begrüÙen, dass der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-VSG Regelungen in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorsieht mit dem Ziel, die Honorierung von weiterbildenden Arztpraxen zu verbessern und die Finanzierung der Weiterbildungsstätten zu sichern. Allerdings fehlen bisher adäquate Modelle für eine Finanzierung der fachärztlichen ambulanten Weiterbildung.

Der 118. Deutschen Ärztetag begrüÙt, dass sich Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unabhängig von gesetzgeberischen



Maßnahmen dazu bekannt haben, mehrschichtige Finanzierungsmodelle für eine bundesweit koordinierte finanzielle Förderung abzustimmen, um die Begleitung und Qualitätssicherung der Weiterbildung eng an die ärztliche Selbstverwaltung zu binden. Im Interesse des ärztlichen Nachwuchses wird der Gesetzgeber daher aufgefordert, die Finanzierung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung über eine gesetzliche Regelung zu sichern.

Begründung:

Die beiden letzten Deutschen Ärztetage haben sich bereits intensiv mit der Stärkung der ambulanten Weiterbildung befasst und Eckpunkte für die Umsetzung definiert. Die begonnene Diskussion der Beteiligten über die verschiedenen Finanzierungsmodelle muss aufgegriffen und zeitnah ein Konsens zur Ausgestaltung der Finanzierung gefunden werden.

Der Gesetzgeber muss geeignete Rahmenregelungen schaffen, damit für die Vergütung der durch die weiterzubildenden Ärzte erbrachten Leistungen und die Finanzierung der notwendigen Strukturen für die Weiterbildung auch in der Vertragsarztpraxis ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 2013/2014 müssen unverzüglich umgesetzt werden.

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Martin Junker (Drucksache IV - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, die Beschlüsse der letzten beiden Ärztetage zur Weiterbildung in niedergelassenen Praxen unverzüglich umzusetzen. Politik, Krankenkassen und die ärztlichen Körperschaften müssen sich endlich zu einer einvernehmlichen Regelung zusammenfinden!

Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer sowie der Landesärztekammern werden weiterhin aufgefordert, mit ihren Weiterbildungsausschüssen endlich die Inhalte der geforderten Weiterbildung in niedergelassenen Praxen aufzustellen, damit daraus resultierend auch die Finanzierung dieses Weiterbildungsabschnitts eingefordert werden kann. Dafür müssen die Fachrichtungen und die erforderlichen Weiterbildungsinhalte definiert und dargestellt werden. Nur dann kann auch der Druck auf die politischen Gremien zur Ausgestaltung der Finanzierung erhöht werden.

Der 118. Deutsche Ärztetag sieht eine Möglichkeit der Finanzierung in der Bereitstellung aus dem Gesundheitsstrukturfonds. Dies würde die Beliebigkeit anderer Finanzierungsmöglichkeiten vermeiden.

Eine zweite Möglichkeit wäre die Finanzierung über eine Weiterführung der Gehaltszahlungen des Krankenhauses, in dem der Weiterzubildende beschäftigt ist (ohne Nachtdienstzuschläge, die bei Ableistung gesondert zu entlohnen wären). Diese sind über die Krankenhauspauschale der Krankenkassen miteinzupreisen. Dies hat ebenfalls über eine gesetzliche Regelung zu erfolgen.

Begründung:

Wenn die ärztlichen Gremien erst dann mit der Definition und Strukturierung der Weiterbildung in ärztlicher Praxis beginnen, wenn die Politik für diese diffuse Forderung eine Finanzierung zusichert, werden diese notwendigen Weiterbildungsinhalte nie zur



Realität werden!

Es muss deutlich gemacht werden, dass wir eine Sicherung der medizinischen Versorgung in der ambulanten Medizin nur erreichen können, wenn über die Weiterbildung in niedergelassener Praxis Ärztinnen und Ärzte auch diese Form ärztlicher Berufsausbildung kennen- und schätzen lernen. Da schon jetzt die fachärztliche Versorgung in vielen Landesteilen wegzubrechen droht, muss hier unverzüglich gehandelt werden!

Allein aus diesem Grund ist eine weitere Verzögerung nicht mehr zu akzeptieren: Ein Wegbrechen der haus- wie fachärztlichen Grundversorgung in niedergelassener Praxis gefährdet die medizinische Versorgung der Bevölkerung und provoziert Substitution und Verlagerung ärztlicher Kompetenz!

Darum: Jetzt muss gehandelt werden!



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Überregulierung der ärztlichen Weiterbildung verhindern

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, Dr. Claus Beermann, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Michael Krakau, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Helmut Peters und Dr. Joachim Dehnst (Drucksache IV - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt im Grundsatz die Absicht des Gesetzgebers, die Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im Hinblick auf die Besonderheiten dieses Fachgebietes rechtssicherer auszugestalten. Diese Konzepte sind jedoch auf andere Fachrichtungen nicht übertragbar.

Ärztliche Weiterbildung zeichnet sich dadurch aus, dass sie in hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an zugelassenen Weiterbildungsstätten erfolgt. Kennzeichnend für die Weiterbildung ist die praktische Anwendung ärztlicher Kenntnisse in der Patientenversorgung. Weiterbildung erfolgt also als Teil der ärztlichen Berufsausübung und ist entsprechend als Arbeitsleistung zu vergüten.

Von Ärzten während der Weiterbildung gegenüber Patienten erbrachte Arbeitsleistungen sind entsprechend den hierfür festgelegten vertraglichen oder tariflichen Bedingungen zu vergüten. Das gilt sowohl im Bereich der stationären wie auch der ambulanten Versorgung.

Die Weiterbildungsordnungen legen sachgerechterweise den zeitlichen Umfang und die nachzuweisenden Inhalte fest. Welche Weiterbildungsinhalte im ambulanten oder stationären Bereich (oder in beiden Bereichen) absolviert werden können, muss sich nach den tatsächlichen Versorgungsverhältnissen und nicht nach rechtlichen Vorgaben richten. Da die tatsächlichen Versorgungsverhältnisse einem ständigen Wandel unterworfen sind, ist eine prospektive rechtliche Festlegung dahingehend, dass bestimmte Weiterbildungsinhalte nur im stationären Bereich oder nur im ambulanten Bereich zu absolvieren sind, sachwidrig und fehl am Platz. Der 118. Deutsche Ärztetag lehnt daher jede Form einer abstrakten Festlegung, dass einzelne Weiterbildungsabschnitte nur im stationären oder nur ambulanten Bereich durchzuführen sind, ab.

Ärztliche Leistungen müssen gleichermaßen finanziert bzw. abrechnungsfähig sein, und zwar unabhängig davon, ob sie unter Anleitung während der Weiterbildung oder ohne fachärztliche Aufsicht letzt- und eigenverantwortlich erbracht werden. Die Kosten müssen



von den jeweiligen Kostenträgern übernommen werden.

Zentrale Schwächen und Probleme des Förderprogramms Allgemeinmedizin konnten bislang nicht behoben werden. So sind trotz Förderung der Ärzte, die sich in Praxen von niedergelassenen Ärzten allgemeinmedizinisch qualifizieren wollen, diese in der Regel finanziell deutlich schlechter gestellt als ihre Kollegen im Krankenhaus. Hier geht das Gesetz mit seiner Bezugnahme auf die tariflichen Entgelte im Krankenhaus in die richtige Richtung.

Nachweislich erhöhen regionale Weiterbildungsverbände, die eine nahtlose Rotation durch Kliniken und Praxen erlauben, die Nachwuchszahlen in der Allgemeinmedizin. Um dies zu stärken, ist nicht die Einführung neuer Kompetenzzentren nötig, sondern eine Anstellung aus einer Hand im Sinne einer Verbundweiterbildung. Die Landesärztekammern haben bereits mehrfach bewiesen, dass sie die Grundlagen dazu schaffen können. Dies gilt es zu stärken und auszubauen, weitergehende Regulierungen sind im Hinblick auf die Rechtsnatur der ärztlichen Weiterbildung nicht angezeigt.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Finanzierung der Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Julian Veelken (Drucksache IV - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert eine adäquate Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im stationären und ambulanten Versorgungsbereich, um eine angemessene Anleitung durch Fachärzte zu gewährleisten.

Begründung:

Eine strukturierte ärztliche Weiterbildung benötigt eine höhere Personalbesetzung für die Anleitung der Weiterbildungsassistenten.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Svea Keller, Julian Veelken, Dr. Thomas Werner und Michael Janßen (Drucksache IV - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Regelungen zu schaffen, welche die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im ambulanten und stationären Bereich für alle Fachgebiete sicherstellen. Die Kosten der ärztlichen Weiterbildung sollen durch die Krankenversicherungen übernommen werden.

Begründung:

Bislang fördern die Krankenversicherungen lediglich die Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin auf der Grundlage von § 8 Abs. 2 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) sowie gemäß der auf dieser Basis zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geschlossenen Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung. Die in diesem Rahmen zur Verfügung gestellten Finanzmittel dienen der Sicherung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V.

Die ärztliche Weiterbildung steht im gesamtgesellschaftlichen Interesse. Für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung wird nicht nur in der Allgemeinmedizin, sondern in allen ärztlichen Fachgebieten die qualitativ hochwertige Weiterbildung einer hinreichenden Anzahl von Ärztinnen und Ärzten benötigt. Um das Gelingen dieser wichtigen Aufgabenstellung abzusichern, ist es erforderlich, den hierfür entstehenden finanziellen Bedarf anzuerkennen und zusätzlich zu der Finanzierung der unmittelbaren Patientenversorgung zu decken.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Änderungsantrag zu IV - 02 - Finanzierung der ambulante Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf von Römer und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache IV - 02a) zum Entschließungsantrag von Vorstand (Drucksache IV - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In Zeile 13, erster Spiegelstrich, wird nach dem Komma ergänzt:

"aus dem auch die von den Weiterzubildenden erbrachten Mehrleistungen finanziert/vergütet werden, da diese Mehrleistungen grundsätzlich nicht in der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung enthalten sind."



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Finanzierung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Prof. Dr. Rüdiger Smektala und Dr. Hans-Albert Gehle (Drucksache IV - 02b) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bekräftigt die Notwendigkeit, die ambulanten Weiterbildungsmöglichkeiten in patientennahen Fachgebieten im Interesse einer bestmöglichen Qualifizierung der jungen Ärztinnen und Ärzte für ihre zukünftigen Aufgaben in der Patientenversorgung weiter auszubauen.

Die Weiterbildung der approbierten Ärztinnen und Ärzte erfolgt im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit. Hiervon leitet sich der Anspruch dieser Ärzte auf tarifliche Konditionen ab, die denen der angestellten Ärzte im Krankenhaus entsprechen.

Die Unterschiede zwischen ambulantem und stationärem Sektor machen es erforderlich, dass die Finanzierung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung vergleichbar zum Förderprogramm Allgemeinmedizin vom Gesetzgeber eigenständig im SGB V geregelt wird. Der 118. Deutsche Ärztetag spricht sich für eine Mischfinanzierung aus, die sich aus folgenden Quellen zusammensetzt:

- gesetzlich verankertes extrabudgetäres Förderprogramm der Krankenkassen,
- Abrechnung und Refinanzierung der vom Weiterzubildenden erbrachten ärztlichen Tätigkeiten über die Weiterbildungsstätte bzw. den Weiterbildungsbefugten.

Der 118. Deutsche Ärztetag appelliert an alle Verantwortlichen, umgehend ein Finanzierungskonzept für die ambulante fachärztliche Weiterbildung umzusetzen, das die Arbeitskraft sowie das Wissen von jungen Ärztinnen und Ärzten, die sich in Weiterbildung befinden, angemessen wertschätzt und honoriert.

Begründung:

Als sinnvoll wird ein schrittweiser Aufbau der Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung angesehen. Begonnen werden sollte dabei mit der Finanzierung von sechsmonatigen Weiterbildungsabschnitten in Fachgruppen der wohnortnahen



fachärztlichen Versorgung.

Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist, dass die Weiterbildungsstätten im ambulanten Bereich eine Möglichkeit zur Refinanzierung der von ihnen an die Weiterzubildenden gezahlten Gehälter erhalten. Daneben gilt es, mit der Einrichtung von Geschäftsstellen für die ambulante Weiterbildung bei den Landesärztekammern und dem Ausbau der Verbundweiterbildung im fachärztlichen Bereich fördernde und unterstützende Strukturen aufzubauen.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten in Anlehnung an die Weiterbildungsförderung von Allgemeinmedizinern

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Thomas Fischbach, Dr. Joachim Suder, Dr. Gisbert Voigt, Georg Gärtner, Dr. Helmut Peters, Kai Sostmann, Dr. Heidrun Gitter und Prof. Dr. Christian von Schnakenburg (Drucksache IV - 20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung und die Krankenkassen auf, die Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten in Anlehnung an die Weiterbildungsförderung auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin finanziell zu fördern.

Begründung:

Da die Kinder- und Jugendärzte der hausärztlichen Versorgungsebene angehören und auch hier zunehmend Praxen nicht nachbesetzt werden, aber auch, da die nachfolgende Medizinergeneration andere Arbeitszeitmodelle hat, muss auch die Kinder- und Jugendmedizin gefördert werden. Unsere Erfahrungen zeigen, dass junge Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten nach einer Weiterbildung in den Praxen auch bereit sind, nach Abschluss ihrer Weiterbildung in der ambulanten Versorgung zu arbeiten. Auch die Kinder- und Jugendmedizin steuert gerade im ambulanten Versorgungsbereich auf eine Unterversorgung zu, wenn nicht umgehend gegengesteuert wird. Die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte nimmt kontinuierlich ab, wohingegen die Zahl der stationär tätigen Kinder- und Jugendärzte kontinuierlich deutlich ansteigt.

Zudem werden die Weiterbildungsstellen in stationären Klinikabteilungen für Kinder und Jugendliche aufgrund des massiven Bettenabbaus in der Pädiatrie ebenfalls zunehmend gestrichen, daher sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass ein Teil (z. B. sechs Monate) der Facharztweiterbildung im ambulanten Bereich absolviert werden kann. Außerdem unterscheidet sich das Versorgungsspektrum von Kindern und Jugendlichen in der Grundversorgung und der stationären Versorgung sehr wesentlich. Die Finanzierung dieser Weiterbildung muss gewährleistet sein.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Andere Themen

- IV - 10a Landesärztekammern sollen Anträge auf Facharztprüfung auch bei Wechsel der Zuständigkeit abschließen
- IV - 10 Landesärztekammern sollen Anträge auf Facharztprüfung auch bei Wechsel der Zuständigkeit abschließen
- IV - 15 Bei der (Muster-)Weiterbildungsordnung tageweise Weiterbildung in Verbundweiterbildung ermöglichen
- IV - 04 Sanktionierungsmöglichkeiten bei schlechter Qualität der Weiterbildung ausschöpfen



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Landesärztekammern sollen Anträge auf Facharztprüfung auch bei Wechsel der Zuständigkeit abschließen

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Susanne Johna, Frank Seibert-Alves, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 10a) zum Beschlussantrag von Dr. Susanne Johna, Frank Seibert-Alves, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der erste Satz des Antrages IV - 10 wird wie folgt geändert:

"Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 appelliert an die Landesärztekammern, folgendes Vorgehen **rechtlich zu prüfen**:"



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Landesärztekammern sollen Anträge auf Facharztprüfung auch bei Wechsel der Zuständigkeit abschließen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Susanne Johna, Frank Seibert-Alves, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 appelliert an die Landesärztekammern, folgendes Vorgehen gemeinsam festzulegen:

Vollständige Anträge auf Facharztprüfung, die in einer Ärztekammer zum Zeitpunkt der Einreichung zuständigkeitshalber korrekt eingereicht wurden, sollen in dieser Landesärztekammer auch abschließend bearbeitet werden, sofern die nach Wechsel des Arbeitsplatzes neu zuständige Landesärztekammer damit einverstanden ist.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Bei der (Muster-)Weiterbildungsordnung tageweise Weiterbildung in Verbundweiterbildung ermöglichen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Christian Albring, Wieland Dietrich, Dr. Joachim Wichmann, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Gisbert Voigt und Christa Bartels (Drucksache IV - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Weiterbildungsabschnitte von z. B. drei, sechs oder mehr Monaten sollten künftig auch innerhalb von Verbundweiterbildungsermächtigungen mit tageweisem Wechsel zwischen den Weiterbildungern und Weiterbildungsstätten (z. B. im Krankenhaus und in der Vertragsarztpraxis) im gleichen Gebiet ermöglicht werden.



TOP IV Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Sanktionierungsmöglichkeiten bei schlechter Qualität der Weiterbildung ausschöpfen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Daniel Johannes Peukert und Dr. Klaus Reinhardt (Drucksache IV - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Landesärztekammern auf, Hinweise für eine mangelhafte Qualität der Weiterbildung – z. B. im Rahmen einer Evaluation – ernst zu nehmen und darauf rasch und angemessen zu reagieren. Dabei sind alle zur Verfügung stehenden Mittel und auch Sanktionsmöglichkeiten auszuschöpfen.

Begründung:

Eine mangelhafte Qualität der Weiterbildung schadet vorrangig den betreffenden Weiterzubildenden und deren späteren Patienten. Zu deren Schutz sind die Kammern, die den gesetzgeberischen Auftrag zur Durchführung und Organisation der Facharztweiterbildung innehaben, verpflichtet, die angemessene Qualität mit den geeigneten Mitteln sicherzustellen.

Bei erhärteten Verdachtsmomenten auf Qualitätsmängel an einer Weiterbildungsstätte oder bei einem Weiterbildungsbefugten sind daher regelhaft Visitationen durchzuführen. Sind die Voraussetzungen für eine den Qualitätsanforderungen der Kammer genügenden Weiterbildung nicht mehr gegeben, sind geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Missstände zu beseitigen. Ein Entzug der Befugnis sollte nur als letztes Mittel in Betracht gezogen werden, aber nicht ausgeschlossen sein. In diesem Fall sind Vorkehrungen zu treffen, die verhindern, dass die betroffenen Weiterzubildenden durch diese Maßnahme Nachteile für ihre Weiterbildung hinnehmen müssen.



**TOP V Teilnovellierung der §§ 10 Abs. 2, 15 Abs. 3, 18 Abs. 1
und 20 Abs. 2 der (Muster-)Berufsordnung für die in
Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)**

- V - 01 Novellierung einzelner Vorschriften der MBO-Ä
- V - 02 Korruption - (Muster-)Berufsordnung



TOP V Teilnovellierung der §§ 10 Abs. 2, 15 Abs. 3, 18 Abs. 1 und 20 Abs. 2 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)

Titel: Novellierung einzelner Vorschriften der MBO-Ä

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V - 01) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Die nachstehenden Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) in der Fassung des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, zuletzt geändert durch den 114. Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel, werden wie folgt neu gefasst:

1. § 10 Abs. 2 Satz 1 MBO-Ä

"Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen in die sie betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte der Ärztin, des Arztes oder Dritter entgegenstehen."

2. § 15 Abs. 3 MBO-Ä

"Ärztinnen und Ärzte beachten bei der Forschung am Menschen nach § 15 Abs. 1 die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in der Fassung der 64. Generalversammlung 2013 in Fortaleza niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen."

3. § 18 Abs. 1 Satz 3 MBO-Ä

"Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht."

4. § 20 Abs. 2 MBO-Ä

"Die Praxis einer verstorbenen Ärztin oder eines verstorbenen Arztes kann zugunsten ihres Witwers oder seiner Witwe, ihrer Partnerin oder seines Partners nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von sechs Monaten



nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt fortgesetzt werden."

Begründung:

Zu 1.:

§ 10 Abs. 2 Satz 1 MBO-Ä regelt die Einsichtnahme der Patienten in die ärztliche Dokumentation. Bislang sind diejenigen Teile von der Einsichtnahme ausgenommen, die subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen der Ärztin oder des Arztes enthalten. Nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 steht diese Ausnahme im Widerspruch zu § 630g des Bürgerlichen Gesetzbuches. Darin ist geregelt, dass Patienten auf deren Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, sie betreffende Patientenakte zu gewähren ist, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Diese Formulierung wird im Wesentlichen übernommen und um den Bezug auf erhebliche Rechte von Ärztinnen und Ärzte ergänzt.

Zu 2.:

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird der Verweis in § 15 Abs. 3 MBO-Ä an die im Oktober 2013 von der 64. Generalversammlung des Weltärztebundes in Fortaleza (Brasilien) neu verabschiedete Fassung der Deklaration von Helsinki angepasst.

Zu 3.:

§ 18 Abs. 1 Satz 2 MBO-Ä regelt die Zulässigkeit einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft (TBAG) unter der Bedingung, dass keine Umgehung des § 31 MBO-Ä erfolgt. Nach § 18 Abs. 1 Satz 3 MBO-Ä liegt eine Umgehung insbesondere vor, wenn sich der Beitrag der Ärztin oder des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder der TBAG beschränkt. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat nach Prüfung der verschiedenen in § 18 Abs. 1 der Berufsordnung (BO) Baden-Württemberg enthaltenen Varianten den § 18 Abs. 1 Satz 3 Fall 1 BO für verfassungswidrig erklärt (BGH, Urt. v. 15.05.2014, Az.: I ZR 137/12). Die MBO-Ä enthält die gleiche Formulierung. § 18 Abs. 1 Satz 3 Fall 1 MBO-Ä wird daher aus verfassungsrechtlichen Gründen gestrichen.

Zu 4.:

§ 20 Abs. 2 MBO-Ä regelt die Praxisvertretung für den Fall, dass die Ärztin oder der Arzt versterben. Die Ergänzung des § 20 MBO-Ä dient der Anpassung der Vorschrift an die Gleichstellung gleichgeschlechtlicher Lebenspartnerschaften durch das Lebenspartnerschaftsgesetz. Zudem wird der Vertretungszeitraum von drei auf sechs



Monate verlängert und damit an § 4 Abs. 3 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte angeglichen.



TOP V Teilnovellierung der §§ 10 Abs. 2, 15 Abs. 3, 18 Abs. 1 und 20 Abs. 2 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)

Titel: Korruption - (Muster-)Berufsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache V - 02) wird in 2. Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

§ 32 Abs. 2 der (Muster-)Berufsordnung (MBO-Ä) wird ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte schon im Rechenschaftsbericht 2014 angekündigt, § 32 Abs. 2 der MBO-Ä zu streichen. Die Änderung des § 32 Abs. 2 wurde schon häufig diskutiert und ist überfällig. Sie soll den Ärztinnen und Ärzten zeigen, dass ärztliche Fortbildung nur medizinischen Zielen dient und nicht von wirtschaftlichen Interessen geleitet wird. Insbesondere im Hinblick auf das geplante Antikorruptionsgesetz schafft die Streichung des § 32 Abs. 2 Klarheit für die Ärzteschaft, indem eindeutig die Fremdfinanzierung ärztlicher Fort- und Weiterbildung abgelehnt wird.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

*Sachstand GOÄ-neu
Andere Themen privatärztlicher Honorierung
Ambulante Versorgung
Arbeitsbedingungen/ärztliche Berufsausübung
Arzneimittel/Medizinprodukte
Ausbildung
Bürokratie
Datenschutz
Delegation/Substitution
Deutscher Ärztetag
EU-Themen
Fortbildung
Gesundheitsberufe
Internationales
Kinder- und Jugendgesundheit
Krankenhaus
Menschenrechte/Geschichte der Ärzteschaft
Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie
Qualitätssicherung/Patientensicherheit
SGB V/GKV
Sucht und Drogen
Telematik/Telemedizin/E-Health
Versorgungswerke
Weitere Themen*



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Sachstand GOÄ-neu

- VI - 64 Novellierung der GOÄ - Ärztliche Leichenschau
- VI - 66 Die GOÄ soll eine rein ärztliche Gebührenordnung bleiben
- VI - 67 GOP nicht in der GOÄ aufgehen lassen
- VI - 71 Inflationsausgleich in der geltenden GOÄ aktuell notwendig
- VI - 87 GOÄ - Bewertung konservativer Leistungen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Novellierung der GOÄ - Ärztliche Leichenschau

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Gerald Qwitterer (Drucksache VI - 64) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die in der neuen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgesehenen Gebührenordnungspositionen zur ärztlichen Leichenschau bereits jetzt auszugliedern und zur Abrechnung freizugeben.

Begründung:

Das BMG hat eine isolierte Neuregelung der Vergütung der ärztlichen Leichenschau unter Hinweis auf die anstehende Novellierung der GOÄ abgelehnt. Dabei ist es Ärztinnen und Ärzten nicht mehr zuzumuten, mit der jetzigen Vergütung eine Leichenschau kostendeckend durchzuführen, insbesondere, da der dazu so gut wie immer erforderliche Besuch nicht vergütet wird. Diesem Umstand muss dringend Rechnung getragen werden. Die Vergütung der Leichenschau belastet zudem weder die private Krankenversicherung (PKV) noch die Beihilfe noch, da es sich nicht um eine erstattungsfähige Leistung handelt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Die GOÄ soll eine rein ärztliche Gebührenordnung bleiben

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Heiner Heister, Dr. Erich Theo Merholz, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Silke Lüder, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Hans Ramm, Dr. Hildgund Berneburg und Dr. Susanne Blessing (Drucksache VI - 66) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) soll eine rein ärztliche Gebührenordnung bleiben.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 lehnt Gebührenordnungspositionen für andere Berufe in der GOÄ ab.

Sollten in der derzeitigen Entwurfsfassung der GOÄ Positionen für andere Berufe aufgeführt sein, sind diese zu entfernen.

Begründung:

Der Antrag dient der Klarstellung. Den Antragstellern des vorstandsüberwiesenen Antrages VI - 107, 115. Deutscher Ärztetag 2012, bzw. dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 wurde nach Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012 beschieden, es handele sich „um ein rein ärztliches Gebührenverzeichnis“.

„Die GOÄ soll eine rein ärztliche Gebührenordnung bleiben.“, das war auch Inhalt des zunächst positiv beschiedenen Antrages VI - 73 (115. Deutscher Ärztetag 2012), der nach der vom Präsidenten Montgomery veranlassten zweiten Lesung an den Vorstand überwiesen worden war.

Beim letztjährigen 117. Deutschen Ärztetag 2014 hat Dr. Heister sich in einem Redebeitrag auf die oben angegebene Auskunft, die GOÄ sei ein rein ärztliches Gebührenordnungsverzeichnis, bezogen, ohne dass der Vorstand der Bundesärztekammer diese Aussage revidiert hätte.

Und dennoch gab es seither immer wieder irritierende Äußerungen in der Presse sowie persönlich, die Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seien doch in den aktuellen Entwurf der GOÄ



aufgenommen und keineswegs entfernt worden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: GOP nicht in der GOÄ aufgehen lassen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Heiner Heister, Dr. Erich Theo Merholz, Wieland Dietrich, Dr. Hildgund Berneburg, Dr. Silke Lüder, Christa Bartels, Dr. Hans Ramm, Dr. Susanne Blessing und Dr. Axel Brunngraber (Drucksache VI - 67) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Die Verlagerung der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird abgelehnt. Davon unbenommen bleibt, dass die GOP in Abstimmung mit der GOÄ weiterentwickelt werden kann.

Begründung:

Die GOP wurde auf Grundlage des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) von 1998 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2000 verordnet. Sie sieht vor, dass diese eigenständig verkammerten Berufe ihre Leistungen in Anlehnung an die GOÄ abrechnen sollen.

Die Begründung unseres Herrn Präsidenten Prof. Montgomery für die von ihm angeordnete zweite Lesung des Antrages VI-73, 115. Deutscher Ärztetag 2012, "GOÄ als ärztliche Gebührenordnung", welcher zunächst positiv abgestimmt worden war, war missverständlich. Sie ließ darauf schließen, es gebe keine GOP. Diese war aber vorhanden und ist es noch, verbunden mit der Auflage der Abstimmung mit der GOÄ. Auch die Bemerkung unseres Präsidenten, die psychologisch-psychotherapeutischen bzw. kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Leistungen seien im "Gesamtvolumen der GOÄ", waren so nicht zutreffend. Und last not least teilen die Antragsteller den damals geäußerten und vielleicht noch immer bestehenden Optimismus des Präsidenten hinsichtlich der ärztlichen Definitionshoheit über Leistungen der nichtärztlichen Psychotherapeuten nicht.

Bleibt es bei der GOP neben der GOÄ, sind Verhandlungen über gegebenenfalls von den Kammern der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PP u. KJP) gewünschte neue bzw. weitere Leistungen leichter zu führen, als wenn diese nach einer Integration in die GOÄ überall innerhalb der ärztlichen Gremien mit am Tisch säßen, wo über Leistungen z. B. der



Psychiatrie, der Psychosomatischen Medizin und der Ärztlichen Psychotherapie gesprochen wird.

Wer weiß, wie kreativ die PP und KJP dabei sind, ihr Leistungsspektrum heute schon entlang der gesamten ärztlichen Weiterbildungsordnung auszudehnen, weiß wovon hier die Rede ist. Und: Gerade so wie es ist und wie die Antragsteller wollen, dass es bleibt, sind die Gelder für die privaten Leistungen der PP und KJP eben nicht den Ärzten zuzurechnen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Inflationausgleich in der geltenden GOÄ aktuell notwendig

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Axel Brunngraber, Dr. Silke Lüder, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing und Dr. Hans Ramm (Drucksache VI - 71) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Eine Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit Anpassung an den medizinischen Fortschritt und Herstellung eines Inflationausgleichs ist seit vielen Jahren überfällig.

Noch immer ist nicht absehbar, wann eine diesen Anforderungen genügende novellierte GOÄ in Kraft treten wird. In den vergangenen Jahren wurde mehrfach eine baldige Novellierung in Aussicht gestellt, allerdings ohne Erfolg.

Die Delegierten des 118. Deutschen Ärztetages 2015 stellen fest, dass der Ansatz höherer Steigerungsfaktoren als dem Regelsteigerungssatz bei der geltenden GOÄ in berechtigten Fällen und bei Vorliegen entsprechender Gründe angemessen und notwendig ist.

Ziel dabei ist, trotz jahrelangen Unterbleibens einer notwendigen Aktualisierung und Anpassung der geltenden GOÄ, den Patienten stets eine gute Qualität ärztlicher Behandlung, besonders auch in Anbetracht des medizinischen Fortschritts, zu ermöglichen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: GOÄ - Bewertung konservativer Leistungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Svea Keller und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache VI - 87) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die Leistungsbewertung der neuen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) darf nicht dazu führen, dass es zu einer schleichenden Abschaffung der niedergelassenen Facharztmedizin kommt.

Bereits jetzt sind konservative Leistungen im Vergleich zu operativen Leistungen deutlich schlechter bewertet, was dazu führt, dass ein Teil der niedergelassenen Fachärzte an der Grenze der Rentabilität arbeitet. Die Ausübung der ambulanten fachärztlichen Medizin muss auch möglich sein, wenn keine operative oder interventionelle Tätigkeit ausgeübt wird!

Aus diesem Grund ist besonders darauf zu achten, dass auch die konservativen Leistungen angemessen bewertet werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Andere Themen privatärztlicher Honorierung

- VI - 73 Abschluss- und Provisionskosten der privaten Krankenversicherungen - Schieflage bei der Mittelverwendung von Beitragsgeldern beseitigen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Abschluss- und Provisionskosten der privaten Krankenversicherungen - Schieflage bei der Mittelverwendung von Beitragsgeldern beseitigen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Susanne Blessing, Wieland Dietrich, Dr. Axel Brunngraber, Christa Bartels, Dr. Silke Lüder und Dr. Hans Ramm (Drucksache VI - 73) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 kritisiert die weiterhin zu hohen Abschlussaufwendungen, insbesondere die viel zu hohen Vermittlungsprovisionen bei den Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV). Die Abschlussaufwendungen entsprechen allein etwa 50 Prozent der Ausgaben der PKV für ärztliche Leistungen.

Die Delegierten fordern eine deutliche Senkung dieser Abschlussprovisionen. Auch sind die Kosten für Verwaltung und „Leistungsmanagement“ auf den Prüfstand zu stellen. Stattdessen muss ein größtmöglicher Anteil des Beitragsvolumens der Versicherten für medizinische Zwecke verwendet werden.

Vor diesem Hintergrund ist es auch im Hinblick auf die Verhandlungen über die Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) inakzeptabel, wenn seitens des PKV-Verbandes ein Inflationsausgleich abgelehnt, ja sogar Kostenneutralität gefordert wird, andererseits für versicherungsinterne Zwecke derart überhöhte Mittel aufgewendet werden. Im Gegenteil muss die vorhandene Schieflage bei der Verwendung der Beiträge der privat Krankenversicherten dadurch beseitigt werden, dass ein deutlich größerer Anteil für ärztliche und medizinische Leistungen und ein geringerer Anteil für Verwaltung und Marketing der PKV verwendet wird.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Ambulante Versorgung

- VI - 01 Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung intensivieren
- VI - 02 Ärztlichen Nachwuchs für die Niederlassung in eigener Praxis gewinnen
- VI - 03 Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum
- VI - 126 Ärztlicher Bereitschaftsdienst - einheitliche Begrifflichkeiten schaffen
- VI - 50 Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung verbessern



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung intensivieren

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 01) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die ambulante Versorgung stellt eine wesentliche Säule der wohnortnahen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung dar. Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 sieht es daher mit Sorge, dass der Nachwuchsmangel zunehmend nicht nur Hausärzte, sondern auch Frauenärzte, Augenärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Dermatologen, Urologen und andere Fachärzte betrifft. So wie die Hausärzte werden auch diese Facharztgruppen dringend für eine wohnortnahe Versorgung der immer älter werdenden Bevölkerung benötigt.

Vor diesem Hintergrund fordert der 118. Deutsche Ärztetag, die Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung weiter voranzutreiben. Einen wesentlichen Aspekt stellt dabei die Verbesserung der Einkommenssituation der Hausärzte und der ausschließlich oder überwiegend konservativ tätigen Fachärztinnen und Fachärzte dar, denn ohne eine gute Honorierung der Grundleistungen geht das Fundament der ambulanten Versorgung in den Regionen verloren.

Der 118. Deutsche Ärztetag fordert daher nachdrücklich von Politik und Selbstverwaltungspartnern,

- sich zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene freiberufliche Ärztinnen und Ärzte zu bekennen,
- feste und angemessene Preise für alle Grundleistungen vorzusehen,
- alle haus- und fachärztlichen Grundleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und ohne Mengenbegrenzung zu vergüten,
- die Programme der Länder und Kommunen zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten im ländlichen Raum auf die wohnortnahe fachärztliche Versorgung auszuweiten und
- die ambulante haus- und fachärztliche Weiterbildung zu fördern.



Begründung:

Die strukturierte Versorgung, zu der neben der wohnortnahen Versorgung die ambulante (hoch-)spezialisierte sowie die stationäre Versorgung gehören, stellt eine wesentliche Stärke des deutschen Gesundheitswesens dar. Jedoch sind die hausärztliche und die wohnortnahe fachärztliche Versorgung in der Vergangenheit strukturell und finanziell vernachlässigt worden. Neuere Studien zeigen, dass insbesondere die konservativ tätigen Fachärztinnen und -ärzte überdurchschnittlich unzufrieden mit ihrer wirtschaftlichen Situation sind und Nachholbedarf beim Einkommen sehen (siehe u. a. Ärztemonitor 2014).

Von der gemeinsamen Selbstverwaltung wurde mit der Einführung der augenärztlichen Strukturpauschale für ausschließlich konservativ tätige Augenärzte zum 01.01.2012 sowie der spezifischen finanziellen Förderung haus- und fachärztlicher Grundleistungen in den jährlichen Honorarbeschlüssen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses seit dem Jahr 2013 reagiert. Dies reicht jedoch allein nicht aus, um die Perspektive der wohnortnahen ambulanten Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu sichern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztlichen Nachwuchs für die Niederlassung in eigener Praxis gewinnen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Klaus Reinhardt (Drucksache VI - 02b) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Eine wesentliche Voraussetzung für die flächendeckende Sicherstellung der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung ist die Bereitschaft des ärztlichen Nachwuchses, eine Tätigkeit im ambulanten Bereich aufzunehmen. Um das Interesse an der ambulanten Versorgung und insbesondere an einer Niederlassung in eigener Praxis, aber auch die Kenntnisse über die ambulanten Berufsausübungsmöglichkeiten zu steigern, empfiehlt der 118. Deutsche Ärztetag 2015, dass alle Medizinstudierenden im Rahmen von Praktika, Famulaturen und Praktischem Jahr die ambulante Versorgung kennenlernen. Zudem sind die Voraussetzungen dafür zu verbessern, dass die angehenden Fachärztinnen und -ärzte aller patientennahen Fachgebiete einen Teil ihrer Weiterbildung dort absolvieren.

Des Weiteren fordert der 118. Deutsche Ärztetag 2015 die Universitäten auf, die ambulante Versorgung stärker und von Beginn an in das Medizinstudium zu integrieren und das Berufsbild des in der ambulanten Versorgung tätigen Haus- und Facharztes - niedergelassen oder angestellt - im Medizinstudium adäquat abzubilden.

Auszubauen sind ferner die Möglichkeiten der jungen Ärztinnen und Ärzte, sich über das Thema "Niederlassung" zu informieren. Dies ist umso wichtiger, als die Möglichkeiten der selbstständigen Berufsausübung in den letzten Jahren deutlich facettenreicher geworden sind. Neben der klassischen Einzelpraxis bestehen vielfältige Formen der kooperativen Berufsausübung, die gerade auch den Präferenzen vieler junger Ärztinnen und Ärzte entsprechen.

Da sich das Interesse an einer Niederlassung oftmals im Rahmen einer angestellten Tätigkeit im ambulanten Bereich entwickelt, fordert der 118. Deutsche Ärztetag, dass die Rahmenbedingungen hierfür großzügig ausgestaltet werden. Auszubauen sind ferner die konkreten finanziellen Fördermöglichkeiten beim Start in die Niederlassung.

Begründung:



Vor dem Hintergrund, dass bis 2021 etwa 51.000 Ärztinnen und Ärzte ihre Praxen aufgeben werden, sieht der 118. Deutsche Ärztetag die Notwendigkeit, fortgeschrittene Medizinstudierende und Weiterzubildende noch intensiver als bisher über die Möglichkeiten und Vorzüge der Berufsausübung in der ambulanten Versorgung zu informieren und dabei auf die vielfältigen Gestaltungsspielräume bei der Organisation der Arbeit, der Arbeitszeit sowie der Schwerpunktsetzung hinzuweisen.

Dabei steht der ärztliche Nachwuchs einer ambulanten Tätigkeit grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber. Laut Berufsmonitoring 2014, einer Befragung von Medizinstudierenden durch die Universität Trier im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), kann sich etwa die Hälfte der befragten Medizinstudierenden vorstellen, in diesem Bereich zu arbeiten. Zugleich halten sich die Präferenzen der Medizinstudierenden für eine Niederlassung als Vertragsarzt und für eine angestellte Tätigkeit im ambulanten Bereich die Waage.

Nach Angaben der apoBank hat sich 2012 fast jeder zweite Arzt, der sich niedergelassen hat, für eine Kooperation entschieden. Zugleich ist die Selbstständigkeit keine Domäne der Männer: Die Hälfte der Ärzte, die sich 2012 niedergelassen haben, waren Frauen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 03) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüÙt und unterstützt die "Empfehlungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum".

Begründung:

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum stellt eine wesentliche gesundheitspolitische Herausforderung dar. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 10.05.2015 die "Empfehlungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum" verabschiedet (**Anlage**).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztlicher Bereitschaftsdienst - einheitliche Begrifflichkeiten schaffen

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Gerald Qitterer, Dr. Markus Beck und Dr. Wolfgang Rechl (Drucksache VI - 126) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert alle zuständigen Institutionen auf, sich bundesweit für eine einheitliche Begrifflichkeit der Behandlungsstrukturen bei der Versorgung akut auftretender Gesundheitsstörungen, insbesondere während der sprechstundenfreien Zeiten, einzusetzen. So werden Patienten, für die nicht der Einsatz eines Notarztes erforderlich ist, durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder in Bereitschaftspraxen behandelt. Der Begriff "Notfalldienst" oder "Notfallpraxis" ist deshalb hier nicht angemessen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung verbessern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VI - 50) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, die Strukturen der ambulanten Notfallversorgung durch geeignete Regelungen über die des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) hinaus zu verbessern. Hierzu gehören eine kostendeckende sowie qualitäts- und sachorientierte Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen an Kliniken, eine faire Abbildung der Leistungen der Krankenhausärzte in den Budgets auf Landesebene sowie im Bewertungsausschuss auf Bundesebene und eine Einbeziehung der Kliniken in die Planungen des Leistungsangebotes.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Arbeitsbedingungen/ärztliche Berufsausübung

- VI - 17 Karrierehemmnisse für Ärztinnen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen abbauen, Chancengleichheit herstellen
- VI - 54 Vollständige Gefährdungsbeurteilung einfordern
- VI - 27 Novellierung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes - Erhöhung der unbefristeten Beschäftigungsverhältnisse im ärztlichen Bereich an den Uniklinika
- VI - 31 Korrekte Dokumentation der Arbeitszeiten
- VI - 38 Arbeit darf nicht krank machen - Arbeitgeber tragen Verantwortung
- VI - 55a Besserer Zugang zu medizinischen Fachpublikationen für Ärztinnen und Ärzte
- VI - 55 Besserer Zugang zu medizinischen Fachpublikationen für Ärztinnen und Ärzte



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Karrierehemmnisse für Ärztinnen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen abbauen, Chancengleichheit herstellen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Wolfgang Gradel, Dr. Reinhard Simon und Dr. Ulrich Schwiersch (Drucksache VI - 17) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Klinikleitungen dazu auf, Ärztinnen gezielt zu fördern und bestehende Karrierehemmnisse für Ärztinnen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen abzubauen.

Begründung:

Obwohl der Anteil der Medizinstudentinnen bei über 50 Prozent liegt, verringert sich der Anteil an Ärztinnen erheblich, je höher man in der Entscheiderebene der Klinik steigt. Weniger als zehn Prozent der Chefarztstellen sind mit Frauen besetzt, und laut Umfragen des Hartmannbundes sind junge Ärztinnen überzeugt, nicht die gleichen Chancen zu erhalten wie ihre männlichen Kollegen. Familienfreundlichkeit, mehr Teilzeitstellen in Führungspositionen und die Möglichkeit eines problemlosen Wiedereinstiegs nach Mutterschutz und Elternzeit sowie die Finanzierbarkeit von Weiterbildung in Teilzeit sind notwendige Voraussetzungen für einen Abbau der Hürden für Ärztinnen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen. Neben flexiblen Angeboten der Kinderbetreuung müssen sich die Kliniken angesichts der demografischen Entwicklung auch darauf einstellen, dass die Pflege von Angehörigen eine immer größere Bedeutung einnehmen wird. Es bedarf nicht zuletzt auch eines Kulturwandels und der Betrachtung von Eltern- und Schwangerschaft sowie der Pflege von Angehörigen als natürliche Lebensereignisse und nicht als Störfaktoren der klinischen Organisationsabläufe.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vollständige Gefährdungsbeurteilung einfordern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VI - 54) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) verpflichtet Arbeitgeber dazu, auf Basis einer Beurteilung der Arbeitsbedingungen zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (vgl. § 5 ArbSchG). Bei dieser Gefährdungsbeurteilung sind seit Oktober 2013 auch psychische Belastungen der Arbeit zu berücksichtigen (vgl. § 5 ArbSchG, Ziffer 6).

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert daher die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die für Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden auf, bei den Arbeitgebern im Gesundheitswesen, die noch keine vollständige Gefährdungsbeurteilung (inklusive der psychischen Gefährdungsbeurteilung) durchgeführt haben, im Rahmen ihrer aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten tätig zu werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Novellierung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes - Erhöhung der unbefristeten Beschäftigungsverhältnisse im ärztlichen Bereich an den Uniklinika

EntschlieÙung

Auf Antrag von PD Dr. Claudia Borelli, Dr. Andreas Tröster, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Matthias Fabian, Dr. Andreas Botzlar und Dr. Kai Johanning (Drucksache VI - 27) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert Bund und Länder auf, bei der geplanten Novellierung des Wissenschaftszeitvertragsgesetzes (WissZeitVG) die Anzahl der unbefristeten Beschäftigungsverhältnisse im ärztlichen Bereich deutlich zu erhöhen und die Vertragslaufzeiten für befristete Verträge festzuschreiben.

Vor dem Hintergrund der Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten ins Ausland oder aus der Krankenversorgung heraus muss die Attraktivität des Arztberufes erhöht werden. Eine "sichere Stelle" stellt für Ärztinnen und Ärzte, insbesondere auch der heutigen Generation sowie im Alter der Familiengründungsphase, ein sehr wichtiges Kriterium dar. Gerade auch vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl an Ärztinnen ist die Planbarkeit des Berufslebens wichtig und ein Kriterium für die Wahl eines Arbeitsplatzes. Kurzzeitverträge sind nicht familienfreundlich.

Häufig sind Ärztinnen und Ärzte, die längst aus der Qualifizierungsphase heraus sind und als Fachärztinnen/Fachärzte oder Oberärztinnen/Oberärzte an Kliniken tätig sind, aufgrund der Einordnung zum wissenschaftlichen Personal in ihrer Stellenlaufzeit zeitlich befristet, obwohl ihre Aufgaben an der Klinik Daueraufgaben darstellen und nicht mehr der Qualifizierungsphase zuzurechnen sind.

Wer Ärztinnen und Ärzte an Kliniken halten will, muss Planungssicherheit bieten!



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Korrekte Dokumentation der Arbeitszeiten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Bernd Lücke (Drucksache VI - 31) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Arbeitgeber dazu auf, eine korrekte Dokumentation geleisteter Arbeitszeit zu gewährleisten und die wiederholt formulierte Forderung des Deutschen Ärztetages endlich umzusetzen und konsequent zu handeln. Wie Umfragen des Hartmannbundes belegen, ist bislang noch nichts Ausreichendes geschehen, um eine objektive Dokumentation zu gewährleisten und damit für die Einhaltung der Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes zu sorgen. Die zuständigen Aufsichtsbehörden werden aufgefordert, ihre Prüfmechanismen effektiver zu gestalten und Verstöße wirkungsvoll zu sanktionieren.

Begründung:

Die manipulationsfreie Erfassung der Arbeitszeit ist Voraussetzung dafür, Arbeitsüberlastung zu vermeiden, Personalmangel zu erkennen und somit die Arbeitsbedingungen der Kolleginnen und Kollegen in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen, nicht zuletzt auch im Sinne der Patientensicherheit, zu verbessern. Der Arbeitgeber darf weder veranlassen noch hinnehmen, dass der Arbeitnehmer gegen Schutzvorschriften verstößt. Das Arbeitszeitgesetz ist eine Schutzvorschrift zugunsten der Arbeitnehmer. Dieser Schutz darf nicht dadurch umgangen werden, dass formal korrekte Dienstpläne aufgestellt werden, die aber nicht mit der Realität übereinstimmen, weil das Personal dazu angehalten wird, geleistete Arbeitszeit außerhalb des Dienstplans nicht oder nur unzureichend zu dokumentieren. Das Arztsein wird unattraktiv, wenn die Arbeitsbelastungen stetig zunehmen und die gesetzlichen Grenzen des Arbeitszeitgesetzes durch Arbeitgeber nicht konsequent in der Praxis umgesetzt werden. Mit der sogenannten Opt-out-Regelung ist ein ohnehin weiter Gestaltungsspielraum der Arbeitsvertragsparteien gegeben, sodass eine Ausweitung der Arbeitszeiten über den gesetzlichen Rahmen hinaus nicht notwendig ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Arbeit darf nicht krank machen - Arbeitgeber tragen Verantwortung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Frank J. Reuther, Dr. Matthias Fabian, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VI - 38) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Politik und Arbeitgeber auf, psychosoziale Risikofaktoren in der Arbeitswelt stärker in den Fokus zu rücken und das betriebliche Gesundheitsmanagement zu stärken.

Zunehmender Zeit- und Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung und Überforderung sind zentrale Risikofaktoren für die Entstehung eines Erschöpfungssyndroms, das unbehandelt zu schweren psychischen Erkrankungen wie Depression, Angst- oder Suchterkrankungen führen kann.

Auch wenn Erschöpfungssyndrome und leichte Depressionen heute viel früher erkannt werden und frühzeitig therapiert werden können, sind die Arbeitgeber in der Pflicht. Zur Prävention und um frühzeitig gegensteuern zu können, ist ein betriebliches Gesundheitsmanagement erforderlich, das auch die psychischen Belastungen der Arbeit im Blick hat.

Psychisch überlastete Beschäftigte erhalten oft zu spät Beratung oder professionelle Hilfe. Besonders gefährdet sind Erwerbstätige, die nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung wieder in ihr berufliches Umfeld zurückkehren. Hier kann bereits durch geringfügige Belastungen eine neue Krankheitsepisode ausgelöst werden.

Die Schnittstelle zwischen ambulanter medizinischer Versorgung und den Arbeitsmedizinern in den Betrieben muss an vielen Orten nachgebessert werden. Ein sach- und betriebskundiger Arzt sollte nach Möglichkeit die stufenweise Wiedereingliederung begleiten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Besserer Zugang zu medizinischen Fachpublikationen für Ärztinnen und Ärzte

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Michael Lachmund und Dr. Christiane Groß, M.A. (Drucksache VI - 55a) zum Entschließungsantrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Udo Wolter, Dr. Günther Jonitz, Dr. Jürgen Fischer, Dr. Thomas Werner, Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Steffen König und Rudolf Henke (Drucksache VI - 55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Entschließungsantrag VI - 55 wird durch folgenden Abschnitt ergänzt:

Den Ergebnisbericht soll die Bundesärztekammer mit ausreichendem zeitlichen Vorlauf vor dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 den Delegierten zur Verfügung stellen, um eine qualifizierte Diskussion und gegebenenfalls auch eine weitergehende Beschlussfassung hierzu auf dem 119. Deutschen Ärztetag zu ermöglichen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Besserer Zugang zu medizinischen Fachpublikationen für Ärztinnen und Ärzte

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Udo Wolter, Dr. Günther Jonitz, Dr. Jürgen Fischer, Dr. Thomas Werner, Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Steffen König und Rudolf Henke (Drucksache VI - 55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge beschließen:

Um eine Medizin nach dem Stand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse praktizieren zu können, sind Ärztinnen und Ärzte auf einen möglichst breiten Zugang zu den in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlichten Forschungsergebnissen angewiesen.

Über einen solchen freien Zugang zu aktueller Fachliteratur verfügen jedoch derzeit in Deutschland im Wesentlichen nur die an Universitätskliniken und Forschungseinrichtungen tätigen Kolleginnen und Kollegen. Ermöglicht wird dies über vertragliche Vereinbarungen zwischen den medizinischen Fachverlagen und z. B. Universitätsbibliotheken.

Das Gros der Ärztinnen und Ärzte, die den Hauptteil der medizinischen Versorgung schultern, verfügt jedoch nicht über einen solchen breiten Zugang zu medizinischer Fachliteratur. Auch wenn in den letzten Jahren Forschungsergebnisse zunehmend frei verfügbar publiziert werden (Open Access), liegen die Preise für den Abruf eines einzigen Fachartikels bei rund 30 Euro und mehr. Gleichzeitig wird jedoch beklagt, dass der Transfer neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Regelversorgung viel zu lange dauere und Patienten verzögert zugutekomme.

Der 118. Deutsche Ärztetag vertritt daher die Position, dass der Zugang aller Ärztinnen und Ärzte zu den in medizinischen Fachzeitschriften publizierten Forschungsergebnissen dringend verbessert werden muss.

Der 118. Deutsche Ärztetag beauftragt die Bundesärztekammer zu untersuchen, mit welchen Kosten die Ermöglichung eines Zugangs aller Ärztinnen und Ärzte zu medizinischer Fachliteratur nach dem Vorbild der in Universitätskliniken beschäftigten



Kolleginnen und Kolleginnen verbunden wäre.

In einem zweiten Schritt soll die Bundesärztekammer untersuchen und darlegen, welche Möglichkeiten zur Finanzierung eines solchen Zugangs bestehen könnten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Arzneimittel/Medizinprodukte

VI - 156 Lieferengpass bei Medikamenten



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Lieferengpass bei Medikamenten

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Frauke Wulf-Homilius, Prof. Dr. Bernd Bertram, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Dr. Gisbert Voigt und Marion Charlotte Renneberg (Drucksache VI - 156) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge beschließen, dass sich die Bundesärztekammer beispielsweise über die Arzneimittelkommission dafür einsetzt, dass notwendige Medikamente und Medizinprodukte nicht vom Markt genommen bzw. möglichst nicht nur noch teurere Alternativen zur Verfügung stehen, um die medizinische Versorgung sicherzustellen.

Begründung:

Bei überlebenswichtigen Medikamenten, Impfstoffen und Antibiotika sind Lieferengpässe besonders medienwirksam anzuprangern. Für diese Patienten besteht zumindest eine berechnete Hoffnung auf Ersatz oder baldige Verbesserung der Versorgungssituation, z. B. nach drei Monaten.

Viele kostengünstige Medikamente und auch Medizinprodukte sind nicht mehr im Handel. Allein in der Augenheilkunde wurden in den letzten zehn Jahren über 30 Präparate ersatzlos gestrichen, ohne Generikaersatz.

Wir wurden dadurch gezwungen, z. B. auf maßlos teure Glaukom-Medikamente auszuweichen, zum zehnfachen Preis.

Zur Zeit ist keine antibiotische Augensalbe lieferbar.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Ausbildung

- VI - 165 Modifiziertes Verfahren zur Vergabe von Medizinstudienplätzen
- VI - 166 Medizinstudium kompetenzbasiert gestalten
- VI - 36 Praxisorientierte Lehre im Medizinstudium von Studienbeginn an einführen
- VI - 32 Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenz im Medizinstudium
- VI - 08 Stärkung der Medizinischen Informatik an den medizinischen Fakultäten
- VI - 112 Aus- und Weiterbildung im Fachgebiet Hygiene und Umweltmedizin fördern
- VI - 29 Teilstudienplätze abschaffen und Wartezeit besser überbrücken
- VI - 44 Adäquate Vergütung der studentischen Hilfskräfte an medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken

- VI - 39 BAföG an PJ-Abschnitte im Ausland anpassen
- VI - 53 Mobilität im Praktischen Jahr
- VI - 21 Note keine Voraussetzung für Promotion



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Modifiziertes Verfahren zur Vergabe von Medizinstudienplätzen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Uwe Brock, Dr. Lothar Rütz, Dr. Christian Köhne, Dr. Thomas Fischbach und Christa Bartels (Drucksache VI - 165) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Das aktuelle Verfahren zur Vergabe von Medizinstudienplätzen nach Abiturbestenquote und Wartezeit muss umgehend modifiziert werden.

Ein zukünftiges Verfahren soll neben der Komponente der Abiturnote eine abgeschlossene Berufsausbildung, Freiwilligendienste und insbesondere fachspezifische Studierfähigkeitstests einbeziehen.

Begründung:

Das bisherige Zulassungsverfahren mit der Abiturbestenquote und der Wartezeitquote bleibt weit hinter den Anforderungen an Transparenz und Objektivität zurück.

Die Abiturnote als alleiniges Auswahlkriterium ist in seiner Aussagekraft beschränkt, da das Abitur keine Prüfung mit für alle Teilnehmer gleichen Bedingungen darstellt. Sie muss in jedem Fall um weitere objektive Kriterien ergänzt werden. Eine Sonderrolle in Form einer eigenen Quote soll ihr nicht zukommen.

Das Verfahren der Wartezeitquote fördert die nachhaltige und langfristige Ausübung der ärztlichen Tätigkeit nicht. Zudem ist die Zahl der Studienabbrecher in der Wartezeitquote wesentlich erhöht.

Ein gerechtes Auswahlverfahren soll vor diesen Anforderungen geeignete Studienbewerber schon früh erkennen können und ihnen den Zugang zum Medizinstudium ermöglichen.

Es bedarf eines national einheitlichen Bewertungsmaßstabes, da sich die grundlegenden Anforderungen an die Medizinstudierenden zwischen den Universitäten nicht unterscheiden. Die bisherige Heterogenität der zahlreichen Auswahlverfahren hat ihr ursprüngliches Ziel, es den Universitäten zu ermöglichen, entsprechend ihrer eigenen wissenschaftlichen Schwerpunkte die Studienbewerber und Studienbewerberinnen



auszuwählen, eindeutig verfehlt. Eine Vorabauswahl durch die Hochschulen mit Beschränkung auf bestimmte Ortspräferenzen ist abzulehnen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinstudium kompetenzbasiert gestalten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Martin Junker, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Dr. Klaus Reinhardt und Anke Richter (Drucksache VI - 166) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 würde es begrüßen, wenn bei der Entwicklung und Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 künftig parallel zu der kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung auch die ärztliche Ausbildung kompetenzbasiert gestaltet wird. Es wird angeregt, dass sich der 119. Deutsche Ärztetag mit dem Modell des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin beschäftigen soll.

Begründung:

Eine kompetenzbasierte ärztliche (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) muss auf den im Studium erworbenen Kompetenzen aufbauen, diese vertiefen und weiterentwickeln.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Praxisorientierte Lehre im Medizinstudium von Studienbeginn an einführen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Rechl und Wolfgang Gradel (Drucksache VI - 36) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber und die Universitäten auf, sich an den guten Erfahrungen aus den Modellstudiengängen zu orientieren und bundesweit von Studienbeginn an eine zeitgemäÙe und praxisorientierte Lehre mit größeren praktischen Anteilen und einem fächer- und wissensübergreifenden Unterricht einzuführen.

Begründung:

Eine aktuelle Umfrage des Hartmannbundes unter Medizinstudierenden hat ergeben, dass der persönliche Patientenkontakt und Praxisbezug bei vielen der mehr als 7.500 Umfrageteilnehmern zu einem viel zu späten Zeitpunkt im Studium kommt – bei mehr als der Hälfte sogar erst in den klinischen Semestern. Ebenfalls mehr als die Hälfte der Befragten bewertet den Anteil von Lehrveranstaltungen, die praktische Fähigkeiten vermitteln, als zu niedrig. Dabei sind sich die Studierenden einig: So gut wie alle Umfrageteilnehmer wünschen sich eine frühe praxisbezogene Lehre mit persönlichem Patientenkontakt und fallorientiertem Unterricht.

Laut Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO § 2 Abs. 2) sollen die Universitäten im erforderlichen Umfang fächerübergreifenden Unterricht sowie Unterricht in Querschnittsbereichen anbieten. Die Vermittlung der naturwissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen ist auf die medizinisch relevanten Ausbildungsinhalte zu konzentrieren. Dabei soll die Vermittlung des theoretischen und klinischen Wissens während der gesamten Ausbildung so weitgehend wie möglich miteinander verknüpft werden. Diese vom Gesetzgeber geregelte Berücksichtigung praktischer Anteile wird noch immer an zu wenigen Universitäten umgesetzt. Beispielgebend sind hier vor allem die Modellstudiengänge, die ihren Studierenden von Studienbeginn an ein Curriculum mit einem großen praktischen Anteil ermöglichen. Dazu zählen organspezifisches Lehren und Lernen mit fächerintegrierenden Veranstaltungen, die longitudinal in das Studium integriert sind, integrierte Seminare, Anamnese- und Methodikkurse oder Untersuchungskurse direkt am Patienten.



Zeitgemäß und praxisorientiert heißt auch, dass die Medizinstudierenden bereits sehr früh in ihrem Studium mit der praktischen Tätigkeit des Arztes und den dafür relevanten Fertigkeiten und Fähigkeiten bekannt gemacht werden müssen. Dabei sollte die aktuelle Versorgungsrealität Berücksichtigung finden – hier im Besonderen sowohl die stationäre als auch die ambulante Tätigkeit der Ärzte mit den unterschiedlichsten Aspekten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenz im Medizinstudium

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt (Drucksache VI - 32) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 spricht sich für eine Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenz im Medizinstudium aus und fordert den Gesetzgeber wie auch die Universitäten auf, die ärztliche Ausbildung vor diesem Hintergrund weiterzuentwickeln und damit die Grundlage für ein fundiertes wissenschaftliches Verständnis in der späteren ärztlichen Tätigkeit sowie für eine weitergehende Beschäftigung in der Forschung zu schaffen. Eine longitudinale und studienbegleitende Einbindung mit dem Ziel einer an den Erfordernissen der wissenschaftlichen Praxis ausgerichteten wissenschaftlichen Ausbildung sollte dabei Vorrang haben. Die flächendeckende Einführung von strukturierten Doktorandenprogrammen in das Curriculum und die Implementierung von Fähigkeiten, welche die Studierenden bei ihrer Promotion unterstützen, erhöhen die Qualität medizinischer Promotionen.

Begründung:

Komplexer werdende Versorgungssituationen, eine sich stetig weiterentwickelnde medizinische Forschung und die alltägliche praktische Tätigkeit erfordern von den Ärzten ein umfassendes wissenschaftliches Verständnis und die Kompetenz, mit Forschungsergebnissen umzugehen und diese in ihrem beruflichen Alltag auch anwenden zu können. Die Grundlagen für diese wissenschaftliche Kompetenz werden im Medizinstudium gelegt, doch gerade hier sind Defizite zu erkennen. So haben Medizinstudierende in aktuellen Umfragen geäußert, dass sie ihre Fähigkeiten, wissenschaftliche Quellen und deren Ergebnisse zu bewerten und einzuordnen, eher als gut bis mittelmäßig einschätzen. Viele Medizinstudierende werden erst in den höheren Fachsemestern zum ersten Mal mit wissenschaftlicher Arbeit (Recherche und Auswertung von Literatur, Methodenseminare etc.) konfrontiert. Der Anteil der Lehrveranstaltungen zur Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenz im Curriculum wird mehrheitlich als zu niedrig bewertet.

Möglichkeiten zur Stärkung der Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium können z. B. spezifische Veranstaltungen sein, eine intensivere Unterstützung bei der Promotion mit Hilfe strukturierter Doktorandenprogramme oder auch eine anwendungsorientierte



Gestaltung der wissenschaftlichen Lehre. Viele bereits vorhandene Fächer wie z. B. Epidemiologie oder Biometrie und Statistik hätten das Potenzial, die Studierenden in einem longitudinalen Modul auf eine fundierte wissenschaftliche Arbeit vorzubereiten und so bei einer erfolgreichen Promotion zu unterstützen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Stärkung der Medizinischen Informatik an den medizinischen Fakultäten

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 08) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die Bundesländer und die medizinischen Fakultäten werden aufgefordert, den Abbau von Lehrstühlen für Medizinische Informatik an den medizinischen Fakultäten zu stoppen.

Sie werden aufgefordert, die notwendigen Voraussetzungen für die zunehmend wichtigere Ausbildung von Medizinstudierenden im Bereich der medizinischen Informatik zu erhalten und auszubauen.

Begründung:

Ohne elektronischen Austausch und elektronische Verarbeitung von medizinischen Informationen ist eine hochwertige Patientenversorgung in Klinik und Praxis nicht mehr realisierbar. Diese wird angesichts der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen in Zukunft weiter an Bedeutung zunehmen. Die damit einhergehenden Anforderungen an die informationstechnische Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten werden entsprechend steigen.

Parallel ist es in den letzten Jahren zu einem Abbau von Lehrstühlen für Medizinische Informatik an den medizinischen Fakultäten in Deutschland gekommen. Heute verfügen weniger als die Hälfte der medizinischen Fakultäten über eine solche universitäre Einrichtung.

Zeitgleich hat die Anzahl von Lehrstühlen für Medizinische Informatik an den Fachhochschulen deutlich zugenommen. Dort jedoch haben Ärztinnen und Ärzte bzw. Medizinstudierende keinen Zugang zu den entsprechenden Angeboten. Diese Entwicklungen führen im Ergebnis dazu, dass

- die Ausbildungskapazität im Bereich der medizinischen Informatik für Medizinstudierende abnimmt. Andererseits steigen jedoch die Anforderungen in der ärztlichen Berufsausübung in diesem Bereich;
- dringend benötigter ärztlicher Nachwuchs im Bereich der Medizininformatik, der



seine spezifischen ärztlichen Kenntnisse in die Entwicklung von telematischen und telemedizinischen Anwendungen einbringen könnte, ausbleibt und dieser Bereich zunehmend von Informatikern ohne fundiertes medizinisches Wissen geprägt wird;

- Forschungsaktivitäten im Bereich der Informatik an den medizinischen Fakultäten stark rückläufig sind.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Aus- und Weiterbildung im Fachgebiet Hygiene und Umweltmedizin fördern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dipl.-Med. Petra Albrecht, Michael Krakau, Dr. Anne Bunte, Dr. Peter Czeschinski, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Matthias Fabian (Drucksache VI - 112) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Medizinischen Fakultätentag (MFT) auf, auf die Universitäten hinzuwirken, Lehrstühle für Hygiene dort, wo noch vorhanden, zu erhalten bzw. dort, wo bereits abgeschafft, neu zu etablieren.

Begründung:

Die Etablierung der strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“ war dringend erforderlich, da die Einhaltung von HygienemaÙnahmen der wichtigste Teil zur Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionskrankheiten ist. Die Durchführung einer solchen Fortbildung kann jedoch nur eine vorübergehende MaÙnahme sein.

Dringend muss allen zukünftigen Ärztinnen und Ärzten bereits in der Ausbildung Basiswissen im Bereich Hygiene vermittelt werden.

Darüber hinaus müssen mehr attraktive Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit verstärkt Ärztinnen und Ärzte im Fachgebiet Hygiene und Umweltmedizin weitergebildet werden können.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Teilstudienplätze abschaffen und Wartezeit besser überbrücken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VI - 29) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert Bund und Länder dazu auf, das Kapazitätsrecht dahingehend zu ändern, dass Medizinstudierenden mit Teilstudienplatz nach dem ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ein nahtloser Übergang in die klinischen Semester ermöglicht wird. Er fordert weiterhin die medizinischen Fakultäten auf, für die Übergangszeit bis zu einer Änderung der Kapazitätsverordnungen die Gestaltungsmöglichkeiten zur Überbrückung der jeweiligen Wartezeit auf den Vollstudienplatz zu verbessern und die Bewerbung an anderen Fakultäten zu erleichtern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Adäquate Vergütung der studentischen Hilfskräfte an medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frank Seibert-Alves, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger und Dr. Hans-Albert Gehle (Drucksache VI - 44) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Verantwortlichen in den Hochschulen und Universitätskliniken auf, für eine angemessene Vergütung der studentischen Hilfskräfte Sorge zu tragen. Wir fordern eine Vergütung von mindestens zwölf Euro pro Stunde. Dieses Stundenentgelt stellt unsere Mindestforderung dar. Es sollte unter Berücksichtigung der verantwortungsvollen Aufgaben und des jeweiligen Ausbildungsgrads der studentischen Hilfskräfte angemessen erhöht werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: BAFöG an PJ-Abschnitte im Ausland anpassen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VI - 39) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber dazu auf, das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) dahingehend anzupassen, dass auch diejenigen Abschnitte des Praktischen Jahres (PJ), die Medizinstudierende im Ausland verbringen, unabhängig von deren Dauer als förderungswürdig anerkannt werden. Darüber hinaus fordert er bis zur Umsetzung einer entsprechenden neuen gesetzlichen Regelung das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie die für die Ausbildungsförderung zuständigen Länderministerien dazu auf, die Vollzugspraxis zu freiwilligen Praktika, die innerhalb der vorlesungsfreien Zeit absolviert und unabhängig von deren Dauer zu Inlandssätzen gefördert werden, auf das Praktische Jahr im Ausland zu übertragen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Mobilität im Praktischen Jahr

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VI - 53) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die medizinischen Fakultäten und Landesprüfungsämter auf, die Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) zur uneingeschränkten Mobilität im Praktischen Jahr (PJ) durch entsprechende Ausführungsbestimmungen bundesweit einheitlich umzusetzen. Dazu gehört auch die Möglichkeit der Ableistung von mindestens zwei Tertialen im Ausland.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Note keine Voraussetzung für Promotion

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Susanne Johna (Drucksache VI - 21) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die medizinischen Fakultäten auf, die Zulassung zur Promotion nicht von den Ergebnissen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung abhängig zu machen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Bürokratie

VI - 61 Weniger Bürokratie bei Mindestlohn

VI - 136 Nutzenbewertung gesetzlicher und untergesetzlicher Maßnahmen einführen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Weniger Bürokratie bei Mindestlohn

EntschlieÙung

Auf Antrag von Erik Bodendieck (Drucksache VI - 61) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüÙt den zum 01.01.2015 eingeführten Mindestlohn, trägt er doch zu einer angemessenen und fairen Vergütung bei. Er fordert den Gesetzgeber jedoch nachdrücklich auf, den mit dem Gesetz verbundenen bürokratischen Aufwand in Form von zusätzlichen Aufzeichnungspflichten auf ein vernünftiges und durchsetzbares Maß zu verringern.

Begründung:

Die Ausführungsbestimmungen zum Mindestlohngesetz erlegen dem Arbeitgeber die Pflicht zur Aufzeichnung der täglichen Arbeitszeiten (Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit, Aufbewahrungszeit zwei Jahre) der Angestellten auf. Damit werden vor allem kleine und mittelständische Unternehmen und damit auch Arztpraxen mit einem erheblichen Bürokratieaufwand überzogen, da diese Verpflichtung erst ab einem Verdienst in Höhe von 2.958 Euro/Monat entfällt. Auf diese Aufzeichnungspflicht sollte aus Gründen der Entbürokratisierung verzichtet werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Nutzenbewertung gesetzlicher und untergesetzlicher Maßnahmen einführen

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Werner Wyrwich, MBA, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Thomas Werner, Kai Sostmann, Dr. Klaus Thierse, Dr. Eva Müller-Dannecker MBA, Julian Veelken, Dr. Svea Keller, Dr. Klaus-Peter Spies und Dr. Matthias Lohaus (Drucksache VI - 136) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Gesetze und untergesetzliche Regelungen, die die ärztliche Berufsausübung betreffen, sollten - analog zur Nutzenbewertung medizinischer Verfahren - ebenfalls einer Nutzenbewertung unterzogen werden.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte sehen sich mit einer überbordenden Regulierung konfrontiert, ohne dass jemals ein Nutznachweis zu all diesen Gesetzen und untergesetzlichen Regelungen erfolgt ist.

Besonders betrifft dies verpflichtende und regelmäßig wiederkehrende Regelungen (wie z. B. die Aktualisierungsverpflichtung bei der Fachkunde im Strahlenschutz etc.). Nicht nur medizinische Verfahren sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes im SGB V auf den Nutzen für die Patientenversorgung zu prüfen. Auch gesetzliche Maßnahmen müssen vor ihrer Verabschiedung einen klaren Bezug zum Patientennutzen nachweisen können.

Überregulierung behindert eine qualitätsorientierte Patientenversorgung.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Datenschutz

- VI - 59 Keine zunehmende Bürokratisierung im Gesundheitswesen und Wahrung des Patientendatenschutzes
- VI - 146 Datenschutz in der Flugmedizin
- VI - 161 Flugmedizinische Überwachung optimieren
- VI - 151 Cyberangriffe weltweit ächten



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine zunehmende Bürokratisierung im Gesundheitswesen und Wahrung des Patientendatenschutzes

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Sabine Dominik, Dr. Klaus König und Dr. Christian Albring (Drucksache VI - 59) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine zunehmende und kostenintensive Bürokratisierung im Gesundheitswesen zu stoppen und den Datenschutz unserer Patienten zu wahren.

Begründung:

Gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchungen in Deutschland sind eine Erfolgsgeschichte: Seit Einführung des Screenings Anfang der 70er Jahre kam es zu einem Inzidenzrückgang von invasiven Zervixkarzinomen von nahezu 80 Prozent.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bereitet eine Änderung der Krebsvorsorgeuntersuchungen von Zervixkarzinomen vor. Dabei werden die Patientinnen zum Screening eingeladen, und ihre personenbezogenen Daten sollen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Ärzteschaft sieht darin eine Gefährdung des Datenschutzes und eine zunehmende kostenintensive Bürokratisierung. Die finanziellen Mittel der Bürokratisierung werden aber bei der primären Patientenversorgung fehlen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Datenschutz in der Flugmedizin

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz (Drucksache VI - 146) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, dafür einzutreten, dass der Datenschutz in der Flugmedizin wiederhergestellt wird.

Begründung:

Nach dem tragischen Absturz der Germanwings-Maschine sind grundlegende medizinische Datenschutzbestimmungen aufgehoben worden.

Alle Fliegerärzte Deutschlands sind nunmehr verpflichtet, anonymisierte medizinische Bögen an das Luftfahrt-Bundesamt (LBA) zu übermitteln; diese müssen jedoch von den Piloten unterschrieben werden. Damit ist keine Anonymisierung mehr gegeben, es kommt zu einem eklatanten Bruch des Datenschutzes, und eine Behörde erfährt grundlegende zu schützende medizinische Informationen über Patienten.

Dieses führt gerade dazu, dass kein Vertrauen entstehen kann und gerade psychische Erkrankungen dem Fliegerarzt verheimlicht werden, da der Pilot Angst haben muss, auch bei leichten Erkrankungen als nicht mehr flugfähig eingestuft zu werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Flugmedizinische Überwachung optimieren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz (Drucksache VI - 161) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, die flugmedizinische Überwachung dahingehend zu ändern, dass es zu einer Trennung zwischen der Genehmigungs- und Überwachungsbehörde kommt und somit der Schutz sensibler Personendaten wieder gewährleistet wird und sie nicht mehr dem Verkehrsministerium offenbart werden müssen.

Es wäre zum Beispiel ein Modell vergleichbar dem seit Langem in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) etablierten System, wonach sensible Personendaten vom behandelnden Arzt nicht der Krankenkasse, sondern nur zur Verschwiegenheit verpflichteten ärztlichen Kolleginnen und Kollegen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) offenbart werden.

So könnte die flugmedizinische Überwachung weg vom Bundesministerium für Verkehr zum Ministerium für Gesundheit gegeben werden und dort ein System analog GKV/MDK etabliert werden.

Begründung:

Die Meldungen zur flugmedizinischen Überwachung werden zwar von den ärztlichen Kollegen in anonymisierter Form ans Luftfahrtbundesamt geschickt, müssen aber nunmehr vom Piloten unterschrieben werden; dies führt zu einer Aufhebung von Anonymität und Datenschutz!

Schon jetzt vermeiden angehende und ausgebildete Piloten möglichst, psychische Befindlichkeitsstörungen anzugeben, um nicht ihre mögliche oder bestehende Zulassung als Pilot zu gefährden, was einer frühzeitigen Behandlung abträglich erscheint!

Die Trennung zwischen Genehmigungs- und Überwachungsbehörde könnte hier zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation führen, wie es sich in anderen Bereichen des Gesundheitssystems bereits seit vielen Jahren bewährt hat.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Cyberangriffe weltweit ächten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz (Drucksache VI - 151) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge beschließen, dass Cyberangriffe, insbesondere auf Einrichtungen des Gesundheitswesens, weltweit geächtet werden.

Begründung:

Heutzutage finden in einer Zeit von asymmetrischen Kriegen und unklaren Verhältnissen immer wieder Computerangriffe auf Versorgungsnetze statt.

Gerade das Gesundheitsnetz ist ein hochsensibles Netz, was bei einem Angriff schnell zu einer Gefährdung und Verängstigung der Bevölkerung führen kann. Deshalb sollte gerade dieses Netz einen besonderen Schutz erfahren.

Es sollte aber auch gesellschaftlich besonders anerkannt werden, dass ein Unterschied gemacht wird, ob ein Gesundheitsnetzwerk oder andere Netzwerke angegriffen werden.

Dieses sollte genauso geschehen, wie bei Angriffen auf Krankenhäuser, die auch weltweit geächtet und als Kriegsverbrechen angesehen werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Delegation/Substitution

- VI - 12 Keine Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch akademisierte Gesundheitsfachberufe
- VI - 65 Delegation ärztlicher Leistungen zur Arztentlastung und zur Steuerung des Zugangs zur Inanspruchnahme medizinischer Leistung nutzen
- VI - 62 Keine Aufwertung der Heilmittelerbringer zu Lasten der Behandlungsqualität



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch akademisierte Gesundheitsfachberufe

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 12) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Stefan Windau, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Gerald Qitterer, Dr. Veit Wambach, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Susanne Blessing, Martin Grauduszus und Dr. Hans Ramm (Drucksache VI - 12a) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt die begonnene Tätigkeit der gemeinsamen Arbeitsgruppe von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) zur Erstellung von Rahmenvorgaben für die Ausbildung und die Tätigkeit akademisierter Gesundheitsfachberufe. Beginnend mit dem Berufsbild des Physician Assistant sollen weitere akademisierte Gesundheitsfachberufe in die Rahmenvorgaben einbezogen werden.

Der Beratungsstand soll auf dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 vorgestellt werden.

Begründung:

Die Akademisierung von Gesundheitsfachberufen mit dem Ziel der Substitution ärztlicher Tätigkeit in den Bereichen Diagnose- und Indikationsstellung, Therapiehoheit und Gesamtverantwortung ist sowohl aus Gründen der Patientensicherheit als auch zur Vermeidung einer immer weitergehenden Fragmentierung der Versorgung abzulehnen.

Insbesondere zeichnet sich schon heute im Pflegebereich ein Fachkräftemangel im mittleren Qualifikationsniveau ab, der durch eine Akademisierung der Pflege nicht behoben werden kann.

Am Beispiel des Physician Assistant hat die im Nachgang zum 117. Deutschen Ärztetag 2014 eingerichtete Arbeitsgruppe von Bundesärztekammer und KBV ihre Tätigkeit aufgenommen und die Potenziale und Risiken eines neuen akademisierten Gesundheitsfachberufes erstmalig gemeinsam abgewogen. Ziel ist die Erarbeitung von Grundsätzen zur Integration neuer Gesundheitsfachberufe in die Patientenversorgung unter Vermeidung von Schnittstellen- und Abgrenzungsproblemen zur ärztlichen Tätigkeit. Die begonnene Arbeit soll mit der Entwicklung einer Rahmenvorgabe für weitere



akademisierte Gesundheitsfachberufe fortgesetzt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Delegation ärztlicher Leistungen zur Arztentlastung und zur Steuerung des Zugangs zur Inanspruchnahme medizinischer Leistung nutzen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache VI - 65) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber sowie die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags auf, die Ausweitung der Delegation ärztlicher Leistungen unter dem Kriterium der Arztentlastung und der Steuerung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu organisieren. Gezielt eingesetzt, kann die Delegation ärztlicher Leistungen eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sichern.

Begründung:

Die Delegation ärztlicher Leistungen in geeigneten Teilbereichen an besonders dafür qualifiziertes nichtärztliches Personal kann - auch als Element der Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen - Ressourcen schonen.

Dabei liegt ein Vorteil in der direkten zeitlichen Entlastung des Arztes; ein zweiter Vorteil ist die Zeit der Patientenintervention insgesamt, die sich so im gesamten therapeutischen Team zum Wohle des Patienten deutlich steigern lässt. Das Konstrukt der Delegation hilft darüber hinaus, Schnittstellen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu bahnen und Brüche zu vermeiden. Die Versorgung aus einer Hand kommt der Versorgungsqualität zugute.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Aufwertung der Heilmittelerbringer zu Lasten der Behandlungsqualität

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Stefan Windau und Erik Bodendieck (Drucksache VI - 62) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Politik auf, die Ideen zur Stärkung der Versorgungsverantwortung der Heilmittelerbringer verantwortungsvoll und mit Blick auf den Erhalt der hohen Behandlungsqualität zu diskutieren und gegebenenfalls umzusetzen.

Begründung:

Ein "Direktzugang" der Patienten ohne vorherigen Arztkontakt und die Einführung einer "Blankoverordnung" können den Behandlungserfolg gefährden. Die Verantwortung für den Patienten ist grundsätzlich nicht teilbar. So gehören die Indikationsstellung, die therapeutische und die Budgetverantwortung zusammen. Würde hier eine Teilung der Verantwortung vorgenommen, lieÙe die Qualitätssicherung ins Leere und gefährdete die Patientensicherheit. Eine weitere Folge wäre die Bildung eines neuen Sektors in der Patientenversorgung. Die sich dadurch zusätzlich bildenden Brüche in den Schnittstellen sind abzulehnen.

Der 118. Deutsche Ärztetag warnt vor der vorschnellen Umsetzung solcher Maßnahmen, die vermeintlich zu einer Senkung der Zahl der Arztbesuche führen sollen. Zunächst müssen die laufenden Modellvorhaben zur Substitution von ärztlichen Leistungen abgeschlossen und ausgewertet werden, um valide Daten zu erhalten. Zudem erfordern solche Maßnahmen unbedingt die vorherige Anhebung der Ausbildungsstandards und der (Zusatz-)Qualifikationen der Heilmittelerbringer.



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Deutscher Ärztetag

- VI - 68 Kommunikative Kompetenz setzt gesunde Ärztinnen und Ärzte voraus - TOP für den 119. Deutschen Ärztetag 2016
- VI - 124 Kritische Auseinandersetzung mit der Qualitätssicherung in der Medizin
- VI - 144 Tagesordnungspunkt "Transition" auf einen der nächsten Deutschen Ärztetage
- VI - 160 Änderung des § 13 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kommunikative Kompetenz setzt gesunde Ärztinnen und Ärzte voraus - TOP für den 119. Deutschen Ärztetag 2016

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Marion Charlotte Renneberg, Dr. Jürgen Tempel, Prof. Dr. Bernd Haubitz und Dr. Frauke Petersen (Drucksache VI - 68) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer möge für einen der nächsten Ärztetage einen Tagesordnungspunkt vorsehen, der sich mit dem Thema "Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten" befasst.

Begründung:

Die Landesärztekammern sind für viele Themen zuständig. Kernbereiche ihrer Tätigkeit sind die Berufsaufsicht, die Politikberatung und die Weiterbildung, aber daneben auch die Beratung und Unterstützung ihrer Mitglieder. Die Kammern fokussieren sich dabei auf Probleme im Zusammenhang mit der Berufsausübung. Kolleginnen und Kollegen berichten jedoch zunehmend, dass sie aus vielerlei Gründen erschöpft sind und "nicht mehr können", wobei sie mit ihrer Berufswahl bzw. ihrer Berufstätigkeit, soweit sie die Patientenbehandlung als solche betrifft, durchaus zufrieden sind.

Eine Analyse zeigt: Ärztinnen und Ärzte haben einen hohen professionellen Anspruch an sich selbst und stellen häufig ihre persönlichen Interessen zum Wohle der Patientinnen und Patienten zurück. Als eigener Anspruch wird nicht selten formuliert: "Ein Arzt darf nicht krank sein".

Ärztinnen und Ärzte stehen unter einem ständig steigenden Leistungsdruck und tragen eine hohe Verantwortung. Gerade deshalb bedarf es der Achtsamkeit und Wertschätzung uns selbst und den Patienten gegenüber.

Die ärztliche Tätigkeit birgt besondere berufsbedingte Risiken; somatische und psychische Erkrankungen haben auch bei Ärztinnen und Ärzten deutlich zugenommen. Gewalt gegenüber Ärzten in Klinik und Praxis oder bei Hausbesuchen, vor allem im Bereitschaftsdienst, sind keine Seltenheit mehr.

Von daher ist es wichtig, dass sich die verfasste Ärzteschaft mit der gesundheitlichen



Situation von Ärztinnen und Ärzten beschäftigt und nach Wegen sucht, deren Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Hier können und sollen die Landesärztekammern originäre Ansprechpartner sein. Die Befassung mit der Thematik auf dem Deutschen Ärztetag sollte ein Forum sein,

- um zur Enttabuisierung der Thematik beizutragen,
- auf Gefährdungen der Arztgesundheit aufmerksam zu machen,
- für mögliche Prophylaxemaßnahmen zu sensibilisieren und
- auf das bestehende Angebot an präventiven und unterstützenden Maßnahmen für die Kammermitglieder hinzuweisen,
- Lösungsansätze miteinander auszutauschen sowie
- einen Anstoß für weitergehende Maßnahmen zu geben und Unterstützungsmöglichkeiten auszuloten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kritische Auseinandersetzung mit der Qualitätssicherung in der Medizin

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Gisbert Voigt und Dr. Jörg Zimmermann (Drucksache VI - 124) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge beschließen, dass auf einem der nächsten Deutschen Ärztetage folgender Tagesordnungspunkt in die Tagesordnung aufgenommen wird:

"Kritische Auseinandersetzung mit der Qualitätssicherung in der Medizin"

1. Beispielhaft sollen Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Auswirkung in ihrer Sinnhaftigkeit überprüft werden.
2. Eine ärztliche Evaluierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, unter anderem unter Kosten-Nutzen-Aspekten, muss gefördert und finanziert werden.

Begründung:

Es ist überhaupt nicht klar, welcher Nutzen zu welchen Kosten aus den Qualitätssicherungsmaßnahmen generiert werden kann. Insbesondere soll die kritische Auseinandersetzung mit neu geforderten oder angebotenen Qualitätssicherungsmaßnahmen angestrebt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Tagesordnungspunkt "Transition" auf einen der nächsten Deutschen Ärztetage

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters und Dr. Thomas Fischbach (Drucksache VI - 144) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, den vielfältigen Aspekten der Transition auf einen der nächsten Ärztetage einen eigenen Tagungsordnungspunkt zu widmen.

Begründung:

Über ein Drittel aller Jugendlichen weist eine chronische Erkrankung auf (Allergien, rheumatische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Organfehlbildungen, ADHS ...). Für sie besteht oft ein lebenslanger medizinischer Versorgungsbedarf. Sie werden im Kindes- und Jugendalter oft zusätzlich durch erfahrene pädiatrische Spezialisten behandelt, die diese in der Regel nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr versorgen dürfen. Es droht ohne Transition ein Abbruch in einer für die Patienten oft hochsensiblen Lebensphase. Dieses Thema betrifft neben den Pädiatern und Allgemeinmedizinern zahlreiche weitere Gebiete (Kardiologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Psychiatrie ...). Der Tagesordnungspunkt Transition soll dazu dienen, eine Bestandsaufnahme der bisherigen Aktivitäten vorzunehmen und die noch erforderlichen Entwicklungen aufzuzeigen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderung des § 13 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sebastian Roy und Dr. Bernd Lücke (Drucksache VI - 160) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, zu prüfen, die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage wie folgt zu ändern:

Der § 13 soll dabei wie folgt gefasst werden:

Die Redezeit beträgt drei Minuten, kann aber auf Beschluss der Versammlung verändert werden. Grundsätzlich sind Berichterstatter davon ausgenommen. Mit Zustimmung der Mehrheit kann hiervon abgewichen werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

EU-Themen

- VI - 122 TTIP - Vielfalt des europäischen Gesundheitswesens und Freiberuflichkeit bewahren
- VI - 149 Europäische Gesundheitspolitik wichtige Aufgabe der Bundesärztekammer



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: TTIP - Vielfalt des europäischen Gesundheitswesens und Freiberuflichkeit
bewahren

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 122) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, sich in den Verhandlungen zur Transatlantischen Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP) dafür einzusetzen, dass die Rechte der Patienten, die Freiberuflichkeit der Ärzte und die Kompetenzen ihrer Selbstverwaltungsorgane nicht eingeschränkt oder aufgehoben werden. Internationale Abkommen dürfen weder die Kompetenz der Mitgliedstaaten infrage stellen, ihre Gesundheitssysteme zu gestalten, noch dürfen sie deren Strukturprinzipien aufheben. Nationale Normen und Sozialstandards dürfen nicht unterlaufen oder gar konterkariert werden.

Begründung:

Der 118. Deutsche Ärztetag unterstützt die Erklärung der Präsidenten und Vorsitzenden von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände "Vielfalt des europäischen Gesundheitswesens und Freiberuflichkeit bewahren" vom 06.03.2015 (**Anlage**).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Europäische Gesundheitspolitik wichtige Aufgabe der Bundesärztekammer

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache VI - 149) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bekräftigt die Bedeutung und Notwendigkeit eines nachhaltigen, geplanten, strategischen Engagements der Bundesärztekammer in den verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen auf der Ebene der Europäischen Union (unter anderem Comité Permanent des Médecins Européens, European Forum of Medical Associations), um die vom Präsidenten benannten zentralen, unverzichtbaren Interessen der deutschen Ärzteschaft, insbesondere unter dem Aspekt der Freiberuflichkeit, zu wahren und in diesem Kontext angemessen zu vertreten und zu empfehlen. Die enge Zusammenarbeit der Bundesärztekammer mit Ärztekammern und -organisationen aus anderen EU-Ländern bei der Begleitung von EU-Richtlinien ist dazu unverzichtbar.

Begründung:

Die Europäische Kommission nimmt im Bereich der Gesundheitspolitik Einfluss auf die Gesundheitspolitik ihrer Mitgliedstaaten, beispielsweise durch Leitlinien und Indikatoren oder den Austausch bewährter Verfahren. Die Beobachtung sowie die gestalterische und legislative Begleitung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorgänge auf europäischer Ebene mit Rückwirkung auf die Bundesrepublik Deutschland sind daher wichtige und unverzichtbare Aufgaben der Bundesärztekammer zur Interessenvertretung der deutschen Ärzteschaft gegenüber der deutschen Politik, die in ihrer Bedeutung für die zukünftigen Entwicklungen unverzichtbar ist.



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Fortbildung

- VI - 20 Prüfkriterien für Objektivität von Fortbildung
- VI - 22 Unabhängige Fortbildung: Interessenkonflikte von Veranstaltern
- VI - 24 CME-Punkte-Vergabe
- VI - 69 Gegen die permanent wachsende Zunahme der pflichtmäßigen Fortbildungen
- VI - 143 Ärztliche Kompetenzen zur Bewältigung globaler Gesundheitsgefahren stärken



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Prüfkriterien für Objektivität von Fortbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Waltraud Anemüller (Drucksache VI - 20) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Das ärztliche Selbstverständnis erfordert, dass Fortbildungsinhalte frei von ideologischen und wirtschaftlichen Interessen sind. Zur Prüfung der Objektivität von Fortbildungsinhalten sind Kriterien erforderlich, die bundesweit einheitlich zur Anwendung kommen.

Die Unabhängigkeit von Inhalten und Bewertungen in der Fortbildung (insbesondere von kommerziellen Interessen) muss entsprechend der ärztlichen Berufsordnung aus der Ärzteschaft selbst heraus definiert und gestaltet werden. Bisher liegen dazu keine bundesweit einheitlichen Prüfkriterien vor.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Unabhängige Fortbildung: Interessenkonflikte von Veranstaltern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VI - 22) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

In § 8 Abs. 3 legt die Fortbildungsordnung seit 2013 fest, dass (auch) Veranstalter von zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen ihre Interessen gegenüber den Teilnehmern offenlegen müssen.

Hierzu liegt aktuell noch kein konsentiertes Datenset vor, das von den Kammern im Rahmen des Anerkennungsverfahrens abgefragt und dann den Teilnehmern mitgeteilt werden kann.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 beauftragt die Bundesärztekammer, baldmöglichst ein solches Datenset vorzulegen, das dann bundesweit einheitlich zur Anwendung kommen soll.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: CME-Punkte-Vergabe

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, ein bundeseinheitliches Konzept zur Qualitätssicherung der CME-Fortbildungen und deren Zertifizierung zu entwickeln. Für diese Qualitätssicherung ist eine Datengrundlage (insbesondere anerkannte, nichtanerkannte CME-Zertifizierungen, Umfang des Sponsorings) auf Bundesebene zu schaffen.

Begründung:

Nach aktuellen Zahlen der Landesärztekammer Baden-Württemberg müssen alleine in Baden-Württemberg pro Tag mehr als 100 CME-Fortbildungen zertifiziert werden. Nach den gültigen "Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Fortbildung" dürfen nur Fortbildungen zertifiziert werden, die "unabhängig von kommerziellen Interessen" sind; deshalb darf "der Sponsor Form und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme nicht beeinflussen"; auch muss sichergestellt sein, dass "bei allen Fortbildungsmaßnahmen ein ausgewogener Überblick über den jeweiligen Wissensstand entsprechender diagnostischer und therapeutischer Alternativen vermittelt werden" kann. Bei den Landesärztekammern gibt es jedoch Defizite bei der Umsetzung dieser Vorgaben. So fehlen bundeseinheitliche Qualitätsmaßstäbe und eine Datengrundlage zum Ländervergleich. Dies bestätigen z. B. die stark divergierenden Aussagen der Landesärztekammern zur Frage, wie groß der Anteil an gesponserten Fortbildungen ist. Eine Qualitätssicherung (gegebenenfalls auch durch externe Begutachtung wie TÜV), die auch Transparenz bezüglich Interessenkonflikten und Beeinflussung durch pharmazeutische Unternehmen sicherstellt, erscheint in diesem rasant wachsenden Markt und angesichts der Monopolstellung der Ärztekammern geboten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gegen die permanent wachsende Zunahme der pflichtmäßigen Fortbildungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Ulrich Schwantes und Dr. Jürgen Fischer (Drucksache VI - 69) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die wachsende Zahl an zusätzlichen Pflichtfortbildungen, vorgeschriebenen turnusmäßig zu wiederholenden Fortbildungs-Updates und Kursen zur Erlangung von Zertifikaten durch Fachgesellschaften ist einzudämmen. Auf Vertragspartner in der medizinischen Versorgung und auf die Fachgesellschaften ist darauf hinzuwirken, dass diese sich an Weiterbildungsinhalten einschließlich der gegebenen Fachkundenachweise orientieren.

Begründung:

Die Ärzteschaft erstickt nahezu in der Fülle der stetig neu entwickelten Fortbildungen und Zertifikate. Kein Versorgungsvertrag wird abgeschlossen, in dem nicht von den Ärztinnen und Ärzten zusätzliche in Fortbildungen nachzuweisende Qualifikationen erlangt werden. In manchen Fällen ist außerdem festgeschrieben, dass diese in jährlichen Abständen in Form von Aktualisierungen zu wiederholen sind. Darüber hinaus entwickeln einige Fachgesellschaften Zertifikate, die dazu berechtigen einen Titel als "..."-loge der Deutschen Gesellschaft "..." zu führen. In vielen Fällen werden die Inhalte solcher Fortbildungen und Kurse an den bereits bestehenden Vorgaben der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) und (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) vorbei etabliert, sodass immer mehr nur scheinbar neue Inhalte kreiert werden.

Die Fülle aller in diesem Zusammenhang stehenden Fortbildungen ist nicht nur allmählich unüberschaubar. Sie überschreitet inzwischen die vorgeschriebene Pflicht zur Erlangung von jährlich 50 Fortbildungspunkten. Sie kostet die Ärztinnen und Ärzte Geld und gleichzeitig sehr viel Zeit, die nicht mehr für über das Fach hinausgehende Interessen zur Verfügung steht.

Die Hoheit über die Weiterbildungs- und Fortbildungsinhalte gehört in die Hände der Ärztekammern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche Kompetenzen zur Bewältigung globaler Gesundheitsgefahren stärken
Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Günther Jonitz, Kai Sostmann, PD Dr. Peter Bobbert und Dr. Klaus Thierse (Drucksache VI - 143) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ärztliche Kompetenzen für die adäquate Bewältigung globaler Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung müssen gestärkt werden. Die Gremien der Weiter- und Fortbildung der Bundesärztekammer werden aufgefordert, ein Rahmenkonzept zu erarbeiten, das die ärztlichen Kompetenzen in "globaler Gesundheit" definiert, sodass Lernziele für die Weiter- bzw. Fortbildung einheitlich vermittelt werden können.

Begründung:

In unserer zunehmend vernetzten und interdependenten Welt sind globale Herausforderungen für Gesundheit von wachsender Bedeutung. Dabei stellen beispielsweise Bevölkerungsbewegungen (z. B. zunehmende Flüchtlingsströme) und Änderungen von Krankheitsbildern (z. B. großflächige Ebola-Ausbrüche, Antibiotikaresistenzen) neue Anforderungen an ärztliches Wissen und Handeln, um in multikulturellen Gesellschaften eine effektive Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Ärztinnen und Ärzte benötigen ein Grundverständnis dafür, wie klinische Medizin, öffentliche Gesundheit und soziale gesellschaftliche Aspekte miteinander verbunden sind, wie sie durch Gesundheitssysteme, gesetzliche Regelungen und Politik beeinflusst werden und sich dies alles auf die Gesundheit der Patienten vor Ort und auch weltweit auswirkt.

Ein Rahmenkonzept zu den Kernkompetenzen in "globaler Gesundheit" ist notwendig, um ein Verständnis für die komplexen Einflüsse auf Gesundheit zu entwickeln und die Ärztinnen und Ärzte zu befähigen, auf zukünftige Herausforderungen adäquat reagieren zu können.



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Gesundheitsberufe

- VI - 10 Chancen zur Arzterlastung durch Physician Assistants nutzen
- VI - 11 Kooperation mit Gesundheitsfachberufen konstruktiv gestalten
- VI - 100 Keine Verordnung durch Physiotherapeuten
- VI - 114 Schulgesundheitschwester etablieren



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Chancen zur Arztentlastung durch Physician Assistants nutzen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 10) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 unterstützt nachdrücklich das Ziel des Vorstandes der Bundesärztekammer, die weitere Entwicklung des Delegationsmodells Physician Assistant gestaltend zu begleiten. Der 118. Deutsche Ärztetag begrüßt die Zielsetzung, in der gemeinsamen Arbeitsgruppe von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) Kompetenzen, Inhalte und Einsatzfelder von Physician Assistants festzulegen und eine bundeseinheitliche Lösung voranzutreiben.

Begründung:

Derzeit ist eine dynamische Situation bei der Entwicklung von Studiengängen zum Physician Assistant (Arztassistenten) auf Länderebene zu verzeichnen. Seit 2005 wurden zunächst in Berlin, seit 2009 in Nordrhein-Westfalen, in Baden-Württemberg und Hessen Studiengänge mit Abschluss "Bachelor" implementiert; weitere sollen in Sachsen und Bayern folgen. Überwiegend handelt es sich um sechssemestrige Studiengänge für bereits in einem Gesundheitsfachberuf Ausgebildete. Es gibt aber auch das Modell eines achtsemestrigen primärqualifizierenden Studiengangs für Schulabsolventen mit Hochschulzugangsberechtigung, der eine einjährige Praxisphase umfasst.

Gemeinsam ist allen Studiengängen die primäre Zielsetzung, Ärzte im stationären Bereich bei Routineaufgaben, insbesondere in allen patientenführenden Gebieten, zu unterstützen und zu entlasten. Der Physician Assistant ist dem ärztlichen Dienst zuzuordnen und wird von diesem auf der Basis des Delegationsprinzips mit Letztverantwortung beim Arzt eingesetzt.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in 2014 wiederholt mit dem neuen Berufsbild nach anglo-amerikanischem Vorbild, seinen Chancen und Risiken unter spezifisch deutschen Versorgungsbedingungen sowie den Integrationsmöglichkeiten dieses Berufes in das ärztlich geleitete Team befasst. Er hat dabei die Beschlüsse der Vertreterversammlung der KBV und des Deutschen Ärztetages von Mai 2014 "Keine Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliche akademische Gesundheitsberufe" (Drs. VII - 24) berücksichtigt. Bundesärztekammer und KBV sind dabei zu der



Überzeugung gelangt, dass das Modell des Physician Assistant angesichts der epidemiologischen Entwicklung, der zunehmenden Komplexität der medizinischen Versorgung und der enormen Regeldichte des Gesundheitswesens das Potenzial hat, Ärzte entlasten zu können. Die Konzentration auf die ärztlichen Kernaufgaben beinhaltet die Chance, die Attraktivität des Arztberufs sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung wieder deutlich zu erhöhen. Deshalb werden sich Bundesärztekammer und KBV gemeinsam mit Vertretern der Studiengänge konstruktiv in die weitere inhaltliche Ausgestaltung der Studiengänge, die Klärung der Schnittstellen zur ärztlichen Berufsausübung, die Sicherstellung der ärztlichen Weiterbildung sowie die Vorbereitung einer staatlichen Ausbildungsregelung einbringen.

Mit einer positiven, gestaltenden Begleitung von arzentlastenden und unterstützenden Strukturen in ärztlicher Verantwortung wird die Gefahr weiterer Schnittstellen zu anderen Berufen vermieden. Das Konzept Physician Assistant erscheint geeignet, anders ausgerichteten Vorstellungen im Hinblick auf die Substitution ärztlicher Leistungen entgegenzutreten. Die bisherigen Erfahrungen mit den Studiengängen zeigen, dass der Physician Assistant durchaus auch Berufsperspektiven für bestehende Gesundheitsberufe, z. B. für Medizinische Fachangestellte (MFA), bieten und Personalbedarfe in der stationären Versorgung erfüllen kann.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kooperation mit Gesundheitsfachberufen konstruktiv gestalten

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 11) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bekräftigt nachdrücklich seine 2008 im "Ulmer Papier" festgelegte Position, dass "...eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sinnvoll (ist). Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie der verschiedenen Kompetenzen stehen". Hierbei kann auch die Zusammenarbeit mit neuen Berufsbildern auf Hochschulebene sinnvoll sein, wenn diese dem tatsächlichen Versorgungsbedarf gerecht werden und dadurch keine neue Versorgungsebene mit problematischen Schnittstellen zur ärztlichen Berufsausübung geschaffen wird.

Begründung:

Die Ärzteschaft entwickelt seit vielen Jahren konstruktiv das Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten (MFA) durch Spezialisierungs- und Aufstiegsqualifizierungen weiter, um den vielfältigen Anforderungen in der ambulanten medizinischen Versorgung gerecht zu werden und zugleich das Delegationsprinzip zu optimieren. Auch zusätzliche Qualifikationen wie die Nichtärztliche Praxisassistentin gemäß § 87 Abs. 2b SGB V und VERAH oder die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V tragen dem zunehmenden Entlastungs- und Unterstützungsbedarf von Ärzten in der ambulanten medizinischen Versorgung Rechnung und stärken gleichzeitig das Konzept des ärztlich geleiteten multiprofessionellen Teams.

Neue akademische Qualifikationen sind dann sinnvoll, wenn sie geeignete Antworten auf sich entwickelnde medizinische Versorgungsprobleme und reale Erfordernisse des Arbeitsmarktes darstellen. Dies gilt z. B. auch für die Studiengänge zum Physician Assistant (Arztassistenten), derzeit noch vorrangig für den Einsatz im stationären Sektor vorgesehen. Bedarf und Nachfrage entwickeln sich nach Aussagen der ausbildenden Fachhochschulen positiv. Der Physician Assistant erfüllt wie die MFA die von der Ärzteschaft in verschiedenen EntschlieÙungen des Deutschen Ärztetages seit 2008 festgelegten Grundsätze für Aufgabenverteilung und Kooperation im Gesundheitswesen,



wonach die Diagnose- und Indikationsstellung, die Gesamtverantwortung für Diagnostik und Therapie sowie die medizinische Fallsteuerung allein ärztliche Aufgaben sind. Dies ist nach Auskunft der Leiter der gesichteten Studiengänge gewährleistet.

MFA und Physician Assistant sind Beispiele, wie sich neue Aufgabenverteilungen in der medizinischen Versorgung an den im "Ulmer Papier" festgelegten Kriterien:

- Versorgungsqualität und Patientensicherheit,
- Rechtssicherheit und Einheitlichkeit der Heilkundenausübung,
- Effizienz und Wirtschaftlichkeit

sinnvoll orientieren. Auch Forderungen nach neuen Kompetenzen seitens der Berufe der Heilmittelerbringer oder der Pflege müssen sich an diesen allgemeinen Prüfkriterien messen lassen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Verordnung durch Physiotherapeuten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Stefanie Oberfeld, Dr. Ulrike Beiteke und Dr. Joachim Dehnst (Drucksache VI - 100) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft lehnt einen Direktzugang zu GKV-erstattungsfähigen Therapieangeboten, auch in Form von Wiederholungsverordnungen - z. B. die Physiotherapie -, wie es ein erwarteter Änderungsantrag zum Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) fordert, ab.

Die Stellung einer korrekten Diagnose ist eine urärztliche Aufgabe. Nur auf dieser Grundlage erfolgt die Erstellung eines individuellen Therapieplans. Allein hieraus resultiert die Verordnung der erforderlichen Therapien - egal ob pharmakologisch oder in anderen Bereichen. Die Erbringung und Ausübung dieser Behandlungen kann dann an die jeweils zuständigen Berufsgruppen delegiert werden. Die Verantwortung für die Indikation, die Verlaufskontrollen und die Therapieanpassungen liegt beim Arzt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Schulgesundheitschwestern etablieren

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Gisbert Voigt, Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Joachim Suder, Georg Gärtner und Kai Sostmann (Drucksache VI - 114) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, die strukturellen und ökonomischen Voraussetzungen für den Einsatz von Schulgesundheitschwestern zu schaffen.

Begründung:

Bedingt durch Morbiditätsverschiebungen und die Umsetzung von Inklusion, befinden sich zunehmend mehr chronisch kranke Kinder und Jugendliche nicht mehr in Förder-, sondern in allgemeinen Schulen. Damit „dezentralisiert“ sich auch der Bedarf an Grund- und Behandlungspflege gesundheitlich beeinträchtigter Schülerinnen und Schülern während der Schulbesuchszeit, die darüber hinaus mit Ausweitung der Ganztagsmodelle länger wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass akute Verschlechterungen bestehender Grunderkrankungen (allergische Reaktionen, Stoffwechsellentgleisungen, Krampfanfälle etc.) im Setting Schule auftreten, erhöht sich und stellt das System vor weitere Herausforderungen. Nun haben aber Kinder und Jugendliche auch während der Erfüllung ihrer Schulpflicht Anspruch auf adäquate Gesundheitsversorgung; ihre Eltern wie auch die behandelnden Ärzte erwarten zu recht, dass die Erfordernisse, die sich aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergeben, entsprechend beachtet und umgesetzt werden. Lehrendes und anderes pädagogisches Personal ist darauf häufig nicht hinreichend vorbereitet.

Die Expertise und die verlässliche Vor-Ort-Verfügbarkeit einer Gesundheits- und Kinderkrankenschwester kann hier wirksam Abhilfe schaffen. Als Bestandteil des schulischen Personals kann eine Schulgesundheitschwester (SGS) die oben beschriebenen Aufgaben erfüllen: nach Vereinbarung Medikamente verabreichen, Kinder mit instabiler Stoffwechsellage, z. B. bei Diabetes, beobachten und bei Bedarf adäquat und zeitnah reagieren, bei Schulunfällen Soforthilfe leisten und Entscheidungen zum weiteren Vorgehen treffen, das individuelle Notfallmanagement bei allergischen



Akutreaktionen etc. kennen und umsetzen.

Nicht nur auf Ebene der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es entsprechende Strukturempfehlungen und Umsetzungsmodelle. In vielen europäischen Nachbarländern (z. B. Schweden, Finnland, Großbritannien) bestehen bereits Systeme der Schulgesundheitspflege, die diese Erfordernisse berücksichtigen und abdecken; nicht nur in Förderschulen, sondern in Schulen aller Schultypen. Dezentrale pflegerische Expertise und Präsenz sind gekoppelt mit kinder- und jugendmedizinischer Kompetenz in Strukturen eines öffentlichen (Schul-)Gesundheitsdienstes. Wo dies unter entsprechenden Rahmenbedingungen etabliert ist, hat es sich bewährt und wird nicht mehr infrage gestellt. Die SGS kann zudem sinnvolle Beiträge zur Gesundheitsförderung leisten, indem sie den Bedarf identifiziert, Projekte und Maßnahmen vorantreibt und diese fachlich begleitet.

In den deutschen Bundesländern sind SGS bisher nicht systematisch, sondern nur sporadisch eingesetzt, meist den Traditionen der Förderschulen und der dort gebündelten Bedarfe folgend. Möglichkeiten einer (Misch-)Finanzierung ergeben sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass sich Sinnhaftigkeit und Nutzen für Pflege- und Unfallkassen zunehmend abzeichnen. Bei einem umfassend konzipierten und 2014 evaluierten Modellprojekt im Bundesland Brandenburg konnte dies nachgewiesen werden; die erforderlichen Gelingensbedingungen wurden im Rahmen einer Machbarkeitsstudie identifiziert.

Weiteren Rückenwind dürfte das Modell SGS durch das Präventionsgesetz erfahren, da Gesundheitsförderung im Setting erneut Beachtung und Chance auf finanzielle Unterstützung erfährt.



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Internationales

- VI - 98 Künftige Ausgestaltung der Beschäftigung von Gastärzten - kein Verkauf von Weiterbildungsstellen
- VI - 46 Keine Approbation/Berufserlaubnis ohne Sprachkenntnisse und Förderangebote für ausländische Ärztinnen und Ärzte
- VI - 129 Kompetenz von "Ärzte ohne Grenzen" beachten und nutzen!



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Künftige Ausgestaltung der Beschäftigung von Gastärzten - kein Verkauf von Weiterbildungsstellen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Udo Wolter, Dr. Günther Jonitz und Dr. Susanne Johna (Drucksache VI - 98) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Verband der Universitätsklinika Deutschlands sowie deren Mitgliedsverbände auf, Sorge dafür zu tragen, dass bei der zukünftigen Beschäftigung von sogenannten Gastärzten aus dem Ausland zum Zweck der Weiterbildung eine Gleichbehandlung hinsichtlich der Einstellungs Voraussetzungen und Arbeitsbedingungen mit anderen in- und ausländischen Ärzten gewährleistet ist.

Ausländische Ärzte mit Stipendium des Heimatlandes befinden sich nicht nur in einem Weiterbildungsverhältnis, sondern auch in einem sozialversicherungs- und lohnsteuerpflichtigen Beschäftigungsverhältnis und sind ihren Kollegen aus Deutschland und anderen Ländern hinsichtlich aller Arbeitsbedingungen gleichzustellen.

Die DKG hat daher den Kliniken zwar empfohlen, in diesen Fällen reguläre Arbeitsverhältnisse zu schließen und diese Ärzte tariflich zu vergüten, gleichzeitig aber auch, sich die bisher von den Heimatländern an diese Ärzte ausgezahlten Stipendien abtreten zu lassen und zur Refinanzierung des Arbeitslohns einschließlich der Lohnnebenkosten zu verwenden.

Ein solches Vorgehen führt jedoch zur untragbaren Konsequenz eines "(Ver)Kaufs von Weiterbildungsstellen". Nur noch finanzstarke Länder, die gegebenenfalls sogar mehr als die gesamten Arbeitskosten aufbringen, können "ihre" Ärzte an deutschen Kliniken unterbringen. Manche Krankenhäuser verlangen bereits jetzt zusätzlich die Zahlung von Prämien in unterschiedlicher Höhe durch das jeweilige Heimatland. Gegen diese Entwicklungen wenden wir uns ausdrücklich. Hierin liegt zum einen eine klare Wettbewerbsverzerrung zulasten aller anderen in- und ausländischen ärztlichen Kollegen, die sich ebenfalls auf die entsprechenden Weiterbildungsstellen bewerben und ihre Vergütung sowie weitere Gelder nicht "mitbringen" können. Hinzu kommt, dass in den Krankenhäusern, die sich - unabhängig von ihrer Rechtsform - überwiegend in öffentlicher Hand befinden, die Kriterien bei der Vergabe von Stellen als Ausfluss aus Artikel 33 Abs.



2 GG nur "Eignung, Befähigung und fachliche Leistung" der Bewerber sein können und demnach in keinem Fall ökonomische Gründe eine Rolle spielen dürfen.

Stipendien sollten daher zukünftig nur noch zum Erwerb von notwendigen Deutschkenntnissen sowie für Kurse zur Vorbereitung auf eine eventuell anstehende Kenntnisprüfung verwendet werden. Sobald ein ausländischer Arzt die sprachlichen und fachlichen Anforderungen erfüllt, kann er sich wie andere approbierte Ärzte auf einen Arbeits- und Weiterbildungsplatz mit regulärem Arbeitsvertrag und tariflicher Entlohnung bewerben.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Approbation/Berufserlaubnis ohne Sprachkenntnisse und Förderangebote für ausländische Ärztinnen und Ärzte

Entschließung

Auf Antrag von Dipl.-Med. Ute Krüger, Dr. Christiane Frenz, Dr. Andreas Gibb, Dr. Anke Müller, Dr. Kerstin Skusa, Dr. Wilfried Schimanke und Dr. Andreas Crusius (Drucksache VI - 46) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert als Voraussetzung für die Erteilung der Approbation oder Berufserlaubnis, dass Ärztinnen und Ärzte über die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen müssen. Die Bundesländer werden aufgefordert, die kompetente Sprachverwendung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten, orientiert am Sprachniveau C1 nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER) für Sprachen, zu überprüfen. Gleichzeitig müssen vor dem Hintergrund einer gelungenen Willkommens-, Anerkennungs- und Teilhabekultur entsprechende Fördermöglichkeiten zur besseren Integration von ausländischen Ärztinnen und Ärzten geschaffen werden.

Begründung:

Der Arztberuf ist ein sprechender Beruf. Niedergelassene Ärzte verbringen bis zu 80 Prozent und Klinikärzte bis zu 50 Prozent ihrer täglichen Arbeitszeit im Gespräch mit ihren Patienten. Aus diesem Grund ist die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten sowie deren Angehörigen, aber auch die Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe unerlässlicher Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung.

Kommunikation ist der Stoff, von dem die Arzt-Patienten-Beziehung lebt. Eine zuwendende und an den Bedürfnissen des Patienten sowie seiner Angehörigen orientierte Kommunikation ist für die Entwicklung und Stärkung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung als Grundlage der ärztlichen Behandlung von zentraler Bedeutung. Sie trägt dazu bei, die Therapieadhärenz und den Therapieerfolg zu verbessern, Fehlbehandlungen zu vermeiden, die Häufigkeit von Klagen gegen Ärzte zu verringern und nicht zuletzt auch die berufliche Zufriedenheit von Ärzten zu steigern. Eine gelungene Kommunikation, sowohl zwischen Arzt und Patient als auch im medizinischen Behandlungsteam, ist eine wesentliche Voraussetzung für Qualität, Sicherheit und Erfolg der ärztlichen Behandlung. Diese kommunikative Kompetenz wird auch von



ausländischen Kolleginnen und Kollegen erwartet. Ihre Zahl ist in Deutschland im Jahr 2014 auf 39.661 gestiegen. Diese Vielfalt an Sprachen und Kulturen birgt neben Herausforderungen auch Chancen und Potenziale für unser Gesundheitswesen. Durch notwendige sprachliche und kulturelle Unterstützungen kann die Integration von ausländischen Ärztinnen und Ärzten gefördert werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kompetenz von "Ärzte ohne Grenzen" beachten und nutzen!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christiane Frenz, Dr. Anke Müller und Dr. Wilfried Schimanke (Drucksache VI - 129) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung dringlich auf, die Kompetenz der Organisation "Ärzte ohne Grenzen e. V." bei der Bekämpfung von Epidemien und Pandemien zu beachten und zu nutzen. Deren Informationen sind zeitnah in die politischen Entscheidungen einzubeziehen.

Begründung:

Die Ebola-Epidemie hat gezeigt, dass der sehr frühzeitigen Mitteilung der Organisation ein sehr langwieriger Entscheidungsprozess vonseiten der Regierung folgte, der im GroÙen und Ganzen erst praktische Konsequenzen zeigte, als die Epidemie bereits im Abklingen war.



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Kinder- und Jugendgesundheit

- VI - 107 Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen systematisch verbessern
- VI - 93 Präventionsangebot auch für junge Erwachsene
- VI - 113 Kompletter Impfnachweis für Kinder in Kindertageseinrichtungen
- VI - 115 Netzwerkarbeit zwischen Ärzten und Jugendhilfe regeln



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen systematisch verbessern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Heidrun Gitter, Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Joachim Suder, Georg Gärtner und Kai Sostmann (Drucksache VI - 107) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, Möglichkeiten für die Konzentration und Vernetzung von Diagnostik und Therapie seltener, komplexer sowie aufwändiger Erkrankungen mit Fehlbildungen bei Kindern und Jugendlichen zu schaffen.

Begründung:

Die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit seltenen, komplexen sowie aufwändigen Erkrankungen mit Fehlbildungen wird unabhängig von der Demografie durch die weitere Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten, aber auch durch die zunehmende Zahl an Migranten zunehmen und einen wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darstellen.

Die Zahl spezialisierter Behandlungszentren für diese Erkrankungen mit Fehlbildungen ist in Deutschland zu gering, um dem Anspruch an höchste Qualität in Diagnostik, Therapie und Langzeitbetreuung für alle betroffenen Patienten sowie an Grundlagenforschung und Versorgungsforschung gerecht werden zu können.

Es ist sinnvoll, dazu multizentrische Studien, nationalen und internationalen Austausch zu fördern und diese auch auskömmlich zu finanzieren.

Um die Betreuungsqualität, das Outcome und die Wirtschaftlichkeit im Bereich der Behandlung der seltenen, komplexen sowie aufwändigen Erkrankungen mit Fehlbildungen bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern, sind Konzepte zur Zentralisierung und Strukturierung erforderlich, die medizinische Spezialisten und Wissenschaftler, Gesundheitspolitiker des Bundes und der Länder sowie die Kostenträger involvieren.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Präventionsangebot auch für junge Erwachsene

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Birgit Wulff und Christine Neumann-Grutzeck (Drucksache VI - 93) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, eine Vorsorgeuntersuchung für junge Erwachsene einzuführen.

Im Hinblick auf das Angebot von Vorsorgeuntersuchungen existiert eine Lücke zwischen der Jugenduntersuchung J2 (16./17. Lebensjahr) und dem Gesundheitscheck ab dem 35. Lebensjahr. In diesem Alter erfolgen aber wesentliche gesundheitliche Weichenstellungen für die Zukunft. Eine ärztliche Beratung bezüglich der Früherkennung von Risikofaktoren sowie der Einflüsse des Lebensstils auf die weitere gesundheitliche Entwicklung findet in diesem Lebensalter eine zu geringe Berücksichtigung. Eine Intervention in diesem Alter wäre aber wünschenswert, um langfristige negative Entwicklungen zu vermeiden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kompletter Impfnachweis für Kinder in Kindertageseinrichtungen

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Joachim Suder, Georg Gärtner, Kai Sostmann, Dr. Christian Albring, Dr. Klaus König und Prof. Dr. Christian von Schnakenburg (Drucksache VI - 113) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung erneut auf, gemäß § 20 Abs. 6 IfSG einen kompletten Impfnachweis gegen Masern und andere von Mensch zu Mensch übertragbare Erkrankungen, gegen die es in Deutschland wirksame und zugelassene Impfstoffe gibt, zu fordern, wenn ein Kind in eine staatlich geförderte Kindertageseinrichtung aufgenommen werden möchte, sofern keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen. Dies gilt auch für alle Professionen, die Kinder betreuen.

Begründung:

Auch im Jahr 2015 hat Deutschland bei der bereits für 2007 zugesagten Ausrottung der Masern versagt und hat inzwischen deutlich über 1.000 Masernfälle in den ersten vier Monaten zu verzeichnen.

Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen der Medizin. Moderne Impfstoffe sind gut verträglich; bleibende unerwünschte gravierende Arzneimittelwirkungen werden nur in ganz seltenen Fällen beobachtet und stehen in keinem Verhältnis zu den möglichen Komplikationen, die bei den Erkrankungen auftreten können, gegen die wir in Deutschland impfen. Unmittelbares Ziel der Impfung ist es, den Geimpften vor einer ansteckenden Krankheit zu schützen. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten.

Schutzimpfungen sind nicht ausschließlich eine private, individualmedizinische Maßnahme: Der Staat hat die Ausgestaltung einzelner Aspekte zu Schutzimpfungen dezidiert zur eigenen (öffentlichen) Aufgabe erklärt (§ 20 Abs. IfSG). Auch Kinder, die aus medizinischen Gründen vor allem mit den üblichen Lebendimpfstoffen (z. B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Rotaviren) nicht geimpft werden können (z. B. Säuglinge in den ersten zehn Lebensmonaten, Kinder mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten, Kinder unter immunsuppressiver Behandlung) haben ein Recht auf den



Besuch von staatlich geförderten Gemeinschaftseinrichtungen. Daher muss sichergestellt werden, dass alle Kinder in diesen Einrichtungen, bei denen keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen, vollständig entsprechend den aktuellen Impfempfehlungen geimpft sind (Herdenimmunität).

In der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 heißt es:

Artikel 24 [Gesundheitsvorsorge]

(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an ... Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.

(2) Die Vertragsstaaten ... treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um

a) die Säuglings- und Kindersterblichkeit zu verringern;

b) sicherzustellen, dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten, wobei besonderer Nachdruck auf den Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung gelegt wird;

c) Krankheiten sowie Unter- und Fehlernährung auch im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung zu bekämpfen, ...

Dieses Ziel wurde auf der UN-Sondertagung für Kinder vom 08. bis 10.05.2002 in New York folgendermaßen konkretisiert:

"Jedes Kind hat das Recht auf Impfung gegen verhütbare Krankheiten. Die Routineimpfung von Kindern ist notwendig, um das Recht der Kinder auf Gesundheit zu gewährleisten".

Kinder sind uneingeschränkt Träger derjenigen Grundrechte, die allein an die menschliche Existenz anknüpfen, und haben damit unter anderem gemäß Art. 2 Abs. 2 GG das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, dessen elementarer Bestandteil nach der UN-Kinderrechtskonvention und dem Recht auf Gesundheit im verfassungsrechtlichen Sinne auch Schutzimpfungen sind.

Die Bundesregierung, die sich gegenüber der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verpflichtet hat, alle Maßnahmen zu ergreifen, um die Masern in Deutschland bis 2015 auszurotten, wird aufgefordert, nationale Impfziele zu definieren und einen Aktionsplan zu erstellen, der gewährleistet, dass wir bundesweit bei allen impfpräventablen Erkrankungen, die in Deutschland relevant sind, eine Durchimpfungsrate von 95 Prozent der Bevölkerung erzielen. Nur so können wir alle Kinder vor den oft schwerwiegenden Komplikationen bei durch Impfung vermeidbaren Erkrankungen schützen. Dies ist ein



Grundrecht aller Kinder.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Netzwerkarbeit zwischen Ärzten und Jugendhilfe regeln

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Gisbert Voigt, Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Joachim Suder, Georg Gärtner und Kai Sostmann (Drucksache VI - 115) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die zuständigen politischen Gremien auf, die Netzwerkarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, die Kinder und Jugendliche behandeln sowie der Kinder- und Jugendhilfe im Interesse des Kindeswohls inkl. einer angemessenen Honorierung verbindlich zu regeln.

Begründung:

Sowohl bei den Frühen Hilfen als auch bei der Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) zeigt sich, dass die Versäulung unserer Sozialsysteme und die unterschiedlichen Zuständigkeiten nachteilig für eine bestmögliche Förderung von Kindern und Jugendlichen sind. Seit Jahren weisen gerade Kinder- und Jugendärzte darauf hin, dass Kinder aus anregungsarmen, meist bildungsfernen und in sozial schwierigen Verhältnissen lebenden Familien ihre Schullaufbahn mit großen Förderdefiziten (Sprache, soziales Verhalten, Ernährung) beginnen und zu einem großen Teil scheitern. Bis zu zehn Prozent aller Kinder eines Altersjahrganges erreichen keinen Schulabschluss und haben nur eine schlechte Sozialprognose.

Ein wichtiges Merkmal der ambulanten Grundversorgung ist ihre gemeindenahere Ausrichtung und die Notwendigkeit einer guten Sozialraumvernetzung zwischen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Gesundheitssystems (Ärzte, Ärztinnen, nichtärztliche Heilmittelerbringer, sozialpädiatrische Zentren, Entbindungskliniken, Kinderkliniken mit sekundärer und tertiärer Versorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderhospize, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst etc.), dem sozialen Hilfesystem (Jugendamt, Frühförderstelle, Schulpsychologischer Dienst, Beratungsstellen staatlicher, freier und kirchlicher Träger, Kinder- und Jugendnotdienst, Kinderschutzzentren etc.), dem Bildungssystem (Kindertagesstätten, Schulen, Sportvereine, Jugendfreizeitzentren) und den freien Organisationen (Elternselbsthilfegruppen, berufsständige örtliche Verbände, "Stammtische" etc.).



Die Versäulung unserer gesellschaftlichen Hilfesysteme dient gerade im Kindes- und Jugendalter nicht dem Ziel, alle Kinder unabhängig vom Bildungsstand ihrer Eltern, den finanziellen Ressourcen ihrer Familie und ihres Sozialraums optimal sowohl gesundheitlich als auch in den Bereichen Bildung, Sozialkompetenz, Bewegung und Ernährung zu fördern. Selbstverständlich kann das Gesundheitswesen Versäumnisse der Gesellschaft, pädagogische Unzulänglichkeiten im häuslichen Umfeld und nichtkindgerechte Schulformen mit seinen Mitteln nicht kompensieren, aber es kann zuarbeiten und Missstände anprangern. Gerade Kinder und Jugendärzte und -ärztinnen können als fachlich kompetente Anwältinnen und Anwälte öffentlich die Interessen von Kindern und Jugendlichen ansprechen und ihrem berechtigten Anliegen auf ein gesundes Aufwachsen Gehör verschaffen.

Um diesem Problem im Interesse der Kinder abzuhelpfen, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen behandelnden kinder- und jugendärztlichen Praxen, dem jugendmedizinischen Dienst im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der Kinder- und Jugendhilfe unerlässlich (siehe auch 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Krankenhaus

- VI - 15 Nachhaltige und zukunftsweisende Finanzierung der Hochschulmedizin als gesamtgesellschaftliche Aufgabe
- VI - 16 Krankenhausreform: Qualität kann nur mit ausreichender personeller und finanzieller Ausstattung verbessert werden.
- VI - 169 Qualität der Krankenhausversorgung
- VI - 154 Qualität der Krankenhausversorgung
- VI - 80 Verbindliche Personalschlüssel im Krankenhaus
- VI - 83 Personalentwicklungskosten zusätzlich in staatliche Vergütungssysteme einkalkulieren
- VI - 134 Gesetzliche Mindeststandards für die Personalbemessung in der Pflege
- VI - 52 Angemessene Personalausstattung und vollumfängliche Refinanzierung der ambulanten Notfallversorgung für die Notaufnahme der Krankenhäuser
- VI - 170 Krankenhauseinweisungs-Richtlinie



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Nachhaltige und zukunftsweisende Finanzierung der Hochschulmedizin als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Klaus Fresenius, Dr. Thomas Lipp, Dr. Wolfgang Rechl und Wolfgang Gradel (Drucksache VI - 15) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern sowie die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Ärzteschaft, Krankenhausträgern und Kostenträgern auf, eine dem tatsächlichen Leistungsgeschehen und der öffentlichen Bedeutung gerecht werdende und von Nachhaltigkeit, Planbarkeit und Verlässlichkeit geprägte Finanzierung der deutschen Hochschulmedizin herbeizuführen und zukünftig jederzeit zu gewährleisten. Hierbei sind als gesamtgesellschaftliche Herausforderung die spezifischen Aufgaben der medizinischen Hochschuleinrichtungen in Forschung und Lehre einschließlich der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ebenso zu berücksichtigen wie die allgemeinen stationären Versorgungsleistungen und die besonderen Anforderungen in der Maximal- und "Supramaximalversorgung" von Patientinnen und Patienten mit schwersten sowie seltenen Erkrankungen.

Begründung:

Wie aktuelle Erhebungen zeigen, schreiben mittlerweile rund zwei Drittel aller deutschen Universitätskliniken rote Zahlen – mit steigender Tendenz und ohne Aussicht auf Besserung bei unveränderter Fortschreibung des bisherigen Finanzierungssystems. Nur noch einige wenige Universitätskliniken konnten das Jahr 2014 mit einem positiven Betriebsergebnis abschließen.

Die Universitätskliniken stellen aber bei der hochkomplexen Diagnostik und Therapie in der Versorgung Schwerstkranker und von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen das "Ende der Fahnenstange" dar. Die besonders aufwendigen Leistungen, die hierbei erbracht werden und zu sogenannten "Kostenausreißern" führen, sind seit Jahr und Tag keineswegs adäquat in dem für alle Krankenhäuser einheitlich und ohne hinreichende Differenzierung angewendeten DRG-Vergütungssystem abgebildet. Aber auch bei den allgemeinen stationären Versorgungsleistungen besteht bei Universitätskliniken und Maximalversorgungskrankenhäusern eine deutliche



Unterdeckung in Höhe von -8,3 Prozent, wie der im März 2015 vorgelegte "Extremkostenbericht" des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zeigt. Hinzu kommen die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken bei der Entwicklung und Anwendung neuer Untersuchungs- und Therapiemethoden, bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten in den Hochschulambulanzen, bei der Notfallversorgung und bei der Aus- und Weiterbildung des so dringlich benötigten und zunehmend knapper werdenden ärztlichen und wissenschaftlichen Nachwuchses. Und schließlich wird von den medizinischen Hochschuleinrichtungen zu Recht eine international konkurrenzfähige Grundlagenforschung erwartet, die erst mittel- bis langfristig Eingang in die klinische Medizin finden kann.

Die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken sind somit keineswegs mit dem sogenannten Zuführungsbetrag für Forschung und Lehre des jeweiligen Bundeslandes abgegolten. Unabhängig von Forschung und Lehre sind diejenigen Erkrankungsfälle, die aufgrund ihrer Schwere, Komplexität oder Seltenheit nur in einem "Supramaximalversorgungs Krankenhaus" zu behandeln sind, in den Universitätskliniken verortet. Diese "Extremkostenfälle" müssen in einem differenzierenden Vergütungssystem zukünftig hinreichend Berücksichtigung finden – ebenso wie die allgemeinen stationären Versorgungsleistungen. Die ambulante Versorgung derjenigen Patientinnen und Patienten, die der besonderen Mittel der Hochschulkliniken und deren Ambulanzen bedürfen, ist hierbei nicht kompetitiv zu den niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten zu gestalten, sondern ergänzend und kooperativ. Unabhängig von der innerhalb des geltenden DRG-Systems nicht auskömmlich erfolgenden fortlaufenden Refinanzierung der Aufgaben der Universitätskliniken in der Krankenversorgung kommen die einzelnen Bundesländer unter dem Blickwinkel der "Schuldenbremse" und der Notwendigkeit, verfassungskonforme Landeshaushalte aufzustellen, schon seit vielen Jahren ihren Verpflichtungen bei der Bereitstellung der Investitionskosten sowohl für die universitären als auch für die nichtuniversitären Kliniken nicht nach.

Die komplexen Aufgaben der Universitätskliniken, die diese im gesamtgesellschaftlichen Interesse sowohl in der Krankenversorgung als auch in Forschung und Lehre erfüllen, müssen folgerichtig gesamtgesellschaftlich finanziert werden. Hierzu ist ein Systemzuschlag erforderlich, der sowohl aus ökonomischen als auch arbeitsmarktpolitischen und nicht zuletzt ordnungspolitischen Gründen nicht allein von den Beitragszahlern der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu finanzieren ist. Die einzelnen Bundesländer sind jedoch offenkundig nicht in der Lage, eine hinreichende finanzielle Ausstattung nachhaltig bereitzustellen. Somit ist insbesondere auch der Bund gefordert, der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Universitätsmedizin in Deutschland durch ein neues und nachhaltiges Finanzierungsmodell gerecht zu werden. Dabei geht es insbesondere um die zuverlässige Bereitstellung der erforderlichen Investitionskosten und um die Behebung der systematischen Unterfinanzierung sowohl der durch die Universitätsmedizin zu erbringenden "Supramaximalversorgung" als auch der allgemeinen Versorgungsleistungen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Krankenhausreform: Qualität kann nur mit ausreichender personeller und finanzieller Ausstattung verbessert werden.

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Wolfgang Gradel und Dr. Wolfgang Rechl (Drucksache VI - 16) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Bund und die Länder dazu auf, die geplante Krankenhausreform sachgerecht auszugestalten und für den notwendigen Finanzierungsrahmen zu sorgen, um die angestrebte Qualitätsverbesserung zu ermöglichen.

Begründung:

Im vorliegenden Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung soll die Bewertung der Qualität zum Maßstab der Finanzierung werden. Diese ist aber nur dann leistbar, wenn für eine ausreichende Finanzierung in materieller und personeller Hinsicht gesorgt ist.

Die vorgesehene Einrichtung eines Strukturfonds zur Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft ist grundsätzlich zu begrüßen. Jedoch ist die Bereitschaft der Länder zur paritätischen Finanzierung unzureichend in dem Sinne, dass sie ihre bisherige durchschnittliche Finanzierung in den Jahren 2012 bis 2014 lediglich um die Landesmittel zur Finanzierung des Strukturfonds zusätzlich erhöhen müssen, um Gelder aus dem Strukturfonds zu erhalten. Die Länder müssten aber ihre Verpflichtung zu einer den Investitionsbedarf kostendeckenden Krankenhausfinanzierung erklären und garantieren, um die Voraussetzung für gute Qualität zu schaffen. Der Strukturfonds bietet für die Länder die Chance, ihre bisherigen Versäumnisse nachzuholen. Insofern sind die Länder dazu aufgefordert, ihre Haushalte derart aufzustellen, dass eine Gegenfinanzierung gesichert ist. Ein dauerndes Umlenken von DRG-Erlösen in hausinterne "Investitionstöpfe", die eigentlich für den laufenden Betrieb gedacht sind, konterkariert Bestrebungen, die Qualität zu verbessern. Entscheidungskonflikte zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Zielen darf es für Ärztinnen und Ärzte nicht geben. Die Qualität der Patientenversorgung muss stets im Vordergrund stehen.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der 118. Deutsche Ärztetag ausdrücklich, dass gute Qualität vorderstes Ziel ist und bleibt. Wo Qualität zum Maßstab der Finanzierung wird,



bedarf es seitens des hiermit beauftragten Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einer dezidierten und nachvollziehbaren Definition von Qualitätsindikatoren. Die Ergebnisqualität der Leistung eines Krankenhauses ist grundsätzlich nicht objektiv messbar. Zudem gibt es in der Regel nicht das gute oder schlechte Krankenhaus, sondern unterschiedlich leistungsstarke Abteilungen. Das geplante Zu- und Abschlagssystem für gute bzw. schlechte Qualität ist daher in der vorgesehenen Weise abzulehnen.

Die Konzentration von Krankenhausstandorten im Sinne einer Strukturverbesserung ist nötig, um ein solide finanziertes System zu erhalten; hierbei dürfen aber die nötigen Investitionen in Personal nicht vernachlässigt werden. Die Förderung der Pflege ist in diesem Sinne zu begrüßen, es bedarf aber nicht bloß einer Finanzspritze, sondern einer nachhaltigen Finanzierung sämtlicher Personalkosten im Krankenhaus.

Die Anhebung der zu erbringenden Dokumentationsrate eines Krankenhauses bei den jeweiligen Indikationen von 95 Prozent auf 100 Prozent sollte erneut überdacht werden. Gute Qualität ist das Ergebnis von Zeit, die auf die ärztliche und pflegerische Behandlung verwandt wird, und nicht auf die Dokumentation derselben. Der bereits heute hohe Verwaltungsaufwand hat Ärzte und Pflegekräfte immer weiter vom Patienten entfernt. Daher gilt es, zusätzliche Dokumentationsverpflichtungen nur dann zu schaffen, wenn im Gegenzug auch für eine ausreichende Personalausstattung gesorgt ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Qualität der Krankenhausversorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Thomas Lipp, Dr. Wolf von Römer und Dr. Klaus Reinhardt (Drucksache VI - 169) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert eine paritätische und gleichberechtigte Beteiligung von leitenden Ärztinnen und Ärzten an den Führungsstrukturen im Krankenhaus.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Qualität der Krankenhausversorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Wesiack und Dr. Wolf von Römer (Drucksache VI - 154) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. DÄT 2015 fordert eine paritätische und gleichberechtigte Beteiligung der Ärzteschaft an den Führungsstrukturen im Krankenhaus.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verbindliche Personalschlüssel im Krankenhaus

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache VI - 80) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert von den Verantwortlichen in den Krankenhäusern und den Krankenhausträgern, aus Gründen der Patientensicherheit und zum Schutz der Mitarbeiter verbindliche Mindestpersonalschlüssel für den ärztlichen und pflegerischen Dienst zu schaffen. Dabei ist auf eine angemessene Proportionalität zwischen Behandlungszahlen (Fall- oder Eingriffszahlen) und der Mitarbeiterzahl zu achten.

Begründung:

Langfristige Unterbesetzung von Abteilungen führt zu einer Gefährdung der Gesundheit von Patienten und Mitarbeitern. Eine Mindestbesetzung ist erforderlich, um Leistungen sicher zu erbringen, denn die Arbeitsbelastung ist eine wichtige Determinante der Behandlungsqualität im Krankenhaus. Eine hohe Belastung der Mitarbeiter korreliert mit abnehmender Patientensicherheit und geringerer Arbeitszufriedenheit.

Arbeitszufriedenheit ist eine notwendige Voraussetzung, um auch künftig den erforderlichen Nachwuchs für die ärztliche und pflegerische Versorgung der Patienten zu gewinnen und der Abwanderung in die nichtkurativen Tätigkeitsfelder Einhalt zu gebieten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Personalentwicklungskosten zusätzlich in staatliche Vergütungssysteme einkalkulieren

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Thomas Werner, Kai Sostmann, Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Julian Veelken (Drucksache VI - 83) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der Gesetzgeber wird erneut und mit Nachdruck aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass Personalentwicklungskosten in staatlichen Vergütungssystemen wie Diagnosis Related Groups (DRGs), Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) oder pauschalierendes Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) künftig zusätzlich vergütet werden.

Menschen machen Menschen gesund. Für eine hochwertige Behandlung und humane Betreuung kranker Menschen sind höchstqualifizierte Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere Gesundheitsberufe wie Krankenpflege, Physiotherapeuten, medizinische Fachangestellte etc. essenzielle Voraussetzung.

Medizinischer Fortschritt, demografischer Wandel, erschwerte Arbeitsbedingungen, aber auch organisatorische Veränderungen wie verstärkte Teamarbeit, Delegation ärztlicher Leistungen, Telemedizin und neue gesetzliche Vorschriften, wie beispielsweise im Patientenrechtegesetz, machen verstärkte Bemühungen um die Qualifikation medizinischen, pflegerischen und anderen Gesundheitspersonals unumgänglich.

So sind insbesondere zur Vermeidung von Behandlungsfehlern Trainings in interprofessioneller Kommunikation, interdisziplinärem Management und Arbeiten als Team nötig. Daneben können medizinische Fertigkeiten zunehmend in Modellsituationen (Simulationstraining) erlernt und nicht mehr nur wie bisher durch Learning by Doing angeeignet werden.

Aus-, Weiter- und Fortbildung dürfen keine Zufalls- oder Nebenprodukte der normalen Berufsausübung sein.

Personalentwicklungskosten sind derzeit nicht explizit oder gar ausreichend in den Kalkulationen von Fallpauschalen (DRGs) und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) enthalten. Die Politik hat die arbeitenden Menschen im Gesundheitssystem vergessen.





TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gesetzliche Mindeststandards für die Personalbemessung in der Pflege

EntschlieÙung

Auf Antrag von Julian Veelken (Drucksache VI - 134) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert gesetzliche Mindeststandards in der Personalbemessung für die Stationspflege in Krankenhäusern, und zwar sowohl für die Intensivstationen als auch für die peripheren Krankenstationen. Diese Standards müssen sich besonders auch auf Mindestbesetzungen für einzelne Schichten, besonders Nachtschichten, beziehen.

Begründung:

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) hat dazu geführt, dass die Krankenhausträger die Personalstruktur ihrer Häuser massiv ausgedünnt haben. Dies hat vielerorts zu einem massiven Pflegenotstand geführt.

Es ist ärztliche Aufgabe, auf gesetzliche Regelungen zu dringen, um eine Gefährdung unserer Patienten durch weitere Zunahme des Pflegenotstands auch in Zukunft zu vermeiden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Angemessene Personalausstattung und vollumfängliche Refinanzierung der ambulanten Notfallversorgung für die Notaufnahme der Krankenhäuser

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Frank J. Reuther, Dr. Matthias Fabian, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Susanne Johna und PD Dr. Claudia Borelli (Drucksache VI - 52) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass die ambulante Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser vollumfänglich refinanziert wird. Dies umfasst auch die Kosten für eine angemessene Personalausstattung.

Für eine leitlinienkonforme, qualifizierte Patientenversorgung ist eine vollständige Refinanzierung der Kosten ohne Abschlag dringend notwendig, um ausreichend Personal in den Notaufnahmen vorhalten zu können.

Um die finanziellen Belastungen der Krankenhäuser abzumildern, ist eine zeitnahe Umsetzung absolut notwendig. Ein Gutachten zur Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), das im Februar 2015 vorgestellt wurde, untermauert dies. Den Kosten für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus von durchschnittlich 126 Euro pro Patient steht ein Erlös von nur 32 Euro gegenüber. Entsprechend ist die personelle Ausstattung der Notaufnahmen auch auf ein Minimum reduziert.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Krankenhauseinweisungs-Richtlinie

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz, Dr. Gerd-Dieter von Koschitzky, Prof. Dr. Ulrich Schwantes und Dr. Thomas Werner (Drucksache VI - 170) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (KE-RL) wieder dahingehend zu ändern, dass sie allgemein praktikabel und nicht mit unabsehbaren Haftungsrisiken für die einweisende Ärztin/den einweisenden Arzt verbunden ist.

Begründung:

Die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie wurde vom G-BA am 23.04.2015 dahingehend geändert und vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt, dass die einweisende Ärztin/der einweisende Arzt sich vor einer Krankenhauseinweisung einer Patientin/eines Patienten davon überzeugen muss, dass

1. die Leistung nicht auch eventuell ambulant von einer/einem niedergelassenen Kollegin/niedergelassenem Kollegen erbracht werden könnte.
2. das vorgesehene Krankenhaus für den Patienten und seinen individuellen Anforderungen barrierefrei ist.

Das Erste bedeutet, dass die einweisende Ärztin/der einweisende Arzt für die Krankenhauskosten von der Krankenkasse in Regress genommen werden kann, wenn auch nur theoretisch die Leistung ambulant erbracht werden könnte, unabhängig davon, ob dies auch in der Realität geschehen würde und ob die Patientinnen/der Patient mit seinen Leiden für eine ambulante Therapie auch geeignet wäre. Außerdem erscheint es für die Einweisende/den Einweisenden völlig unmöglich, alle angebotenen Leistungen aller Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte vollständig zu überblicken, in Berlin wären dies alleine 7.500 Leistungsspektren!

Das Zweite ist originäre Aufgabe der Genehmigungsbehörde, die die barrierefreie Gestaltung der Krankenhäuser wie auch der anderen Gesundheitseinrichtungen, der öffentlichen Gebäude, Schulen, Kindergärten usw. bei der Erstellung, wie auch im Betrieb



zu überwachen hat! Es ist unzumutbar, dass die einweisende Ärztin/der einweisende Arzt vor einer Einweisung ins Krankenhaus eine Begehung in Frage kommender Krankenhäuser vornehmen muss, um zu klären, ob sie für die spezifischen Behinderungen des zukünftigen Patienten auch barrierefrei ist! Die Einweisende/der Einweisende muss sich vielmehr darauf verlassen können, dass die Aufsichtsbehörde ihren Aufgaben gerecht geworden ist und somit die in den Bauvorschriften festgelegte Barrierefreiheit auch tatsächlich besteht!

Beide Vorschriften müssen wegen unzumutbarer gegebenenfalls existenzgefährdender Haftungsrisiken für die einweisende Ärztin/den einweisenden Arzt unverzüglich wieder aus der KE-RL entfernt werden!



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Menschenrechte/Geschichte der Ärzteschaft

- VI - 133 Flüchtlinge - Forderungen der Behandlungszentren
- VI - 152 Forderung nach gesundheitsförderlichem Umgang mit Flüchtlingsfamilien
- VI - 141 Umsetzung der EU-Richtlinie 2013/33/EU für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge im asylrechtlichen Verfahren
- VI - 121 Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien sowie von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen
- VI - 111 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und insbesondere von Flüchtlingskindern
- VI - 130 Behinderte Flüchtlinge
- VI - 131 Psychiatrische psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden
- VI - 119 Bundesweite Einführung einer Versichertenkarte für registrierte Flüchtlinge
- VI - 140 Einsatz von qualifizierten Gutachtern bei der Beurteilung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und bei der Untersuchung vor geplanten Abschiebungen
- VI - 138 Übernahme von Dolmetscherkosten bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern
- VI - 132 Befundweitergabe von Erstuntersuchungen von Asylsuchenden
- VI - 137 Umsetzung der WHO-Leitlinie "Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen" in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung
- VI - 139 Ärztliche Mitteilungspflicht an Krankenkassen bei häuslicher und sexueller Gewalt abschaffen
- VI - 109 Einsetzung eines Kinder- und Jugendschutzbeauftragten im Deutschen Bundestag



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Flüchtlinge - Forderungen der Behandlungszentren

Entschließung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 133) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 schließt sich den folgenden Forderungen der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Baff) an:

- Früherkennung von Vulnerabilität in den Erstaufnahmeeinrichtungen
- Einleitung von geeigneter Unterstützung und Behandlung
- Diagnostik und Indikationsstellung mit Hilfe von Dolmetschern
- schnelle ärztliche, psychotherapeutische und soziale Hilfen
- Übernahme von Fahrtkosten zur Behandlung.

Begründung:

Menschen, die durch Folter, Verfolgung oder Misshandlung oft große Qualen erlitten haben, sind häufig psychisch traumatisiert und bedürfen spezieller Behandlung. Der deutsche Staat weigert sich weiter, konsequent seiner humanitären und mittlerweile auch rechtlichen Verantwortung nachzukommen und erkrankten Flüchtlingen ausreichende medizinische und psychosoziale Hilfe zukommen zu lassen, obwohl Deutschland bis Mitte 2015 die EU-Richtlinie 2004/83/EG umsetzen muss, die besagt, dass der Aufnahmestaat verpflichtet ist, besonders schutzbedürftige Flüchtlinge und ihren Hilfsbedarf zu erkennen und entsprechende Unterstützung bereitzustellen. Als besonders schutzbedürftige Personen gelten u. a. Traumatisierte, psychisch Kranke, Gefolterte und Opfer von Gewalt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Forderung nach gesundheitsförderlichem Umgang mit Flüchtlingsfamilien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Barbara Jäger (Drucksache VI - 152) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015 in zweiter Lesung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, die gesundheitlichen und psychosozialen Risiken junger Flüchtlingsfamilien und deren Kinder zu vermindern, indem sie folgende Punkte verbessern:

1. Qualifizierte Sprachkurse von der ersten Woche des Aufenthalts an.
2. Medizinische Versorgung nach den Grundsätzen der WHO und der UNHCR.
3. Familienbezogene Unterbringung nach den ersten drei Monaten des Aufenthalts. Verbot von Gemeinschaftsunterkünften für Familien mit Kindern über die ersten drei bis sechs Monate hinaus.
4. Versorgung der Flüchtlingskinder mit Ganztagsplätzen in Kindertagesstätten mindestens drei Jahre vor Schuleintritt.
5. Früher Zugang der Eltern zum Arbeitsmarkt oder zu öffentlich finanzierter Arbeit zum Nutzen der Gemeinschaft auf kommunaler oder regionaler Ebene.

Begründung:

Durch den bisherigen Umgang mit Flüchtlingsfamilien entstehen Schäden und Defizite, welche in Bezug auf Fürsorge und Kosten auf unsere Gesellschaft zurückfallen. Gesundheitliche Schäden treten zu Beginn allein schon durch beengte Wohnverhältnisse, mangelnde Verständigungsmöglichkeit und Wahrnehmung von medizinischen Versorgungsmaßnahmen auf. Eine auf der Flucht erlittene sequenzielle Traumatisierung wird durch die Nichtteilhabe an essenziellen Lebensbereichen des kindlichen Entwicklungsprozesses prolongiert und häufig durch psychosoziale Isolation noch verstärkt. Durch die Verhinderung der Teilhabe am Bildungs- und Arbeitsprozess werden diese Schäden verstärkt. Eine eigenständige berufliche Integration dieser Kinder kann überhaupt nicht oder nur am untersten Rand ihrer Möglichkeiten stattfinden. Die Situation der Flüchtlingsfamilien ist prekär: Die Unterbringung der Familien in Gemeinschaftsunterkünften verhindert heilsame Prozesse in den Familien. Eltern werden keine frühzeitigen und ausreichenden Sprachkurse angeboten. Oft sind sie auf lückenhafte Programme von rein ehrenamtlichen Unterrichtenden angewiesen. Die



Intensität des Unterrichts ist ungenügend. Der Erwerb/Nichterwerb der deutschen Sprache vollzieht sich in kaum merkbaren Fortschritten. Vom Arbeitsprozess sind sie aufgrund der häufigen Situation Alleinerziehung, der fehlenden Kinderbetreuung und durch die Rechtslage ausgeschlossen. Die Kinder werden nicht frühzeitig in Krippen oder Kindertagesstätten aufgenommen, da sie den an der deutschen Doppelverdienerfamilie gemessenen kommunalen Platzvergabekriterien nicht genügen. Entsprechend erhalten sie oft erst nach ein bis drei Jahren einen Platz und werden häufig nur von 09:00 bis 12:00 Uhr betreut, was einen unzureichenden Rahmen zum Spracherwerb der deutschen Sprache für die Kinder bedeutet.

Je nach Unterbringung in der Flüchtlingsunterkunft und Kontaktmöglichkeiten in der Herkunftssprache, verkümmert die Kompetenz in ihrer Erstsprache zeitgleich.

Im sensiblen Alter der ersten vier bis fünf Lebensjahre werden Kinder und konsekutiv deren Eltern durch die Gesetzeslage systematisch von wichtigen Entwicklungsprozessen zur eigenständigen Persönlichkeitsbildung ausgeschlossen. Die Folgen für unsere Gesellschaft und unser Gesundheitssystem sind absehbar negativ.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Umsetzung der EU-Richtlinie 2013/33/EU für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge im asylrechtlichen Verfahren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 141) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, die Richtlinie 2013/33/EU in Deutschland endgültig umzusetzen und damit den medizinischen und psychologischen Bedürfnissen besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und Asylbewerber zu allen Zeitpunkten ihres Aufenthaltes in Deutschland Rechnung zu tragen und keine Abschiebungen/Überstellungen zuzulassen, die mit gesundheitlichen Gefahren für die Betroffenen verbunden sind.

Begründung:

Die Richtlinie 2013/33/EU vom 26.06.2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, regelt EU-weit verbindlich die sozialen Mindeststandards für die Unterbringung und Versorgung asylsuchender Flüchtlinge. Die Richtlinie ist von den Mitgliedstaaten in nationales Recht umzusetzen. Gemäß der Richtlinie ist bei den Aufnahmebedingungen für Asylsuchende die Situation der besonders schutzbedürftigen Personen zu berücksichtigen. Zu diesem Personenkreis gehören Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, Ältere, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Schwerkranke, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Die Schutzbedürftigkeit soll zeitnah festgestellt und beachtet werden, kann aber auch zu jedem späteren Zeitpunkt geltend gemacht werden.

Nach übereinstimmenden Untersuchungsergebnissen leiden circa 40 Prozent der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Diagnostik dieser Erkrankung ist langwierig und kompliziert, sodass die Evaluierung einer besonderen Schutzbedürftigkeit bisweilen erst spät erfolgen kann, zumal die Anzahl der psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote schon jetzt zu gering ist.

Gesetzlich zu regeln sind daher der Anspruch Asylsuchender auf Beratung und Information zu den sozialen und medizinischen Asylaufnahmebedingungen, das



Feststellungsverfahren für eine besondere Schutzbedürftigkeit sowie der Anspruch Asylsuchender auf die erforderliche soziale und medizinische Versorgung.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien sowie von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Ulrich M. Clever und Dr. Joachim Suder (Drucksache VI - 121) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien sowie von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF).

Begründung:

In einer gemeinsamen Presseerklärung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) vom 19.11.2014 fordert die Bundesärztekammer die bessere kurative und präventive gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingsfamilien in Deutschland. Die UN-Kinderrechtskonvention nennt "das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit" als ein Grundrecht jedes Kindes (Artikel 24 Abs. 1 der UN-Kinderrechtskonvention). Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen - und somit deren Kindern - ist meistens auf Notfallkrankungen reduziert (siehe Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 22.09.2014 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes).

Auch die Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien ohne gesicherten Aufenthaltsstatus dürfen nicht von einer Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sein. Diese Gesundheitsversorgung muss in Krankenhaus und Praxis unter Wahrung der Anonymität ermöglicht werden (siehe Flyer der Bundesärztekammer "Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis").

Ebenfalls erforderlich ist eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von UMF, die wegen fehlender familiärer Ansprechpartner spezielle medizinische und therapeutische Betreuung benötigen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und insbesondere von Flüchtlingskindern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Joachim Suder, Georg Gärtner, Kai Sostmann, Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Dr. Christian Albring und Dr. Klaus König (Drucksache VI - 111) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und insbesondere von Flüchtlingskindern gemäß der über die UN-Kinderrechtskonvention eingegangenen Verpflichtung sicherzustellen.

Begründung:

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag dazu bekannt, dass die UN-Kinderrechtskonvention Grundlage für den Umgang mit Minderjährigen ist, die als Flüchtlinge nach Deutschland kommen. Leider müssen wir feststellen, dass gegenwärtig die meisten ausländerrechtlichen Gesetze gegenüber minderjährigen Flüchtlingen diskriminierend wirken. Auf diesen Umstand hat auch Anfang dieses Jahres der Ausschuss für die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen in seinen "Concluding Observations" hingewiesen. Die konkrete Diskriminierung von Flüchtlingen zeigt sich in einem unzureichenden Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, zu Bildung und zu sozialer Teilhabe. Dadurch werden Kinderrechte verletzt und die Integration von Kindern und Jugendlichen, die zum Teil sehr lange oder dauerhaft in Deutschland bleiben, verhindert.

Dabei muss bei der Umsetzung des Ausländerrechts stets die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention beachtet werden. Insbesondere Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention zur Gesundheitsvorsorge beschreibt ganz konkret, welche umfassenden Rechte auch minderjährige Flüchtlinge haben sollten. So heißt es in Absatz 1: "Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird."



Die Realität in Deutschland sieht aber anders aus. So werden nach § 4 AsylbLG nur die Kosten für die Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände erstattet. Nicht erstattet werden dagegen in aller Regel präventive Leistungen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, Kariesprophylaxe, Sehhilfen, die Behandlung chronischer Erkrankungen, die Heil- und Hilfsmittelversorgung von behinderten Kindern sowie die Behandlung von psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Die Ärzte müssen oft monatelang oder sogar jahrelang dafür kämpfen, dass etwas bewilligt wird. Diese Erfahrung ist aufreibend und frustrierend.

Zusätzliche Leistungen für Flüchtlinge können zwar für sonstige unerlässliche Behandlungen zur Sicherung der Gesundheit gewährt werden: So kann nach § 6 Abs. 2 in Verbindung mit § 4 AsylbLG Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 AufenthG besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige, bereits heute die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt werden. § 6 Abs. 1 AsylbLG ermöglicht es daneben auch anderen Leistungsberechtigten, sonstige Leistungen zu gewähren, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Die Realität ist aber, dass in der Regel medizinisch nicht oder nicht ausreichend geschultes Personal in den Sozial- und Ausländerbehörden den Gesundheitszustand der potenziell Leistungsberechtigten einschätzt. Dabei werden häufig gravierende gesundheitliche Probleme übersehen bzw. falsch bewertet. Diese unseres Erachtens nicht ausreichend qualifizierten Mitarbeiter bestimmen über das weitere Schicksal von Menschen. Hier besteht eindeutig Änderungsbedarf. Nur medizinisch ausreichend geschultes Personal bzw. vor allem Ärztinnen und Ärzte können körperliche und seelische Krankheiten adäquat erkennen und angemessene Maßnahmen in die Wege leiten.

Fakt ist: Aufgrund dieser Ermessensregelung haben Asylbewerber einen erschwerten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, gerade auch im Bereich der psychischen Gesundheit. So bestehen meist sehr lange Wartezeiten bei Therapieeinrichtungen für Folteropfer und traumatisierte Flüchtlinge, obwohl zahlreiche, wenn nicht die meisten, Flüchtlinge hochtraumatische Erlebnisse bewältigen müssen.

Auch bezüglich der gesundheitlichen Versorgung von bereits anerkannten Flüchtlingen, für die das Regelangebot der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt, gibt es noch viel zu tun. Hier bestehen z. B. bei der Behandlung von Traumafolgestörungen häufig Sprachbarrieren, die durch die ausreichende Übernahme von Dolmetscherkosten beseitigt werden müssen.

Deshalb fordern wir: Der Zugang zu Gesundheit und Bildung muss unabhängig von Aufenthaltsstatus und Alter gewährleistet sein. Alle Flüchtlinge müssen vollen Zugang zu allen Gesundheitsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, also zum vollen Umfang des SGB V, bekommen. Sinnvoll wäre, dass Flüchtlinge - wie bereits in Bremen und Hamburg - Chipkarten zur normalen Abrechnung der Gesundheitsversorgung erhalten,



ohne den Umweg über eine Behörde machen zu müssen. Dies beugt dramatischen Notfällen oder Fehleinschätzungen vor und hilft zudem, überflüssige Bürokratie zu vermeiden und dadurch Kosten zu sparen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Behinderte Flüchtlinge

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 130) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Behindertenbeauftragten der Länder und die Behindertenbeauftragte der Bundesregierung auf, sich für die umfassenden Belange von behinderten Flüchtlingen einzusetzen.

Insbesondere müssen hier genannt werden:

- eine geeignete Unterbringung auch in den Erstaufnahmen, die einen Zugang zu Toiletten und Duschen ermöglichen, um zusätzliche Verletzungsgefahren auszuschließen
- ein sofortiger Zugang zu ausreichender medizinischer und psychosozialer Versorgung
- eine sofortige Bemühung um Familienzusammenführung, da behinderte Flüchtlinge ganz besonders auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen sind.

Begründung:

Es kommt immer wieder vor, dass behinderte Flüchtlinge in Erstaufnahmeeinrichtungen kommen, in denen weder die Sanitäranlagen noch die sonstige Umgebung für sie geeignet sind. Behinderte Menschen gelten gemäß der EU-Richtlinie 2004/83/EG als besonders schutzbedürftig und müssen daher gemäß der Richtlinie Behandlung erfahren.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Psychiatrische psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden

Entschließung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 131) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, für eine klare Auslegung des § 6 AsylbLG zu sorgen, die sicherstellt, dass eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Asylsuchenden gewährleistet wird.

Begründung:

Gerade in Bereichen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung wird die Notwendigkeit von Überweisungsscheinen von Seiten der damit erheblich überforderten Sachbearbeiter überprüft und genehmigt. So kommt es bei

- a) psychiatrischen Behandlungen in Kliniken oft zu Wiederaufnahmen, da nur der akute Notfall behandelt und die Weiterbehandlung nicht möglich wird, weil der Bedarf eines Überweisungsscheines erst überprüft werden muss;
- b) psychotherapeutischen Behandlungen zu einem langwierigen Verfahren, in dem die behandelnden Ärzte, die sich überhaupt in der Lage fühlen, Psychotherapien für traumatisierte Flüchtlinge anzubieten (Sprachschwierigkeiten, Dolmetschernotwendigkeit, modifizierte Verfahren) oftmals weit in Vorleistung gehen müssen, da erst ab einer Genehmigung durch den Amtsarzt die Sitzungen bezahlt werden. Der behandelnde Arzt muss auf alle Fälle die erste Sitzung, Probesitzungen und den Bericht für das Amt auf eigene Rechnung schreiben, ohne zu wissen, ob dies je bezahlt und genehmigt wird.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Bundesweite Einführung einer Versichertenkarte für registrierte Flüchtlinge

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Ulrich M. Clever (Drucksache VI - 119) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Länder und den Bund auf, die Einführung einer Versichertenkarte für Flüchtlinge auch in den Flächenländern zu veranlassen. Ein gemeinsamer gesamtstaatlicher Konsens wäre eine dringend notwendige Maßnahme für die rasche bundesweite Umsetzung.

Begründung:

Gemäß § 4 AsylbLG soll die medizinische Versorgung für die erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen bei allen Flüchtlingen zwar gewährleistet sein, ohne Versichertenkarte jedoch muss zeitaufwendig die Einzelbeantragung eines Behandlungsscheines erfolgen. Dies verursacht nicht nur unnötig Kosten durch den höheren Verwaltungsaufwand, der aufgrund der wachsenden Anzahl an Flüchtlingen zeitlich kaum zu bewältigen ist, sondern behindert somit auch eine patientengerechte medizinische Versorgung.

Die Versichertenkarte für registrierte Flüchtlinge wurde 2005 in Bremen und 2012 in Hamburg mit guten Erfahrungen eingesetzt. Es hat sich herausgestellt, dass die Einführung nicht kostentreibend war, sondern sich für die Sozialbehörden durch die Einsparungen an Verwaltungsvorgängen mit hohem administrativen Prüf- und Abrechnungsaufwand entlastend ausgewirkt hat. Für die Leistungsberechtigten ist vorteilhaft, dass ein unkomplizierterer Zugang zu den Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ermöglicht wird.

Die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) "Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund" (2013) verweist auf die staatliche Aufgabe, Regelungen zu schaffen: "Grundlage des ärztlichen Ethos ist der Dienst am notleidenden Menschen, unabhängig von dessen sozialen Status, seiner ethnischen Zugehörigkeit oder Nationalität. Ärzte sollten an der Erfüllung dieser moralischen Pflicht nicht systematisch gehindert werden." Konkret bedeutet dies, dass bürokratische Hürden, die diese Pflichterfüllung von Ärzten behindern, durch den Staat beseitigt werden müssen. Die Versichertenkarte ist daher eine gesamtstaatliche Aufgabe



und sollte bundeseinheitlich geregelt werden.

Staatsministerin Aydan Özoguz hat sich als Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in ihrer Pressemitteilung (vom 27.04.2015, Nr. 160) zur Bundeskonferenz der Integrationsbeauftragten des Bundes, der Länder und der Kommunen am 27. und 28.04.2015 in Mainz für die Einführung einer solchen Versichertenkarte in allen Bundesländern ausgesprochen: "In manchen Bundesländern erhalten Flüchtlinge nur eine minimale Notfallversorgung: Nicht selten bleiben Erkrankungen so unerkannt oder werden chronisch. Einzelne tragische Geschehnisse in Flüchtlingsunterkünften zeigen, dass dies zu schweren Schädigungen oder sogar zu Todesfällen führen kann. Das Problem ist, dass Verwaltungsangestellte im Vorwege entscheiden sollen, ob ein Arztbesuch notwendig ist, dafür sind sie aber gar nicht ausgebildet. Daher halte ich es für einen guten Weg, wenn alle Bundesländer die in Bremen und Hamburg genutzte Chipkarte nach dem Bremer Modell einführen würden."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einsatz von qualifizierten Gutachtern bei der Beurteilung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und bei der Untersuchung vor geplanten Abschiebungen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 140) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die zuständigen Gerichte und Behörden auf, bei der medizinischen, insbesondere psychologischen Beurteilung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und bei der ärztlichen Untersuchung vor einer Abschiebung qualifizierte Gutachter einzusetzen. Adresslisten von speziell ausgebildeten Ärzten und Psychotherapeuten liegen bei den Kammern in mehreren Bundesländern vor und sollten den Gerichten und zuständigen Ausländerbehörden in der jeweils aktuellen Form zugänglich sein.

Begründung:

Medizinische Gutachten, Stellungnahmen und Untersuchungen von Flüchtlingen und Asylbewerbern in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und vor der Abschiebung erfordern von Ärzten und Psychotherapeuten große Sachkenntnisse, Erfahrung und Sorgfalt. Von den Landesärzte- und Psychotherapeutenkammern werden in vielen Bundesländern Curricula zu Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen (SBPM) durchgeführt, die sich an das sogenannte Istanbul-Protokoll (Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe) anlehnen. Die von fachlich kompetenten Kolleginnen und Kollegen ausgearbeiteten Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen sollen helfen, kompetente Fachgutachten zu erstellen.

Gutachter müssen unabhängig sein. So sollte beispielsweise kein Arzt, der die Reisefähigkeit eines Flüchtlings bestätigt, diesen anschließend im Flugzeug gegen entsprechendes Honorar begleiten dürfen, um einen Interessenkonflikt zu vermeiden.

Richter sind selbstverständlich frei in ihrer Entscheidung, welchen Gutachter sie wählen. Die Gerichte sollten aber von den Landesärztekammern informiert werden, welche Gutachter in ihrem Bereich zertifiziert sind und zur Verfügung stehen. Richter und



Behörden müssen ohne Verletzung des Datenschutzes auf die Gutachterlisten der Landesärzte- und Psychotherapeutenkammern jederzeit zugreifen können.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Übernahme von Dolmetscherkosten bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 138) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, sich bei den zuständigen Stellen dafür einzusetzen, dass die bei der Behandlung von Asylbewerbern und Flüchtlingen entstehenden Kosten für den Einsatz von professionellen Sprachmittlern von den Krankenkassen bzw. Sozialämtern übernommen werden. Bei der Aufklärung vor Operationen bzw. einer invasiven Diagnostik und Therapie sowie bei einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine ausreichende Sprachverständigung für Patient und Arzt unerlässlich.

Begründung:

Ungefähr 20 Prozent der Menschen in unserem Land haben einen Migrationshintergrund. Dieser Prozentsatz wird sich in den nächsten Jahren aufgrund der wachsenden Flüchtlingszahlen und der Globalisierung weiter erhöhen. Viele der nach Deutschland kommenden Menschen haben ungenügende Sprachkenntnisse, die sich insbesondere bei der Schilderung emotionaler Erlebnisse in der Psychotherapie zeigen. Eine erfolversprechende Psychotherapie ist auf eine Sprachverständigung angewiesen. Ebenso ist die Aufklärung vor Operationen und bei schweren Erkrankungen nur vollständig, wenn der Patient den Inhalt des Arztgespräches versteht. Für den behandelnden Arzt besteht die Gefahr, dass seine Aufklärung nicht ausreichend ist und damit die Sicherheit und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht gewahrt werden können. Auch können bei ungenügendem Sprachverständnis Missverständnisse entstehen, die Mehrkosten verursachen, z. B. zu viel verordnete oder nicht sicher indizierte Medikamente, längere Arbeitsunfähigkeitszeiten, Therapieverzögerungen oder Frühberentungen. Aus diesem Grund sind bei der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung dieser Patienten Sprachmittler erforderlich, die außer den sprachlichen Fähigkeiten auch medizinische und interkulturelle Kompetenzen haben sollten (s. auch "Fachliste Medizin, Pharmazie und Medizintechnik 2015/2016" des Bundesverbands der Dolmetscher und Übersetzer e. V.).



Die Bezahlung der Dolmetscher ist nicht geklärt. Die Kosten werden nach Antragsgenehmigung in Einzelfällen von den jeweiligen Sozialhilfeträgern übernommen. Für gesetzlich Krankenversicherte erfolgt hingegen keine Kostenübernahme.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Befundweitergabe von Erstuntersuchungen von Asylsuchenden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 132) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die zuständigen Behörden werden aufgefordert, für die Befundweitergabe aus den Erstuntersuchungen von Asylsuchenden ein sicheres System aufzubauen, das einen sicheren Zugang zu den Befunden für Betreuer und behandelnde Ärzte gewährleistet.

Begründung:

Die Erstuntersuchungen nach § 62 AsylVfG sollen ansteckende Krankheiten erkennen und den Flüchtling, seine Mitbewohner, Betreuer und behandelnde Ärzte schützen. Die Mitteilung der Befunde funktioniert oftmals nur lückenhaft oder findet gar nicht statt, sodass hier eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Umsetzung der WHO-Leitlinie "Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen" in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung

Beschluss

Auf Antrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 137) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, die WHO-Leitlinien von 2013 für die gesundheitliche Versorgung nach häuslicher und sexueller Gewalt ("Umgang mit Gewalt in Partnerschaften und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik") umzusetzen und in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme zu übernehmen.

Begründung:

Häusliche Gewalt gilt laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) als zentrales Gesundheitsrisiko, vor allem für Frauen und Kinder. Eine repräsentative EU-weite Erhebung zur Prävalenz häuslicher und sexueller Gewalt zeigt für Deutschland, dass 22 Prozent der Frauen nach dem 15. Lebensjahr körperliche oder sexuelle Gewalt durch einen Partner/Ehemann erlebt haben. Mehr als 50 Prozent berichten über psychische Gewalt. Gewalt in Partnerschaften und sexuelle Gewalt haben schwerwiegende gesundheitliche Folgen für die Betroffenen.

Das Gesundheitssystem hat bei der Erkennung, Intervention, aber auch Prävention häuslicher und sexueller Gewalt eine herausragende Bedeutung, denn Mitarbeitende im Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenhaus sind meist der erste professionelle Kontakt.

Allerdings berichten die Betroffenen nicht immer von der Misshandlung oder Gewalt. Der komplexe Zusammenhang zwischen den Krankheitssymptomen und der Gewalterfahrung ist für die Fachkräfte von außen häufig nicht gleich erkennbar und erfordert folglich ein aktives Umgehen mit möglichen Gewalterfahrungen als Ursache oder Kontext von Verletzungen, Beschwerden und Erkrankungen.

Konkret muss es darum gehen, die WHO-Leitlinien, in denen die erforderlichen Inhalte aufgeschlüsselt sind, auf den jeweiligen Qualifizierungsebenen umzusetzen. Das Thema



sollte systematisch und umfassend in die Längsschnittcurricula im Medizinstudium eingebaut werden. Es sollte bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) berücksichtigt werden. Der Erwerb von Weiterbildungsqualifikationen würde dann voraussetzen, dass die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten in diesem Bereich erworben wurden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche Mitteilungspflicht an Krankenkassen bei häuslicher und sexueller Gewalt abschaffen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 139) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer auf, sich für die Abschaffung der Mitteilungspflicht von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten gegenüber den Krankenkassen bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden an erwachsenen Personen, die körperliche, sexuelle und/oder psychische Gewalt durch Personen aus dem nahen sozialen Umfeld erfahren haben, einzusetzen.

Begründung:

2013 hat die Bundesregierung mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften die Empfehlung des Runden Tisches "Sexueller Missbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen" aufgegriffen und den § 294a Abs.1 SGB V geändert. Damit wurde die Mitteilungspflicht von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten gegenüber den Krankenkassen in Fällen von Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen abgeschafft.

Mit der o. g. Änderung hat der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung getragen, dass sich in Fällen möglicher Kindesmisshandlung und -vernachlässigung eine Mitteilung an die Krankenkassen und die sich daran anschließenden Schritte gegen den oder die Verursacher/in (Prüfung und Wahrnehmung von Regressmöglichkeiten) negativ auf den Behandlungserfolg auswirken können. Bedauerlicherweise wurde die Änderung des § 294a Abs. 1 SGB V nicht zum Anlass genommen, die Mitteilungspflicht auch in Fällen häuslicher Gewalt gegen Erwachsene abzuschaffen.

Auch erwachsene Opfer von Gewalt in nahen sozialen Beziehungen befinden sich aufgrund der Nähe zur gewaltausübenden Person in einer spezifischen Konflikt- und Gefährdungssituation. Die bestehende Mitteilungspflicht und die Regressforderung der Krankenkasse gegenüber der gewaltausübenden Person wirken sich negativ auf den Behandlungserfolg aus und können Betroffene in massive Gefährdungssituationen bringen.



Für Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung ist es von höchster Bedeutung, Informationen über häusliche Gewalterfahrungen vertraulich behandeln zu können. Erst diese Zusicherung ermöglicht es vielen Betroffenen, über Gewalterfahrungen und eine aktuelle Gefährdung zu sprechen und Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Wenn auch in Fällen häuslicher Gewalt gegen Erwachsene eine Ausnahme von der Mitteilungspflicht besteht, ist dies eine wesentliche Voraussetzung, um die herausragenden Interventions- und Präventionschancen des Gesundheitsbereichs bei häuslicher und sexueller Gewalt nutzen und entsprechende Empfehlungen der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Deutschland umsetzen zu können (vgl. WHO 2013, FRA 2014, Istanbul-Konvention).

Der Regressanspruch der Krankenkassen soll mit dieser Änderung nicht in Frage gestellt werden. Er ist wichtig, um Täter für ihr Handeln in Verantwortung zu nehmen. Der Anspruch darf jedoch nicht auf Kosten einer ursachenadäquaten Gesundheitsversorgung und der zielgerichteten Unterstützung und Sicherheit von Opfern verfolgt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einsetzung eines Kinder- und Jugendschutzbeauftragten im Deutschen Bundestag

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Joachim Suder, Georg Gärtner und Kai Sostmann (Drucksache VI - 109) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, einen Kinder- und Jugendbeauftragten im Deutschen Bundestag einzusetzen.

Begründung:

Ziel ist es, die Belange von Kindern und Jugendlichen regelhaft in der parlamentarischen Arbeit ihrer Bedeutung entsprechend zu berücksichtigen.

25 Jahre nach Unterzeichnung der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) und ihrer Ratifizierung durch die Bundesrepublik 1992 bleibt in Deutschland noch viel zu tun, um die Umsetzung der Kinderrechte zu gewährleisten. So sind im eigentlich reichen Deutschland nach wie vor zu viele Kinder und Jugendliche von Armut und oft dadurch bedingten schlechteren Gesundheits- und Bildungschancen betroffen.

Ein weiteres Beispiel für verletzte Kinderrechte ist die Situation von Flüchtlingskindern in Deutschland: ihre unangemessenen Lebensbedingungen, ihre eingeschränkte medizinische Versorgung und ihre eingeschränkten sozialen Rechte, ihre unzureichende Integration in unseren Bildungseinrichtungen und fehlende Mindeststandards bei den Altersfestsetzungsverfahren für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Kurz, der international geforderte Vorrang des Kindeswohls ("best interest of the child") in allen Bereichen, die Kinder und Jugendliche betreffen, wird bei uns allzu oft nicht beachtet.

Der Kinder- und Jugendbeauftragte sollte unabhängig und nicht weisungsgebunden seine Gesetze und Entscheidungen der Exekutive daraufhin überprüfen, ob sie den Rechten unserer Kinder und Jugendlichen entsprechen, Ansprechpartner für die Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und für Kinderrechtsvertreter sein und auf eigene Initiative hin tätig werden, wenn Kinderrechte verletzt sein könnten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie

- VI - 05 Die Rolle der Ärzteschaft in der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen stärken
- VI - 167 Fortschreibung des Positionspapiers der Bundesärztekammer zur ärztlichen Psychotherapie
- VI - 41 Transparenz in der Benennung der ärztlichen Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten
- VI - 99 Jeder psychotherapeutisch weitergebildete Arzt ist ein Psychotherapeut
- VI - 95 Die Auseinandersetzung mit konkurrierenden verkammerten Berufen erfordert strukturelle Veränderungen unseres Kammersystems
- VI - 96 Leitung ärztlicher Strukturen der Patientenversorgung durch Angehörige anderer Berufe
- VI - 150 Gegen die Stigmatisierung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen
- VI - 162 Menschen mit psychischen Problemen schützen! Die ärztliche Schweigepflicht ist unantastbar



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Die Rolle der Ärzteschaft in der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen stärken

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 05) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Heiner Heister, Dr. Hans Ramm, Christa Bartels und Dr. Hildgund Berneburg (Drucksache VI - 05a) Dr. Heiner Heister, Dr. Hans Ramm, Christa Bartels und Dr. Hildgund Berneburg (Drucksache VI - 05b) Dr. Heiner Heister, Dr. Hans Ramm, Christa Bartels und Dr. Hildgund Berneburg (Drucksache VI - 05c) Dr. Heiner Heister, Dr. Hans Ramm, Christa Bartels und Dr. Hildgund Berneburg (Drucksache VI - 05d) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt ausdrücklich das vom Vorstand der Bundesärztekammer am 24.04.2015 verabschiedete "Positionspapier der Bundesärztekammer zur ärztlichen Psychotherapie - Ärztinnen und Ärzte sind die zentrale Säule in der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen" und fordert die politisch Verantwortlichen eindringlich auf, die vorgeschlagenen Weiterentwicklungen zur Verbesserung und Flexibilisierung der ärztlichen Versorgung psychisch kranker Menschen gemeinsam mit der Bundesärztekammer zu erörtern und in die Wege zu leiten.

Begründung:

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über ein leistungsfähiges psychosoziales und psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Das gestufte Modell im Sinne der Psychosomatischen Grundversorgung, fachärztlichen Versorgung mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie durch die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat sich bewährt und stößt auf große Resonanz, Inanspruchnahme und Zufriedenheit bei den Patienten.

An der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung sind neben den ärztlichen Psychotherapeuten der oben genannten Arztgruppen weiterhin psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beteiligt. Es muss auch weiterhin sichergestellt werden, dass der ärztliche Sachverstand im Rahmen eines biopsychosozialen Verständnisses von Erkrankungen eingebracht werden kann. Die psychotherapeutische Behandlung ist ein Teil der ärztlichen Therapie, die somatische,



pharmakologische und sozialmedizinische Kenntnisse erfordert. Die psychotherapeutische Behandlung ist ein Teil der ärztlichen Therapie, die auch somatische Interventionen, wie z. B. pharmakologische Therapien, umfassen muss. Die fortschreitende "Ausgliederung des Psychischen aus der Medizin" wird daher den medizinischen Bedürfnissen der Erkrankten nicht gerecht.

Das Positionspapier wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer am 24.04.2015 verabschiedet (**Anlage**).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Fortschreibung des Positionspapiers der Bundesärztekammer zur ärztlichen Psychotherapie

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Heiner Heister, Dr. Hans Ramm und Christa Bartels (Drucksache VI - 167) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Die Intention des Positionspapiers wird begrüßt. Es sollte fortgeschrieben werden unter Beteiligung der sachkundigen Mandatsträger unseres Kammersystems.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Transparenz in der Benennung der ärztlichen Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hildgund Berneburg, Christa Bartels, Dr. Hans Ramm, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Axel Brunngraber, Wieland Dietrich, Dr. Heiner Heister, Martin Grauduszus und Dr. Silke Lüder (Drucksache VI - 41) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Anlässlich der Umsetzung des Bologna-Prozesses und der damit verbundenen Neufassung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist es unabdingbar, dass der Begriff: "ärztliche Psychotherapeutin und ärztlicher Psychotherapeut" transparent und kontinuierlich in unseren ärztlichen Wortschatz aufgenommen wird.

Die oben genannte Neugestaltung der zwei akademischen Heilberufe bedeutet außerdem, dass die akademische Zugehörigkeit zur Medizin auch bei der Nennung eines akademischen Titels notwendig ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Jeder psychotherapeutisch weitergebildete Arzt ist ein Psychotherapeut

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Heiner Heister, Christa Bartels, Dr. Erich Theo Merholz und Wieland Dietrich (Drucksache VI - 99) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge beschließen:

Jeder Arzt, der gemäß der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Ärzteschaft in der jeweils gültigen Fassung seiner Landesärztekammer berechtigt ist, den Titel Psychotherapie -fachgebunden- oder Psychotherapie zu führen bzw. der den Begriff Psychotherapie in seiner Gebietsbezeichnung führt, ist Psychotherapeut.

Begründung:

Vielfältige Versuche, die Bezeichnung Psychotherapeut alleine den Grundberufen der Psychologen, der Pädagogen und der Sozialpädagogen mit entsprechender Ausbildung zuzuschreiben, erfordern einmal mehr diese Klarstellung.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Die Auseinandersetzung mit konkurrierenden verkammerten Berufen erfordert strukturelle Veränderungen unseres Kammersystems

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Heiner Heister, Dr. Erich Theo Merholz, Dr. Hans Ramm, Christa Bartels, Dr. Christian Köhne, Dr. Hildgund Berneburg und Dr. Rainer M. Holzborn (Drucksache VI - 95) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird insbesondere zur Gestaltung der Beziehungen zur Bundeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein beratender Ausschuss aus Vorstandsbeauftragten der Landeskammern zur Seite gestellt, der zeitnah auf aktuell sich ergebende Notwendigkeiten reagieren und seine Fachkenntnisse einbringen kann.

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt auch den Landeskammern die Bildung solcher Strukturen, sofern noch nicht vorhanden, da auch auf Landesebene die Kammern der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sehr rege sind.

Begründung:

Es vergeht keine Woche, in der die Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wie auch deren Landeskammern, nicht zu Themen, die die Psychiatrie, die psychosomatische Medizin und die Ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne sowie die ganze Gesundheitsversorgung im weiteren Sinne betreffen, Stellung nehmen. Unser Ärztekammersystem muss dem aktiv begegnen können.

Die ärztekammereigenen Strukturen auf Bundes-, wie auf Landesebene müssen in der Lage sein, aktiv und zeitnah zu reagieren und auch zeitnah initiativ zu werden.

Die bisherige Vorgehensweise auf Bundesebene - die Abstimmung mit einem Zusammenschluss von Berufs- und Fachverbänden mittels eines sogenannten "jour Fixe" - mag hilfreich sein, ist jedoch bei Weitem nicht ausreichend.

In der Auseinandersetzung, wie auch in Kooperationen mit dem konkurrierenden



Kammersystem der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss die Bundesärztekammer selbst und müssen die Landesärztekammern selbst rasch politische wie fachliche Bewertungen treffen können um dann zeitnah taktisch und strategisch handeln zu können.

Erkennbar ist die Politik und ist auch die Gesellschaft zunehmend durch die geschickte Strategie der Bundeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beeinflusst. Das wird, wenn dem nicht entgegengesteuert wird, zu einer Veränderung des Gesundheitssystems führen, die nicht im Sinne der Ärzteschaft und einer guten Gesundheitsversorgung sein wird.

Dass die Vorgehensweise der Psychologen, Pädagogen und Sozialpädagogen mit psychotherapeutischer Ausbildung die Blaupause für alle anderen sich akademisierenden Gesundheitsberufe ist, die auch, wie die Pflege, Kammern bilden, ist für Kundige schon lange erkennbar.

Unser Kammersystem muss aktiv gestalten. Es darf sich nicht länger von anderen vor sich hertreiben lassen.

Ein ähnlicher Antrag wurde von H. Heister, B. Löber-Kraemer und Ch. Groß bereits beim 109. Deutschen Ärztetag 2006 gestellt (Drs. II - 09).

Seither ist viel Zeit vergangen, in der die deutsche Ärzteschaft in diesem gesamten beschriebenen Bereich immer weiter in die Defensive geraten ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Leitung ärztlicher Strukturen der Patientenversorgung durch Angehörige anderer Berufe

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Heiner Heister, Dr. Erich Theo Merholz, Dr. Hans Ramm, Christa Bartels, Dr. Christian Köhne, Dr. Hildgund Berneburg und Dr. Rainer M. Holzborn (Drucksache VI - 96) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 lehnt die Leitung ärztlicher Strukturen der Patientenversorgung an Kliniken, Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen durch Angehörige anderer Berufe ab.

Begründung:

Ganz offensichtlich zielt die Bundeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten darauf ab, dass z. B. psychiatrische Krankenhäuser auch unter psychologisch-psychotherapeutischer Leitung stehen können sollen.

Dies ist nach dem Krankenhausgesetz NRW bereits möglich und wird auch anderswo diskutiert. Dem steht jedoch entgegen, dass nach unserer Berufsordnung Ärzte von Nichtärzten keine Anweisungen in medizinischen Fragen entgegennehmen dürfen und dass z. B. Psychologische Psychotherapeuten auch nicht die erforderlichen somatischen, pharmakologischen und sozialmedizinischen Kenntnisse besitzen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gegen die Stigmatisierung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz (Drucksache VI - 150) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, entschieden gegen die Stigmatisierung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen einzutreten.

Begründung:

Es ist immer wieder auffällig, dass psychische Krankheiten sowohl von privaten Krankenkassen als auch von Behörden, wie man jetzt z. B. beim Unglück der Germanwings-Maschine sieht, benutzt werden, um eine Überkontrolle auch von leichten Erkrankungen zu etablieren, was auch zu einer Stigmatisierung der Betroffenen führt!

Dieses führt zum Beispiel auch dazu, dass im Alltag Menschen, die beim Psychiater oder Psychotherapeuten in Behandlung sind, sich lieber vom Hausarzt krankschreiben lassen wollen, damit sie eine Trauerproblematik oder psychische Erkrankungen verheimlichen können, weil sie Angst vor einer Stigmatisierung haben.

Sie befürchten berufliche oder soziale Nachteile sowie auch Benachteiligungen bei Lebens- oder privaten Krankenversicherungen, die sie eventuell einmal abschließen möchten, oder im Umgang mit Behörden. Dieses wurde gerade deutlich durch die Forderungen, die durch die Öffentlichkeit nach dem Absturz der Germanwings-Maschine entstanden sind.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Menschen mit psychischen Problemen schützen! Die ärztliche Schweigepflicht ist unantastbar

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Bernhard Lenhard, Dr. Joachim Calles und San. Rat Dr. Eckart Rolshoven (Drucksache VI - 162) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Vor dem Hintergrund der Berichterstattung und der Ermittlungen um den Absturz der Germanwings-Maschine fordert der 118. Deutsche Ärztetag 2015 die Politik auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Rechte von Menschen mit Diagnosen aus dem psychologischen und psychiatrischen Bereich umfassend geschützt werden.

Zugleich fordert der Ärztetag, dass - vor allem für sicherheitsrelevante Berufe - die Maßnahmen zur Diagnose von psychischen Erkrankungen im Arbeitsleben verbessert werden und Maßnahmen geschaffen werden, welche die betroffenen Patienten auch arbeitsrechtlich schützen. Die Angst, bei Offenbarung einer psychischen Diagnose auf ewig stigmatisiert zu sein und aus dem Berufsleben geworfen zu werden, darf nicht den betroffenen Menschen aufgebürdet werden.

Die ärztliche Schweigepflicht ist weder aufzuweichen, geschweige denn verhandelbar.

Stattdessen müssen Ärzte und ärztliche Psychotherapeuten so in arbeitsmedizinische Untersuchungen und Tauglichkeitsfeststellungen einbezogen werden, dass die Diagnose und Therapie von Krankheiten unter dem Schutz der Ärzte möglich ist und bleibt. Statt die Betroffenen zusätzlich zu schon vorhandenen Problemen noch mehr Druck auszusetzen, müssen flankierend Maßnahmen definiert werden, die z. B. den Kündigungsschutz der Betroffenen besser regeln.

Begründung:

Eine zwangsweise Offenlegung von psychischen Diagnosen führt in keinem Berufsfeld zu einer Verbesserung der Situation der Patienten oder der Bevölkerung, da Arbeitnehmer möglicherweise aus Angst nach Umgehungsstrategien suchen.

Im Gegensatz zu einzelnen Politikern, die vorschnell Forderungen nach einer faktischen Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht gestellt haben, stellt der Ärztetag fest, dass



Festlegungen für geeignete arbeitsmedizinische Untersuchungen zur Diagnose der Erkrankungen geschaffen und etabliert werden müssen.

Es muss ärztliche Aufgabe sein und bleiben, vertraulich mit Patienten über deren Probleme reden zu können - gerade bei psychischen Problemen.

Statt Befunde und Diagnosen zwangsweise aufzudecken, wäre die richtige Forderung, zunächst ohne Angabe von Gründen dem Arbeitgeber gegenüber alleine z. B. die Flugtauglichkeit oder allgemein gesprochen die Berufsausübung vorläufig versagen zu können. Eine erneute Tauglichkeit muss ebenfalls ärztlich festgestellt werden. So ist es möglich, Patienten zu Behandlungen bewegen zu können, und gleichzeitig die Sicherheit zu gewährleisten, da die Vertraulichkeit zwischen Arzt und Patient unverbrüchlich bestehen bleibt.

Die Berichterstattung rund um den Absturz der Germanwings-Maschine hat auf schmerzhafteste Weise deutlich gemacht, dass radikal auf Kosteneffektivität getrimmte Arbeitsprozesse und der damit verbundene Druck zu viel sind für zu viele Menschen - nicht nur in der Luftfahrt, sondern in ganz verschiedenen Arbeitsfeldern. Der Ärztetag hält es deswegen für relevant, eine offene und ehrliche Diskussion über den Druck der Menschen in verschiedenen Arbeitsfeldern zu führen, der erst zur Entstehung relevanter psychischer Probleme führt.

Eine Arbeitswelt, die durch ständigen Effektivierungszwang im Sinne der Unternehmen und Zwang zur permanenten Selbstopтимierung der Arbeitnehmer Druck aufbaut und dadurch krank macht, ist nicht durch den Verrat von Informationen der Patienten zu korrigieren, sondern nur durch eine Korrektur der falsch laufenden Prozesse, die die Menschen krank machen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Qualitätssicherung/Patientensicherheit

- VI - 13 Qualitätssicherung mit klarem Blick auf die Versorgungsrealität (und die Grenzen ärztlichen Handelns)
- VI - 47 Ärztliche Therapiefreiheit statt "Programmmedizin"
- VI - 78 Einhalten der AWMF-Regeln zur Leitlinienentwicklung
- VI - 25 Interessenkonflikte bei Erstellung von Leitlinien
- VI - 85 Stärkung und Aufklärung zur Prävention und Früherkennung von Sepsis
- VI - 128 Verhinderung der Diskriminierung von Patienten mit multiresistenten Keimen
- VI - 157 Verbesserung der Qualität der Leichenschau



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Qualitätssicherung mit klarem Blick auf die Versorgungsrealität (und die Grenzen ärztlichen Handelns)

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Thomas Lipp und Wolfgang Gradel (Drucksache VI - 13) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, bei der Erstellung von Richtlinien zur Messung und Darstellung von Versorgungsqualität nach § 137 Abs. 1 SGB V die Komplexität des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Blick zu behalten und dementsprechend eine "Qualitätssicherung mit Augenmaß" zu forcieren.

Begründung:

Der Qualitätssicherung – insbesondere dann, wenn sie als Instrument der Versorgungssteuerung dienen soll – müssen valide Maßstäbe und Methoden zugrunde liegen. In diesem Zusammenhang fehlen besonders in den Fächern der Grundversorgung Parameter, mit denen Ergebnisqualität im Kontext der Patientenbehandlung objektiv gemessen werden kann.

Nicht messbar sind wichtige Bereiche ärztlichen Handelns, wie die persönliche Zuwendung und das Aufbauen eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Diese Faktoren können für den Behandlungserfolg unter Umständen jedoch entscheidend sein.

Zudem ist das Ergebnis der Patientenbehandlung auch von Faktoren abhängig, die jenseits des Einflusses des einzelnen Arztes liegen. Im ambulanten Sektor besonders relevant ist das breite Spektrum der individuellen Voraussetzungen, die jeder Patient mitbringt und die zum Behandlungserfolg in hohem Maße beitragen: neben der Compliance etwa auch das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten.

Multimorbide und chronisch kranke Patienten werden darüber hinaus in der Regel von mehreren Ärzten behandelt. Diese komplexe Kombination verschiedener Faktoren erschwert die Entwicklung valider Qualitätssicherungsmaßnahmen, bezogen auf die Ergebnisqualität, zusätzlich.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche Therapiefreiheit statt "Programmmedizin"

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Andreas Gibb, Dr. Christiane Frenz, Dr. Anke Müller, Dr. Kerstin Skusa, Dr. Wilfried Schimanke, Dipl.-Med. Ute Krüger und Dr. Andreas Crusius (Drucksache VI - 47) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert, dass bei jedweder Standardisierung ärztlichen Handelns durch Behandlungspfade, Standard Operating Procedures (SOP) und klinikinterne Versorgungsanweisungen die jeweilige Umsetzung und damit die Entscheidungsgewalt und -verantwortung über die individuelle Therapie ausschließlich beim behandelnden Arzt verbleiben. Die ärztliche Therapiefreiheit darf nicht durch eine verbindlich vorgegebene "Programmmedizin" eingeschränkt werden.

Begründung:

Die Therapiefreiheit des Arztes ist das Korrelat zu der medizinischen Erkenntnis, dass es angesichts der großen Krankheitsvariabilität zur Therapie einer Erkrankung regelmäßig nicht nur "die richtige" Behandlungsmethode gibt. Der medizinische Standard guter Behandlung wird durch Leitlinien und Richtlinien sowie in deren Umsetzung in "Behandlungspfade" oder SOP definiert, die den Handlungskorridor für den behandelnden Arzt wiedergeben und eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung unterstützen. Zunehmend werden jedoch in Krankenhäusern Versorgungsanweisungen erteilt, die im Sinne absoluter Ge- und Verbote das therapeutische Ermessen des jeweils Behandelnden, die für den jeweiligen Fall sinnvoll erscheinende Maßnahme zu wählen, in praxi ausschließen. Ein solches Verständnis der Implementierung des medizinischen Standards stellt einen nicht hinnehmbaren Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit dar und schafft Risiken für die individuelle Behandlung des Patienten. Es führt außerdem zu einer Trivialisierung ärztlicher Kompetenz und leistet der Tendenz zur Substitution ärztlichen Handelns Vorschub.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einhalten der AWMF-Regeln zur Leitlinienentwicklung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache VI - 78) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Verantwortlichen der medizinischen Fachgesellschaften und Interessensgruppen auf, Leitlinien ausschließlich auf der Basis des AWMF-Regelwerkes zu entwickeln, wobei mindestens die Anforderungen an eine S2-Leitlinie erfüllt werden müssen.

Begründung:

Leitlinien sind ein wichtiges Mittel der Information, welches im Prozess der Entscheidungsfindung für die richtige Therapie des einzelnen Patienten die Qualität der medizinischen Versorgung steigern kann. Sie sind ein wesentlicher Bestandteil der wissenschaftlichen Evidenz. Erst das Zusammenspiel von bestverfügbarer wissenschaftlicher Evidenz, individueller klinischer Expertise und Patientenpräferenzen macht eine evidenzbasierte Medizin möglich.

Die bestverfügbare wissenschaftliche Evidenz ist leider praktisch immer von Pharmafirmen finanziert und damit nicht mit der wünschenswerten wissenschaftlichen Evidenz zu verwechseln. Gerade deshalb sollten die weiteren AWMF-Anforderungen (Zusammensetzung der Leitliniengruppe, Unabhängigkeit der Beteiligten, Patientenbeteiligung u.v.m.) zwingend eingehalten werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Interessenkonflikte bei Erstellung von Leitlinien

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich (Drucksache VI - 25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 unterstützt und unterschreibt den Appell an die medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland zum Umgang mit Interessenkonflikten bei der Erarbeitung von Leitlinien, der von Transparency International und MEZIS gestartet wurde. Er bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, in Kontakt mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu treten, um eine weite Verbreitung und Umsetzung dieses Appells in den medizinischen Fachgesellschaften zu erreichen. Der Appell lautet:

"Appell an die medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland zum Umgang mit Interessenkonflikten"

Als Ärztinnen und Ärzte wenden wir uns an die medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland und ihre Dachorganisation, die AWMF, um Vorschläge für den Umgang mit Interessenkonflikten bei Leitlinienautoren zu machen. Klinische Behandlungsleitlinien sollen Ärzten und Patienten Orientierung zur bestmöglichen Behandlung einer Krankheit bieten. Sie müssen sich ausschließlich auf die verfügbare wissenschaftliche Evidenz stützen und dürfen nicht von kommerziellen Motiven der Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten beeinflusst werden. Die ärztlichen Autoren medizinischer Leitlinien sind jedoch häufig mit der Industrie verflochten, beispielsweise durch Beraterverträge, Vortragshonorare und industriefinanzierte Studien.

Zur wirksamen Regulierung von Interessenkonflikten schlagen Mein Essen zahle ich selbst (MEZIS), Transparency Deutschland und NeurologyFirst sowie alle Unterzeichner die folgenden Maßnahmen vor:

- **Zusammensetzung der Leitliniengruppen**

Mindestens 50 Prozent der Leitlinienautor(inn)en sollen keine oder allenfalls geringfügige Interessenkonflikte haben. Langfristiges Ziel ist die Unabhängigkeit aller Leitlinienautoren. Die federführenden Leitlinienautoren dürfen keine Interessenkonflikte haben. Bei interdisziplinären Leitlinien entsenden die beteiligten Fachgesellschaften einen Vertreter ohne Interessenkonflikte, falls sie nur einen Vertreter stellen. Fachgesellschaften, die mehrere Vertreter entsenden, beachten die 50-Prozent-Regel. Sie identifizieren und entwickeln aktiv unabhängige



Leitlinienautoren aus den Reihen ihrer Mitglieder.

- **Bewertung von Interessenkonflikten**

Die Selbstbewertung der Interessenkonflikte nach eigenem Ermessen entfällt in Zukunft, da sie nicht funktioniert. Stattdessen braucht es klare Kriterien zur Bewertung der Schwere von Interessenkonflikten. Zu diesen Kriterien wird auch die Festlegung gehören, ob bestimmte Interessenkonflikte, beispielsweise ein Beratervertrag mit einer Firma, eine Mitarbeit an einer Leitlinie gänzlich ausschließen. Die Interessenkonflikte der Autoren werden bereits bei Anmeldung des Leitlinienprojekts bei der AWMF deklariert und von der AWMF bewertet.

- **Enthaltung bei Abstimmungen**

Bei Abstimmungen zu einzelnen Empfehlungen gilt: Wer einen Interessenkonflikt zu einem Hersteller der zu bewertenden Produkte angegeben hat, muss sich enthalten. Die Einhaltung dieser Regel wird für jede Abstimmung protokolliert. Zudem wird das jeweilige Abstimmungsergebnis in der Langfassung der Leitlinie vermerkt. Experten mit erheblichen Interessenkonflikten können punktuell als Berater hinzugezogen werden, falls auf ihre Expertise nicht verzichtet werden kann.

- **Konsultationsprozess**

Der Einfluss von Interessenkonflikten kann außerdem durch eine internetbasierte Diskussion des Leitlinienentwurfs durch die Mitglieder der beteiligten Fachgesellschaften gemildert werden."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Stärkung und Aufklärung zur Prävention und Früherkennung von Sepsis

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Mathias Wesser, Dr. Martina Wenker, Dr. Gottfried Knoblauch zu Hatzbach, Dr. Theodor Windhorst, Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Thomas Werner und Kai Sostmann (Drucksache VI - 85) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert eine verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit, der Ärzteschaft und des medizinischen Assistenzpersonals über die Möglichkeiten zur Prävention und Früherkennung von schweren Infektionen und Sepsis. Er hält deshalb folgende Maßnahmen für erforderlich:

- eine stärkere Berücksichtigung von Infektiologie und Sepsis in den Curricula für die Aus-, Fort und Weiterbildung von Ärzten und des medizinischem Assistenzpersonals.
- die Etablierung von Qualitätsinitiativen zur Sepsisprävention und Sepsisfrüherkennung in der notärztlichen Versorgung und allen relevanten ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen.
- Durchführung einer breit und langfristig angelegten Informationskampagne für Laien unter der Führung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), über die Möglichkeiten, sich durch Impfung gegen lebensbedrohliche Infektionen schützen und die Frühsymptome einer Sepsis besser erkennen zu können.

Begründung:

Die Zahl der Sepsisfälle und der durch Sepsis bedingten Krankheitslast wurde in Deutschland im Rahmen des internationalen Krankheitsklassifikationssystems (ICD) durch Unterkodierung lange Zeit erheblich unterschätzt. Seit 2007 stieg die Zahl der Sepsisfälle auf der Basis der im ICD-System festgelegten Sepsiskodierungen, die von den deutschen Krankenhäusern an das Statistische Bundesamt bzw. an das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) gemeldet werden, kontinuierlich an. Im Jahr 2013 waren es 252.000 Fälle. Bei einem Anstieg der Krankenhaussterblichkeit von 28,6 auf 30,2 Prozent in diesen Zeitraum bedeutet dies für 2013 allein 77.174 Todesfälle. Für das Jahr 2013 führen diese Zahlen zu Behandlungskosten von 9,2 Mrd. Euro. Der Anstieg der



Sepsisfälle betrifft zu etwa gleichen Anteilen sowohl die ambulant wie die im Krankenhaus auftretenden Sepsisfälle. Die Einweisungen ins Krankenhaus von Patienten mit Sepsis übersteigt inzwischen die Einweisungen aufgrund von Herzinfarkt oder Schlaganfall um den Faktor 2 bis 3. Die Zahl der Sepsisfälle wird in der Zukunft aufgrund der demografischen Entwicklung weiter steigen, da die vermehrte Inanspruchnahme invasiver oder operativer Behandlungen bei älteren oder multimorbiden Patienten mit einer Schwächung des Immunsystems und damit einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionen einhergehen. Sepsis wird so in vielen Bereichen der Medizin zu einem Hemmschuh für den medizinischen Fortschritt. Trotzdem ist der Begriff Sepsis derzeit bei weniger als 50 Prozent der Bürgerinnen und Bürger bekannt.

Dieser Entwicklung erfolgreich entgegenzuwirken, erfordert neben Aufklärung eine wesentlich stärkere Umsetzung aller geeigneten Maßnahmen zur Sepsisprävention und Reduzierung der Sepsissterblichkeit als es dies derzeit der Fall ist. Für folgende Maßnahmen konnte gezeigt werden, dass sie zu einer erheblichen Reduzierung der sepsisbedingten Krankheitslast führen:

- **Impfungen.** Da sich Sepsis aus nahezu jeder akuten Infektion entwickeln kann, lassen sich durch Impfungen von Risikopopulationen gegen Influenza, Pneumokokken, Hämophilus Influenza und Meningokokken jährlich tausende Sepsistodesfälle verhindern.
- **Hygiene.** Durch die strikte Einhaltung von Hygienemaßnahmen sind in deutschen Krankenhäusern jährlich ca. 1.500 bis 4.500 Sepsistodesfälle vermeidbar.
- **Früherkennung und -behandlung.** Die Sepsisdiagnose wird derzeit häufig verzögert gestellt. Durch Frühdiagnose und -therapie lässt sich die Sepsissterblichkeit um etwa die Hälfte senken. Stopp des unsachgemäßen Einsatzes von Antibiotika in der Medizin, Landwirtschaft und Tierzucht.

Das Memorandum für einen Nationalen Aktionsplan gegen Sepsis wird u. a. von den Ärztekammern Berlin, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Thüringen und Westfalen-Lippe, dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München sowie von 14 wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften unterstützt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verhinderung der Diskriminierung von Patienten mit multiresistenten Keimen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Birgit Wulff und Dr. Hans Ramm (Drucksache VI - 128) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 unterstützt die Bemühungen zur Eindämmung der Ausbreitung multiresistenter Keime.

Im Rahmen der Modellversuche zum prästationären Screening vor elektiven Eingriffen soll die Betreuung betroffener Patienten im Krankenhaus verbessert werden.

Allerdings sind in diesem Zusammenhang verstärkt Aspekte des Persönlichkeitsschutzes der mit multiresistenten gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN) besiedelten Patienten zu beachten. Insbesondere muss eine Diskriminierung dieser potenziell "teuren" Patienten durch eine Verzögerung der Behandlung vermieden werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verbesserung der Qualität der Leichenschau

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Erik Bodendieck, Dr. Andreas Crusius, Dr. Franz Bartmann und Dr. Ulrich M. Clever (Drucksache VI - 157) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer auf, valide Daten zum Thema Qualität der ärztlichen Leichenschau zu erheben und Lösungsansätze bei Feststellung von Qualitätsmängeln zu erarbeiten.

Begründung:

Seit vielen Jahren wird die Qualität der ärztlichen Leichenschau immer wieder angezweifelt, ohne dass es wirklich valide Untersuchungen dazu gibt. Die Leichenschau gehört zur ärztlichen Ausbildung.

Vor der Wende wurden in den neuen Bundesländern zumindest die in den Krankenhäusern Verstorbenen obduziert, wodurch die Qualitätssicherung der ärztlichen Leichenschau im Krankenhaus stattfand. Dies ist zwischenzeitlich praktisch komplett entfallen, die Obduktionsraten sinken stetig.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

SGB V/GKV

- VI - 97 Versorgungsbedarf umfassend berücksichtigen
- VI - 86 Gleichberechtigte sektorenübergreifende Bedarfsplanung statt Förderung der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser auf Kosten der Vertragsärzte
- VI - 04 Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage regionaler Vereinbarungen: alte Fehler vermeiden, Chancen nutzen
- VI - 89 Regresse für ärztliche Verordnungen abschaffen
- VI - 40 Überregulierung und Umverteilung des Mangels lösen keine Versorgungsprobleme
- VI - 63 Eigenverantwortung und Kostenbeteiligung zum Schutz des Solidarsystems vor missbräuchlicher Inanspruchnahme und Effizienzverlusten
- VI - 76 Gegenmaßnahmen zum Missbrauch der Notdienste
- VI - 79 MDK-Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V
- VI - 145 Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Versorgungsbedarf umfassend berücksichtigen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Veit Wambach, Dr. Gerald Qwitterer, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Thomas Schang, Dr. Christian Albring und Dr. Wolf von Römer (Drucksache VI - 97) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, bei der Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung den Versorgungsbedarf umfassend zu berücksichtigen. Neben Morbidität ist insbesondere die soziodemografische Lage von wesentlicher Bedeutung für die Versorgung von Patienten, die bislang im Grundsatz nicht bei der Bedarfsermittlung erfasst wird.

Begründung:

Der bedarfsgerechte Zugang zur Versorgung, unabhängig von Einkommen und sozialer Lage, ist die Grundlage eines solidarischen Gesundheitssystems. Der Bedarfsplanung ist deshalb ein umfassender Bedarfsbegriff und Einschluss soziodemografischer Faktoren zugrunde zu legen; sie ist perspektivisch in eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung zu überführen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gleichberechtigte sektorenübergreifende Bedarfsplanung statt Förderung der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser auf Kosten der Vertragsärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Klaus Strömer, Martin Grauduszus, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Christian Albring, Dr. Susanne Blessing, Dr. Hans Ramm und Dr. Lothar Rütz (Drucksache VI - 86) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Mit dem Referentenentwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) wird geplant, mit Hilfe der Mittel eines Strukturfonds mit dem Volumen von bis zu einer Milliarde Euro unter anderem die Umwandlung von Krankenhäusern in ambulante Gesundheitszentren zu fördern. Parallel sollen durch das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dazu verpflichtet werden, Vertragsarztsitze in nach den Bedarfsplanungsrichtlinien übertersorgten Bezirken aus eigenen Mitteln, d. h. letztendlich aus Mitteln zur ambulanten Patientenversorgung, aufzukaufen und stillzulegen.

Diese eklatante Ungleichbehandlung lehnt der 118. Deutsche Ärztetag 2015 ab!

Er fordert die Politik dazu auf, die vorgenannten Regelungsvorhaben zu streichen und stattdessen eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung mit einer gleichberechtigten Förderung von Krankenhäusern und Vertragsärzten beim Abbau von stationären und ambulanten Überkapazitäten in übertersorgten Bezirken und beim Aufbau von stationären und ambulanten Versorgungskapazitäten in untertersorgten Bezirken zu etablieren, welche sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten orientiert.

Dabei muss die Übernahme von ambulanten Versorgungsaufträgen durch Krankenhäuser wie auch die Übernahme der ambulanten, tages- oder kurzstationären Versorgung bisher stationär behandelter Fälle durch Vertragsärzte, Praxiskliniken und diesen gleichzustellenden ambulanten Gesundheitszentren im Rahmen eines fairen Interessenausgleiches zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten gestaltet werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage regionaler Vereinbarungen: alte Fehler vermeiden, Chancen nutzen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 04) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) sieht die Neugestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für ärztlich verordnete Leistungen auf der Grundlage regionaler Vereinbarungen (§ 106b SGB V neu) und damit einhergehend die Abschaffung der Richtgrößenprüfungen vor. Vor diesem Hintergrund appelliert der 118. Deutsche Ärztetag 2015 nachdrücklich an den Gesetzgeber sowie an die Vereinbarungspartner auf Bundes- und Landesebene, bei der Entwicklung neuer Steuerungsmechanismen die Fehler der Vergangenheit nicht zu wiederholen.

Die für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V erforderlichen Regelungen dürfen von den Vertragsärztinnen und -ärzten nicht als Bedrohung empfunden werden und dazu führen, dass sich junge Ärztinnen und Ärzte gegen eine Niederlassung entscheiden. Zielsetzung muss vielmehr sein, innovative Instrumente zu entwickeln, die die Vertragsärztinnen und -ärzte bei der wirtschaftlichen Verordnung unterstützen, die für die Ärztinnen und Ärzte transparent sind und zudem nur mit einem geringen bürokratischen Aufwand einhergehen.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, bei der Neugestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen klarzustellen, dass die Beratung unabhängig von der Prüffart als vorrangiges Regelinstrument der Steuerung veranlasser Leistungen gilt. Regresse müssen der Vergangenheit angehören. Für Verordnungen, die einem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen unterliegen, müssen auch weiterhin die Krankenkassen die wirtschaftliche Verantwortung tragen.

Begründung:

Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen soll gemäß Entwurf des GKV-VSG ab dem 01.01.2017 anhand von Vereinbarungen geprüft werden, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen wurden. In einer



Rahmenvereinbarung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem GKV-Spitzenverband zunächst bis zum 31.10.2015 Mindeststandards festzulegen. Dabei sollen sich die Wirtschaftlichkeitsprüfungen zukünftig auf alle Bereiche ärztlich verordneter Leistungen (medizinische Rehabilitation, Arznei-, Verband-, Heil und Hilfsmittel, Krankentransport sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie) beziehen. Der bewährte Grundsatz "Beratung vor Regress" wäre ohne die oben geforderten Maßnahmen nicht länger gesichert.

Von den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen sind lediglich Verordnungen über langfristigen Heilmittelbedarf sowie Verordnungen von Arzneimitteln, für die entweder der Arzt einem Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten ist oder für die im Rahmen der Erstattungsbetragsvereinbarung nach § 130b SGB V eine Regelung zur Anerkennung als Praxisbesonderheit getroffen wurde.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Regresse für ärztliche Verordnungen abschaffen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Bernd Zimmer, Dr. Oliver Funken, Dr. Lothar Rütz, Prof. Dr. Bernd Bertram, Uwe Brock, Martin Grauduszus, Dr. Carsten König, M.san. und Christa Bartels (Drucksache VI - 89) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die völlige Abschaffung von Regressen für ärztliche Verordnungen, insbesondere Überweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Krankenhauseinweisungen.

Begründung:

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden in ihrem Einsatz für die Patientinnen und Patienten durch die Androhung von Regressen erheblich beeinträchtigt.

Das gegenwärtige System zwingt Ärztinnen und Ärzte dazu, in langwierigen Prüfverfahren durch aufwändige Recherchen über oft lange zurückliegende Zeiträume ihr Ordnungsverhalten zu rechtfertigen. Dies kostet Zeit, Energie und Motivation, die der Patientenversorgung entzogen werden.

Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass es am Ende nur in ganz wenigen Einzelfällen tatsächlich zu einem Regress kommt. Denn für diese wenigen Einzelfälle wird es in Kauf genommen, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in ihrer Gesamtheit permanent mit Bürokratie, Kontrollen und Sanktionsandrohungen zu belasten. So wird gezielt die Freude an der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit untergraben.

Deshalb überrascht es nicht, wenn es Befragungen zufolge gerade Furcht vor Regressen ist, die junge Ärztinnen und Ärzte von einer Tätigkeit als niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt abhält.

Daran wird sich durch die jetzt mit dem Referentenentwurf zum GKV-VSG vorgesehenen regionalen Vereinbarungen unter Wegfall von verpflichtenden Richtgrößenvolumina nichts ändern: Denn es bleibt auch unter diesen Bedingungen bei einem von Prüfverfahren, Bürokratie und Sanktionsandrohungen vergifteten System.

Deshalb gilt: Wer es mit der Priorität einer qualitativ hochstehenden und



flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung gegenüber bürokratischen Kontrollmechanismen ernst meint, muss die Regresse für ärztliche Verordnungen völlig abschaffen!



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Überregulierung und Umverteilung des Mangels lösen keine Versorgungsprobleme

Entschließung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und PD Dr. Claudia Borelli (Drucksache VI - 40) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Politik und Organe der Landesvertretung auf, das sich abzeichnende Versorgungsdefizit der Bevölkerung nicht durch Überregulierung, Umverteilung und Einschränkung zu verschärfen.

Selbst in den hochentwickelten Gesundheitssystemen unserer Nachbarländer hat die rein staatliche Versorgungsplanung auch im ärztlichen Bereich immer wieder zu Versorgungsmängeln gerade im ländlichen Bereich geführt. Nur durch die teilweise massive Anwerbung deutscher Kolleginnen und Kollegen konnte die Versorgung dort aufrechterhalten werden.

Fehler in der Versorgungsplanung sind eine Ursache für den bereits in allen Versorgungsebenen und Fachrichtungen evidenten Ärztemangel. So hat die Kürzung von Medizinstudienplätzen (von 16.000 auf 9.000 nach der Wiedervereinigung) - wegen angeblich zu erwartender Ärzteschwemme - den heutigen Ärztemangel mit hervorgerufen.

Den Ärztemangel lediglich durch eine Umverteilung zugunsten "unterversorgter" Gebiete beheben zu wollen, verschärft lediglich den Mangel im Krankenhaus und in anderen Versorgungsbereichen, ohne die Ursachen selbst anzugehen.

Ebenso tragen Vorschläge, Fachärzte in grundversorgende und nichtgrundversorgende aufteilen zu wollen, nicht zur Lösung des Ärztemangels bei und stehen zudem im Widerspruch zu den berufsrechtlichen Gebietsbezeichnungen. Ohne Verbesserung der Arbeits- und auch Weiterbildungsbedingungen sowohl in Krankenhäusern wie in Praxen, ist eine Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf Dauer nicht möglich.

Um die Versorgung auch in Zukunft zu sichern, bedarf es zunächst einer ausreichenden Zahl von qualifizierten Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die Zahl der Medizinstudienplätze muss dringend erhöht werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Eigenverantwortung und Kostenbeteiligung zum Schutz des Solidarsystems vor missbräuchlicher Inanspruchnahme und Effizienzverlusten

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache VI - 63) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung/den Gesetzgeber auf, Änderungen im SGB V vorzunehmen und Elemente einer sinnvollen Steuerung des Zugangs zu medizinischen Leistungen, die Beteiligung für veranlasste Kosten und die notwendige Kostentransparenz für die Patienten im Gesetz zu verankern. Die Änderungen müssen zwingend Elemente einer sinnvollen Eigenverantwortung beinhalten.

Begründung:

Um die Leistungsfähigkeit unseres solidarischen Versorgungssystems zu erhalten, muss künftig eine angemessene Eigenverantwortung dem Solidaritätsgedanken vorangestellt werden. Der Erhalt einer guten medizinischen Versorgung ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen aller Beteiligten. Die Diversifizierung und der technische Fortschritt in der Medizin und die allgemeine Kostenentwicklung zwingen uns, eine Priorisierung nach sinnvollen Kriterien zu überdenken. Ein mögliches Mittel ist der Einsatz einer real zumutbaren Selbstbeteiligung des Patienten; die Praxisgebühr des alten SGB V war dazu in keiner Weise geeignet.

Es ist an der Zeit, die Selbstbeteiligung in einer steuernden Weise gesellschaftlich zu diskutieren. Eine sinnvolle Selbstbeteiligung dient dabei weniger der finanziellen Sicherung des Systems, sondern schafft - maßvoll eingesetzt - Ressourcen im bestehenden System, um den bedürftigen Kranken angemessen zu versorgen, und steuert einer missbräuchlichen Inanspruchnahme entgegen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gegenmaßnahmen zum Missbrauch der Notdienste

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache VI - 76) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die politisch Verantwortlichen auf, jeden Notdiensteinsatz (Rettungsdienst, Krankenhausambulanzen und kassenärztlicher Bereitschaftsdienst) mit einer pauschalen Kostenbeteiligung des Patienten mit Ausnahme der von Zuzahlung befreiten Patienten zu belegen. Die Kostenbeteiligung erfolgt durch Einzug durch die Krankenkassen.

Begründung:

In den letzten Jahren hat der Missbrauch sowohl der Notärzte als auch der Krankenhausambulanzen und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes erheblich zugenommen. Notdienste werden vom Patienten oft aus Unkenntnis, Bequemlichkeit und Kostengründen missbräuchlich in Anspruch genommen.

Internationale Vergleiche zeigen, dass eine maßvolle Selbstbeteiligung bei wirklichen Notfällen in einer angemessenen Höhe (z. B. 10 Euro im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, 20 Euro in der Krankenhausambulanz und für den Rettungsdienst) keine Unterversorgung auslöst.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: MDK-Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Rainer Kobes (Drucksache VI - 79) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf, unter Hinzuziehung erfahrener ärztlicher Medizincontroller das MDK-Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V zu überarbeiten, an die Versorgungsrealität anzupassen und es bei Einzelfallprüfungen zu belassen.

Begründung:

Im SGB V ist geregelt, dass die Krankenkassen im Rahmen des MDK-Prüfverfahrens nach § 275 Absatz 1c SGB V Einzelfallprüfungen durchführen. Auf Grund der Tatsache, dass einzelne Krankenkassen jetzt eine Prüfquote von 30 Prozent erreichen, entsteht für die Ärzte im Krankenhaus ein erheblicher Mehraufwand bei der Bearbeitung der Prüfanzeigen. Dieser bürokratische Super-GAU geht erheblich zu Lasten der Zeit, die für die Patientenbetreuung zur Verfügung steht, und ist daher strikt abzulehnen. Ein unter Hinzuziehung erfahrener ärztlicher Medizincontroller entwickeltes ressourcenschonendes Alternativverfahren kann hier indirekt die Versorgungsqualität über eine Entlastung der Ärzte verbessern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters (Drucksache VI - 145) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüÙt die anstehende gesetzliche Einführung von medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) in das SGB V (§ 119c) und fordert die Kostenträger auf, über eine angemessene Finanzierung in Analogie zu den sozialpädiatrischen Zentren sicherzustellen, so dass die MZEB ihre Aufgabenstellung erfüllen können.

Begründung:

Die Versorgung von Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung erfordert besondere Versorgungsstrukturen gerade in Zeiten, in denen diesen Patienten die Inklusion in unsere Gesellschaft ermöglicht, aber nicht vorgehalten wird. Auf dieses Versorgungsdefizit wird seit mehreren Jahren von den Behindertenverbänden hingewiesen. Aggraviert wurde der Missstand durch die Ratifizierung der UN-Resolution, die die Rechte behinderter Menschen regelt.

Aus diesem Grunde hat sich der Deutsche Ärztetag wiederholt mit dieser Thematik befasst (Bremen 2004, Ulm 2008, Mainz 2009, Dresden 2010). Daraus resultieren die Forderungen der konsequenten Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention als wichtige Aufgabe für Ärzteschaft und Gesellschaft durch den Ärztetag. Erfreulicherweise wurde durch die große Koalition diese Forderung im Koalitionspapier aufgenommen und jetzt zum 01.07.2015 umgesetzt: In Analogie zu den sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) im § 119 SGB V werden die medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) in den § 119c SGB V aufgenommen. Es ist zu erwarten, dass aufgrund der jetzt geschaffenen gesetzlichen Basis die für diese Patienten benötigten Versorgungsstrukturen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ermächtigt werden. Unabdingbare Voraussetzung dazu ist jedoch eine angemessene finanzielle Ausstattung, die die komplexe Versorgung erfordert.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Sucht und Drogen

- VI - 09 Verbesserung der Rahmenbedingungen der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger
- VI - 118 Mehr Therapie- und Rechtssicherheit bei der Behandlung von Opiatabhängigen
- VI - 103 Richtlinie zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger
- VI - 148 Blankoformulardruck auch für BTM-Rezepte
- VI - 164 Aufnahme von neuen synthetischen Derivaten von Cannabinoiden, Cathinonen, Amphetaminen und des Phencyclidins in die BtMÄV



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verbesserung der Rahmenbedingungen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 09) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 spricht sich auf der Grundlage der EntschlieÙungen des 115., 116. und 117. Deutschen Ärztetages sowie der Beratungen des Vorstandes der Bundesärztekammer für eine Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) aus. Der Verordnungsgeber wird aufgefordert, zeitnah eine novellierte BtMVV vorzulegen, die folgende Aspekte berücksichtigt:

- Die novellierten Regelungen müssen den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft abbilden. Dies betrifft insbesondere die Festlegung der Ziele einer Substitutionsbehandlung (§ 5 Abs.1 BtMVV), der Grenzen eines tolerablen Beikonsums (§ 5 Abs. 2 Nr.4c BtMVV) und der erforderlichen Begleitmaßnahmen (§ 5 Abs. 2 Nr.2 BtMVV).
- Ausschließlich medizinisch-therapeutische Aspekte der Substitution sind über die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger zu regeln. Hierzu gehören insbesondere detaillierte Regelungen zur Frequenz erforderlicher Arzt-Patienten-Kontakte (§ 5 Abs. 2 Nr. 5 BtMVV), zu Kriterien für den Einschluss in und Ausschluss aus einer Substitutionsbehandlung sowie zum Einbezug erforderlicher begleitender Maßnahmen und Therapiekontrollen. Hingegen sind solche Aspekte der Substitution, die die Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs und somit den Bevölkerungs- und Patientenschutz betreffen, durch die BtMVV zu regeln.
- Gesetzwidriges Handeln bei der Substitution, das eine Gefährdung des Patienten sowie Dritter darstellt, ist strafrechtlich zu sanktionieren.
- Durch die Regelungen zur Substitutionsbehandlung muss eine flächendeckende Versorgung Opiatabhängiger erleichtert werden. Hierfür sind insbesondere solche Änderungen in den §§ 5 und 13 BtMVV vorzunehmen, die sich an den Erfordernissen der Praxis orientieren und gleichzeitig einen hohen Versorgungsstandard sicherstellen.
- Die Substitutionsbehandlung muss in Verfahren zur Qualitätssicherung eingebunden sein, die die erforderlichen Dokumentationen und Angebote zur kollegialen Beratung berücksichtigen. Entsprechende Regelungen sind in den



Richtlinien der Bundesärztekammer festzulegen.

Begründung:

Bereits der 115., der 116. und der 117. Deutsche Ärztetag haben sich für eine BtMVV-Novellierung ausgesprochen. Ein entsprechender Novellierungsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) liegt bislang noch nicht vor.

Auch der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich intensiv mit der Frage möglicher (berufs-)rechtlicher Implikationen einer Novellierung auseinandergesetzt und hierzu Strafverfahren gegen substituierende Ärztinnen und Ärzte gesichtet und bewertet. Er ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass die Versorgung durch substituierende Ärztinnen und Ärzte sichergestellt, ihnen eine größere Rechtssicherheit gegeben und die Behandlung auf den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft gestellt werden muss. Strafrechtliche Sanktionen bei rechtswidriger Substitution müssen jedoch weiterhin möglich bleiben.

Auf Grundlage der Novellierung der BtMVV kann anschließend eine Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vorgenommen werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Mehr Therapie- und Rechtssicherheit bei der Behandlung von Opiatabhängigen
Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Heidemarie Lux und Dr. Gerald Quitterer (Drucksache VI - 118) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt den Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer VI - 9, der das Ziel verfolgt, in der Behandlung Opiatabhängiger für mehr Therapie- und Rechtssicherheit zu sorgen.

Um die Qualität der Substitution Opiatabhängiger zu verbessern, bedarf es seitens der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern dreier begleitender Schritte:

1. Um ein berufsrechtliches Vollzugsdefizit zu verhindern, müssen die Heilberufekammergesetze und Berufsordnungen überprüft und gegebenenfalls geändert werden.
2. Fünf Jahre nach Verabschiedung der derzeit gültigen Richtlinien zur Behandlung Opiatabhängiger müssen diese auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand gebracht werden.
3. Es muss eine Anpassung der NUB/MVV-Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an die auf dem aktuellen Wissensstand basierenden Richtlinien der Bundesärztekammer erfolgen.

Der 118. Deutsche Ärztetag regt an, parallel zu dem vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) und den zuständigen Länderministerien angestoßenen Reformprozess Kommissionen einzusetzen, die sich mit den berufsrechtlichen Implikationen beschäftigen bzw. die Richtlinien auf Aktualität überprüfen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung
Opiatabhängiger

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Gerald Quitterer und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache VI - 103) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger in der Fassung vom 19.02.2010 entsprechend den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e. V.) zur Therapie der Opiatabhängigkeit - Teil 1 dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anzupassen. Diese Novellierung ist umgehend durchzuführen und nicht erst nach einer Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).

Begründung:

Die Änderung der Richtlinien muss einer Änderung der BtMVV vorangehen, da sich letztere gerade auf den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft, wie er in den Richtlinien der Bundesärztekammer festgelegt ist, bezieht. Nach einer Stellungnahme des Präsidenten des Landgerichts München II wird bei der Beurteilung von vermutlichen Verstößen gegen die BtMVV auf die Richtlinien der Bundesärztekammer zurückgegriffen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Blankoformulardruck auch für BTM-Rezepte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans-Detlef Dewitz (Drucksache VI - 148) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge beschließen, dass sich der Vorstand der Bundesärztekammer dafür einsetzt, dass eine Lösung gefunden wird, um Betäubungsmittelrezepte zeitnah - möglichst noch in diesem Jahr - auch über Laserdrucker ausdrucken zu können.

Begründung:

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) berät seit Jahren darüber, wie man eine Lösung finden kann, um Betäubungsmittelrezepte auch über Laserdrucker ausdrucken zu können, und hat bis heute keine praktikable Lösung präsentieren können. Es kann in heutiger Zeit nicht sein, dass Praxen zwei Drucker vorhalten müssen, nur weil das BfArM keine Lösung findet, um Betäubungsmittelrezepte wie alle anderen Vordrucke nach Bundesmantelvertrag über den Blankoformulardruck ausdrucken zu können.

Dieses verlangt noch immer Nadeldrucker, die nicht mehr der heutigen Zeit entsprechen und nur noch überteuert beschafft werden können. Dies ist ein Anachronismus, welcher mit einem unangemessenen Platz-, Arbeits- und Kostenaufwand für die Praxen verbunden ist.

In einer Zeit, in der die überwiegende Dokumentation und Kommunikation papierlos erfolgt und wir über elektronische Rezepte nachdenken, kann es nicht sein, dass ein Bundesinstitut nicht in der Lage ist, hierfür eine Lösung zu finden!

Verschiedene Vorschläge liegen dem zuständigen Ministerium vor, sind aber bisher nicht beschieden worden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Aufnahme von neuen synthetischen Derivaten von Cannabinoiden, Cathinonen, Amphetaminen und des Phencyclidins in die BtMÄV

Entschließung

Auf Antrag von PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VI - 164) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert Änderungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften (BtMÄV) zu neuen synthetischen Cannabinoiden, Cathinonen, Amphetaminen und des Phencyclidins. Mit ihr sollen weitere neue und mögliche kommende psychoaktive Substanzen in die Anlagen I und II des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgenommen und somit verboten werden.

Es sollen nicht nur die eine neue Variante von synthetischem Marihuana, das MAB-CHMINACA, neu in die Liste aufgenommen werden, sondern auch alle chemischen Derivate, die in der Grundstruktur Tetrahydrocannabinole, Cathinone, Amphetamine und Phencyclidine enthalten.

Ausgenommen davon sind die schon erwähnten Tetrahydrocannabinole, deren Isomere und stereochemischen Varianten zu den in den Anlagen II und III des BtMG bezeichneten Zwecken.

Begründung:

Die Unterstellung dieser neuen psychoaktiven Substanzen würde auch einer aktuellen Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) Rechnung tragen. Der EuGH hatte entschieden, dass bestimmte neue psychoaktive Substanzen dem Arzneimittelbegriff des Arzneimittelgesetzes (AMG) nicht unterliegen, weshalb ihr Inverkehrbringen nach dem AMG strafrechtlich nicht verfolgt werden kann.

Sollten diese und neu kommende synthetische Derivate mit den benannten Grundstrukturen in die Anlage des BtMG aufgenommen werden, ist hingegen eine Strafverfolgung möglich. Grundsätzlich hinkt die Gesetzgebung den aktuellen Substanzen hinterher. Daher soll grundsätzlich jedes chemische Derivat mit den genannten Strukturen aufgenommen werden. Die Erfahrung in der Vergangenheit sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch in vielen anderen Ländern zeigte, dass die neu kreierte psychoaktiven Substanzen regelhaft abhängig machten. Der Trend der letzten Monate



lehrt, dass die allerneuesten Substanzen, die am Beginn immer legal gekauft und verkauft werden können, inzwischen eine dramatische Zunahme der Fallzahlen sogar in den Notfallambulanzen in anderen Ländern produzieren.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Telematik/Telemedizin/E-Health

- VI - 18 Ablehnung des Online-Versichertenstammdatenmanagements in den Arztpraxen
- VI - 135 Kritik am E-Health-Gesetz - Moderne, sichere Kommunikation in der Medizin ist nur auf der Grundlage von Freiheit und Freiwilligkeit für Patienten und Ärzte zu erreichen
- VI - 90 Förderung der Telematikinfrastruktur durch Nutzung des vorhandenen Innovationswillens der Ärzteschaft
- VI - 14 E-Health-Gesetz
- VI - 07 Ärztliche Positionen zu Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung
- VI - 142 Telemedizin in der GOÄ verankern
- VI - 94 Notfalldaten auch für Privatversicherte
- VI - 77 Impfinformationen auf der eGK
- VI - 75 DMP-Informationen auf der eGK
- VI - 35 Ausdehnung der elektronischen Gesundheitskarte auf alle Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung
- VI - 30 Einrichtung einer offenen Schnittstelle in Eigenverantwortung der KBV
- VI - 26 Position der Ärzteschaft zum Einsatz von Apps in der Medizin
- VI - 23 Gesundheit ist keine Bürgerpflicht
- VI - 104 IT-Sicherheit



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ablehnung des Online-Versichertenstammdatenmanagements in den Arztpraxen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Silke Lüder, Dr. Hans Ramm, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dipl.-Med. Dörte Meisel, Dr. Petra Bubel, Christa Bartels, Petra Imme, Dr. Wolfgang Wesiack, Wieland Dietrich, Dipl.-Med. Ingo Menzel, Stephan Grundmann, Klaus Schäfer, Dr. Bernd Lehne, Dr. Josef Pilz und Dr. Hildgund Berneburg (Drucksache VI - 18) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die Verpflichtung zur Durchführung und die administrative Durchsetzung des Online-Versichertenstammdatenmanagements (Online-VSDM) im geplanten E-Health-Gesetz ist für die Ärzteschaft wegen Behinderung der Patientenversorgung und aus Gründen der Datensicherheit nicht akzeptabel. Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert, dass im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum E-Health-Gesetz diese Verpflichtung und die damit verbundenen finanziellen Sanktionen gestrichen werden.

Begründung:

Das Versichertenstammdatenmanagement gehört zu den zentralen administrativen Aufgaben der Kostenträger. Es ist keine ärztliche Aufgabe und geeignet, die bestehenden Kapazitätsprobleme in der ambulanten Krankenbehandlung empfindlich zu verstärken. Außerdem kann auf Dauer keine Sicherheit für die sensiblen Praxisdaten bei Anschluss an eine bundesweite zentrale Kasseninfrastruktur garantiert werden. Das VSDM ihrer Mitglieder können die Krankenkassen auch jetzt schon durch Terminals in ihren Filialen und/oder Apotheken (entsprechend der Lösung in Frankreich) verwirklichen. Der 118. Deutsche Ärztetag lehnt die im E-Health-Gesetz zur Durchführung dieser unzumutbaren Verpflichtung vorgesehenen Sanktionen als unangemessen, autoritär und der erforderlichen, konstruktiven Partnerschaft vom Staat und Ärzteschaft abträglich ab.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kritik am E-Health-Gesetz - Moderne, sichere Kommunikation in der Medizin ist nur auf der Grundlage von Freiheit und Freiwilligkeit für Patienten und Ärzte zu erreichen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Silke Lüder, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Hans Ramm, Dr. Susanne Blessing, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Svea Keller, Dr. Heiner Heister, Dr. Birgit Wulff und Dr. Christian Albring (Drucksache VI - 135) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wird versucht, das seit vielen Jahren stockende Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" vor allem durch Sanktionen gegen Versicherte, Körperschaften und Ärzte zu befördern.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 stellt fest:

Ärztinnen und Ärzte realisieren moderne Kommunikationstechniken im Interesse der medizinischen Versorgung ihrer Patienten täglich. Das Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" hat bisher durch eine praxisferne, hyperkomplexe Planung Milliardenbeträge an Versichertengeldern gekostet und keinen Nutzen produziert. Eine Durchsetzung mittels finanzieller Bestrafungen und staatlichem Zwang ist unrealistisch und undemokratisch.

Die Sinnhaftigkeit einer zentralistischen staatlichen Dateninfrastruktur für alle Beteiligten im Gesundheitswesen unter Führung einer von den gesetzlichen Krankenkassen dominierten Organisation wie der gematik, ist zu bezweifeln. Alleine wegen der geplanten Größe dieser Telematikinfrastruktur (TI) wird die dauerhafte Datensicherheit in dieser Großstruktur von unabhängigen IT-Experten als nicht möglich erachtet. Elektronische Notfalldatensätze und E-Medikationspläne auf der administrativen Versichertenkarte sind bisher nicht erfolgreich im Hinblick auf Datenschutz, Nutzen, Praktikabilität und Finanzierbarkeit getestet worden. Auch hier besteht das Risiko einer weiteren Geldverschwendung in Milliardenhöhe.

Der 118. Deutsche Ärztetag fordert daher einen politischen Kurswechsel in der E-Health-Politik. Ziel muss es sein, die Einführung von dezentralen, datensicheren, die Freiheit und Privatsphäre der Bürger und die freie Berufsausübung der Ärztinnen und Ärzte im Interesse ihrer Patienten schützenden Kommunikationswegen im Gesundheitswesen zu befördern. Nach vielen erfolglosen Jahren sollten mit einer neuen Philosophie praxisnahe



alternative Wege gemeinsam mit Ärzten und Patienten besprochen werden. Alle Sanktionen sind aus dem Gesetzentwurf zu entfernen und alle E-Health-Anwendungen sind für Patienten und Ärzte freiwillig zu gestalten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Förderung der Telematikinfrastruktur durch Nutzung des vorhandenen Innovationswillens der Ärzteschaft

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christian Köhne, Dr. Lothar Rütz, Dr. Oliver Funken, Prof. Dr. Bernd Bertram, Uwe Brock, Dr. Klaus Strömer, Dr. Erich Theo Merholz, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Heiner Heister, Dr. Joachim Wichmann, Dr. Wolfgang Klingler, Dr. Anne Bunte, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, Michael Lachmund, Martin Grauduszus, Michael Krakau, Bernd Zimmer, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Carsten König, M.san., Rudolf Henke, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger und Dr. Thomas Scheck (Drucksache VI - 90) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Oliver Funken (Drucksache VI - 90a) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Seit Jahren tritt die Einführung einer Telematikstruktur im Gesundheitswesen auf der Stelle. Gegenseitige Schuldzuweisungen führen aber genauso wenig weiter wie die von der Politik jetzt angekündigten Zwangsmaßnahmen im Referentenentwurf des E-Health-Gesetzes. Insbesondere die Forcierung des Versichertenstammdatenabgleiches, der nach wie vor von der Ärzteschaft abgelehnt wird, da er ausschließlich einen administrativen Nutzen für die Krankenkassen hat, wird die Akzeptanz nicht steigern. Notwendig ist aber das Gegenteil.

Die grundsätzliche Offenheit der Ärzteschaft für sinnvolle medizinische Anwendungen in der elektronischen Datenverarbeitung spiegelt sich in unterschiedlichen bereits realisierten regionalen Projekten wieder. Das Medium einer einheitlichen Telematikstruktur bietet die Möglichkeit, solche Anwendungen mit überschaubarem Aufwand für die Schnittstellenprogrammierung flächendeckend einzuführen und die Telematik im Gesundheitswesen mit großer Dynamik voranzubringen.

Insbesondere der Datenaustausch zwischen den unterschiedlichen Anbietern im Gesundheitswesen bietet einen direkten Nutzen für die Patienten und Ärzte und ist bereits in regionalen Projekten umgesetzt worden. (Dies ist eindrucksvoll in einem Pilotprojekt mit dem Dienst D2D zur elektronischen Vernetzung von Kliniken und Arztpraxen im Kreis Düren bewiesen worden.) In diesen Projekten wurde gezeigt, dass mit vertretbarem Aufwand sehr effiziente und effektive Telematikstrukturen geschaffen werden können. Im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) konnten leider trotz hohen finanziellen Aufwandes bislang keinerlei effektive Anwendungen etabliert werden.



Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert daher den Gesetzgeber auf, den Innovationswillen der Ärzteschaft zu nutzen und eine Entwicklung zu fördern, anstatt sie vorzuschreiben. Erforderlich ist dazu:

- Vorrang für die medizinisch relevanten Anwendungen
 - direkter Datenaustausch zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen,
 - elektronischer Arztbrief,
 - Medikationsplan mit der Erweiterung auf OTC-Präparate,
 - Notfalldatensatz
- freiwillige Teilnahme der Beteiligten
- Paralleltestung dezentraler Datenhaltung beim Patienten (USB-Stick etc.)
- Förderung vertraglicher Lösungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern für die elektronische Kommunikation zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen
- Einführung des Versichertenstammdatenabgleichs mit der Verpflichtung, dass die Kostenträger flächendeckende Lösungen nur außerhalb von Arztpraxen und Kliniken (z. B. in Filialen von Krankenkassen, Apotheken) vertraglich sicherstellen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: E-Health-Gesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Matthias Lohaus, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Veit Wambach und Dr. Wolf von Römer (Drucksache VI - 14) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, den vorgelegten Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen dahingehend umzugestalten, dass durch die - jetzt forcierte - Einführung der Telematikinfrastruktur keine Monopolstellung entsteht und insbesondere bei Verwendung der Telematikinfrastruktur für weitere - über die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hinausgehende - Anwendungen des Gesundheitswesens die Diskriminierungsfreiheit auch durch entsprechende Regelungen zur Zusammensetzung der Gesellschafter der gematik gewährleistet wird.

Begründung:

Im Gesundheitswesen haben sich - auch durch den Gesetzgeber beabsichtigt - auch unter Verwendung eigener IT-Infrastrukturen vielfältige Versorgungsformen entwickelt, die zu erheblichen Fortschritten bei der Versorgung der Versicherten geführt haben. Beispielhaft sei hier auf die alternative Versorgungskette, bestehend aus den selektivvertraglichen Haus- und Facharztverträgen nach den §§ 73b und 73c SGB V, in Baden-Württemberg verwiesen. "Durch die Hintertür" können aber durch das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen derartige Strukturen gefährdet werden.

Die derzeitigen Formulierungen sehen zwar eine verpflichtende Nutzung der Telematikinfrastruktur nicht ausdrücklich vor, gleichwohl ist in der Gesetzesbegründung im Zusammenhang mit der Öffnung der Telematikinfrastruktur für weitere Anwendungen davon die Rede, dass sich die Telematikinfrastruktur perspektivisch als die maßgebliche Infrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen entwickeln kann. Hier sind Klarstellungen vonnöten.

Sofern die Nutzung der Telematikinfrastruktur auch für alternative Versorgungsformen in Frage kommt, ist es unabdingbar, dass die Diskriminierungsfreiheit bei der Nutzung konsequent umgesetzt wird. Diskriminierungsfreiheit ist zwar im Gesetzesentwurf



vorgesehen, wird aber dadurch konterkariert, dass die "Richtlinienkompetenz" für die Teilnahmevoraussetzungen im Wesentlichen bei den Gesellschaftern der gematik liegt. Diesem Kreis gehören aber Organisationen an, die primär für die Regelversorgung zuständig sind. An alternativen Versorgungsformen bzw. Selektivverträgen beteiligte Organisationen sind außen vor. Hier ist dringend Abhilfe zu schaffen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche Positionen zu Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 07) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüÙt und befürwortet die vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegten ärztlichen Positionen zu Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung.

Begründung:

Auf Grundlage der vom 113. Deutschen Ärztetage 2010 mit großer Mehrheit befürworteten "Voraussetzungen für gute Telemedizin" soll aufgrund der weiteren Zunahme telemedizinischer Patientenversorgung in Deutschland die ärztliche Sichtweise auf diese modernen Versorgungsmethoden präzisiert werden. Insbesondere vor dem Hintergrund einer zu beobachtenden Tendenz zur anbieterinduzierten Etablierung ist eine deutliche ärztliche Positionierung unter Versorgungsgesichtspunkten sowie Sicherheits- und Nutzenaspekten notwendig. Dabei ist auch der Blick der jungen Medizinergeneration auf dieses Thema von großer Bedeutung.

Telemedizin ist bisher ein unscharf definierter Begriff - im Folgenden soll dieser Begriff wie folgt eingeordnet werden:

Telemedizin ist ein Sammelbegriff für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte, die als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz aufweisen, dass medizinische Leistungen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden. Hierbei werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt.

Da telemedizinische Methoden integraler Bestandteil nahezu jeden medizinischen Fachgebiets sind, sollte - um den Eindruck eines eigenständigen Fachgebiets „Telemedizin“ zu vermeiden - von telemedizinischen Methoden in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gesprochen werden.



Das Positionspapier wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.03.2015 verabschiedet (Anlage).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Telemedizin in der GOÄ verankern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache VI - 142) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, bei der Neugestaltung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auch telemedizinische Leistungen angemessen und entwicklungsfähig widerzuspiegeln.

Begründung:

Die zurzeit laufende Neugestaltung der GOÄ bietet die Chance, die sich in der Zukunft zwingend weiterentwickelnden Möglichkeiten der Telemedizin sachgerecht aufzunehmen. Diese Chance darf nicht verpasst werden, um künftig aufwändige Nachverhandlungen zu vermeiden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Notfalldaten auch für Privatversicherte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Günther van Dyk und Dr. Sebastian Roy (Drucksache VI - 94) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, einen Weg zu entwickeln, Privatversicherten die Nutzung der Anwendung "Notfalldaten" zu ermöglichen.

Begründung:

Die Bundesärztekammer hat die Projektleitung für das "Notfalldatenmanagement auf der eGK" in ihrer Rolle als Gesellschafter der gematik GmbH übernommen. Mit dem Austritt des PKV-Verbandes aus der gematik GmbH im Jahr 2009 war klar, dass Privatversicherte keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) erhalten werden.

Um auch die Versorgung dieser Patientengruppe in Notfällen zu unterstützen, sollten diese ebenso die Möglichkeit erhalten, relevante Informationen in einem Notfall dem behandelnden Arzt zur Verfügung zu stellen. Die Bundesärztekammer wird daher gebeten, in entsprechende Gespräche unter anderem mit dem PKV-Verband oder auch der gematik GmbH einzutreten, um alternative dezentrale Speichermedien jenseits der eGK zu testen, auf denen Notfalldatensätze abgelegt werden können.

Weiterhin soll geprüft werden, ob in der Novelle der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) eine Position "Anlegen und Pflegen des Notfalldatensatzes" aufgenommen werden kann.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Impfinformationen auf der eGK

EntschlieÙung

Auf Antrag von Erik Bodendieck, Dr. Thomas Lipp und Dr. Claus Vogel (Drucksache VI - 77) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, in den Gesetzesentwurf für das E-Health-Gesetz mitaufzunehmen, dass die Informationen zum Impfstatus auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden sollen.

Begründung:

Der aktuelle Masernausbruch hat gezeigt, dass dem Impfmanagement eine zentrale Rolle zukommt. Wenn die Informationen zu den stattgefundenen Impfungen auf der eGK eingetragen wären, lieÙe sich viel administrativer Aufwand für die Praxen vermeiden, und jeder Arzt einschließlich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) hätte zu jeder Zeit die relevanten Informationen vorliegen. Der Patient müsste seinen Impfausweis nicht suchen, und im Notfall hätte das medizinische Personal jederzeit Zugriff auf die Informationen. Eine solche Maßnahme kann nicht nur das Impfmanagement als solches direkt und indirekt verbessern, sondern dient dabei auch direkt dem Bürokratieabbau und würde helfen, die Akzeptanz der eGK bei Patienten und Ärzten zu verbessern. Die Sächsische Landesärztekammer hatte schon 2011 einen diesbezüglichen EntschlieÙungsantrag auf dem 114. Ärztetag (Drs. VI - 71) gestellt. Über eine Vorstandsüberweisung wurde die gematik damals aufgefordert, die Speicherung der Impfdaten als freiwillige Anwendung auf der eGK vorzusehen und kurzfristig konzeptionell umzusetzen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: DMP-Informationen auf der eGK

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Erik Bodendieck, Dr. Claus Vogel und Dr. Thomas Lipp (Drucksache VI - 75) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, in den Gesetzesentwurf für das E-Health-Gesetz mit aufzunehmen, dass die Information, ob und in welches Disease-Management-Programm (DMP-Programm) der Patient eingeschrieben ist, auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in den Versichertenstammdaten gespeichert werden soll.

Begründung:

Im letzten Jahr kam es wiederholt zu erheblichen Problemen bezüglich der Teilnahme von Patienten an den DMPs. Ob ein Patient per Unterschrift seinen Willen zur Teilnahme bekundet hat oder nicht, ist Voraussetzung für die Abrechnung der entsprechenden Leistungen. Da dies jedoch primär den Krankenkassen bekannt ist und auch hier der Teilnahmestatus nicht taggleich abgeglichen werden kann, ergeben sich immer wieder Probleme, aktuell erhebliche Rückforderungen der Krankenkassen an die Leistungserbringer. Die Information, ob ein Patient in einem DMP eingetragen ist oder nicht, sollte daher direkt auf die eGK aufgenommen werden.

Eine solche Maßnahme fördert nicht nur die Teilnahme an den DMPs und kann so die Versorgung direkt und indirekt verbessern, sondern dient dabei auch dem Bürokratieabbau und würde helfen, die Akzeptanz der eGK bei Patienten und Ärzten zu verbessern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ausdehnung der elektronischen Gesundheitskarte auf alle Kostenträger der gesetzlichen Krankenversicherung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Josef Pilz, Dr. Ulrich Schwiersch und Dr. Marlene Lessel (Drucksache VI - 35) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) muss zwingend auf alle "besonderen Kostenträger", wie z. B. Bayerische Bereitschaftspolizei, Bundespolizei, Bundeswehr, Sozialämter (z. B. Asylbewerber), Bundesvertriebenengesetz (BVFG), ausgedehnt werden, um die Vertragsärzte von unnötiger Bürokratie zu entlasten.

Begründung:

Unbeschadet der Sinnhaftigkeit der Einführung der eGK durch die Legislative in den letzten zehn Jahren muss diese nun auf alle Kostenträger im GKV-System ausgedehnt werden. Allein in Bayern gibt es 14 "besondere Kostenträger", die teilweise mit alten, teilweise neuen Karten, teilweise Überweisungsscheinen, Untersuchungsberechtigungsscheinen oder Krankenscheinen vom zuständigen örtlichen Sozialamt abrechnen. Die zusätzliche Erfassung dieser Abrechnungsverfahren bindet die Arbeitskraft von Vertragsärzten sowie ihrer Medizinischen Fachangestellten (MFA), sodass diese nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Ferner müssen diese Abrechnungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen häufig zusätzlich manuell erfasst werden und verursachen auch dort zusätzlich Bürokratie.

Abschließend ist festzustellen, dass insbesondere staatliche oder ehemals staatliche Einrichtungen nicht in der Lage sind, die vom Staat selbst gesetzten gesetzlichen Anforderungen, die sie ihren Bürgern auferlegen, umzusetzen. Hier ist beispielhaft die **Nichteinführung** der eGK durch die Bundeswehr, Bundespolizei und Postbeamte (Gruppe A) zu nennen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einrichtung einer offenen Schnittstelle in Eigenverantwortung der KBV

Vorstandsüberweisung

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

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, über den in § 291d Abs. 2 SGB V im Referentenentwurf des E-Health-Gesetzes geregelten Sachverhalt hinaus, umgehend in eigener Verantwortung und unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen eine offene verbindlich zu nutzende Schnittstelle zu schaffen, die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten für die vertragsärztliche Versorgung geeignet ist und auf diese Weise allen Leistungserbringern den uneingeschränkten Datenaustausch zwischen informationstechnischen Systemen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht.

Die Anforderungen an die zu schaffende Schnittstelle sind zunächst näher zu definieren, damit sie auch für alle künftigen Erweiterungen nutzbar ist, u. a. in Bezug auf:

- den Export der Patientenliste,
- den Export und Import des vollständigen Datensatzes eines Patienten (Stammdaten, Akte, zugehörige Bilder und Dokumente sowie Termine),
- den additiven Import von Daten in eine Patientenakte.

Begründung:

Die heute im Einsatz befindlichen Praxisverwaltungssysteme verfügen nicht oder nur selten über offene Schnittstellen, um erfasste Patientendaten für externe Zusatzdienste zugänglich zu machen oder externe Daten eines Patienten automatisiert in die Akte zu übernehmen. Derartige offene Schnittstellen sind aber zwingende Voraussetzung, um innovative telemedizinische oder patientenzentrierte Dienste im Interesse einer besseren Versorgung der Patienten nutzen zu können. Die Art und vor allem die Dauer der Umsetzung geeigneter standardisierter Schnittstellen muss in der Verantwortung der Ärzteschaft selbst bleiben und darf nicht der Willkür und Steuerung der Anbieter überlassen werden. Dies verhindert, dass Praxisverwaltungssysteme ein Marktwerkzeug sind, welches das interkollegiale und medizinische Handeln der Ärzteschaft aus



merkantilen Gründen reguliert. Denn auch der Protektionismus der bisherigen Anbieter ist ein wesentlicher Grund für den Innovationsrückstand der ärztlichen Informationstechnologie.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Position der Ärzteschaft zum Einsatz von Apps in der Medizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Udo Wolter, Dr. Günther Jonitz, Dr. Jürgen Fischer, Dr. Thomas Werner, Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Steffen König und Dr. Sebastian Roy (Drucksache VI - 26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Verbreitung von Apps für Smartphones, Tablet-PCs und tragbare Messgeräte, wie z. B. Armbanduhr (sog. „Wearables“), in den Bereichen Wellness, Fitness und Medizin nimmt rasant zu. Auf den entsprechenden Plattformen von Unternehmen wie Apple oder Google sind bereits Zehntausende solcher Applikationen abrufbar.

Eine Abgrenzung der Einsatzgebiete dieser Apps ist häufig schwierig. Neben kommerziellen Anbietern, die neue Geschäftsmodelle für das Gesundheitswesen etablieren wollen, sind auch Krankenversicherungen bereits in diesem Feld aktiv.

Derzeit etablieren sich u. a. folgende Arten von Apps:

- Apps, die persönliche gesundheitsbezogene Informationen des Nutzers speichern, (z. B. Notfalldaten-App, App mit Erinnerungsfunktion zur Einnahme von Medikamenten)
- Apps, die vorgeben, Diagnosen oder Ersteinschätzungen zu liefern (beispielsweise im Bereich der Dermatologie)
- Apps, die Daten des Nutzers über sein gesundheitsbewusstes Verhalten sammeln, um diese als Grundlage für Unternehmensentscheidungen zur Verfügung zu stellen (z. B. individuelle Beitragsbemessung für PKV-Versicherte)

Neben den aus medizinischer Sicht durchaus sinnvoll erscheinenden Einsatzszenarien entwickeln sich erkennbar kritische, seitens der Ärzteschaft abzulehnende Anwendungen. Berührt wird nicht nur der Datenschutz, sondern auch die Patientensicherheit, da viele Apps gezielt darauf ausgerichtet sind, das Verhalten von Nutzern und Patienten zu beeinflussen.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 vertritt daher die Auffassung, dass die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland eine qualifizierte Einschätzung der Bedeutung und der Folgen dieser sehr dynamischen Entwicklungen benötigen.



Der 118. Deutsche Ärztetag beauftragt die Bundesärztekammer, die derzeit bestehende Einschätzung zum Thema „Apps im Gesundheitswesen“ in eine umfassende Bewertung zu überführen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gesundheit ist keine Bürgerpflicht

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Einige Krankenkassen planen, Beitragsrabatt für die Übermittlung von Daten durch sogenannte Gesundheits-Apps zu gewähren. Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 hält diese Tendenz für gefährlich: Versicherte können unter Druck gesetzt werden, persönliche Daten freizugeben oder sie an Dritte, wie z. B. den Arbeitgeber, weiterzugeben. Versicherte, die ihre Daten nicht preisgeben wollen, könnten diskriminiert werden, z. B. durch höhere Beitragssätze. Der 118. Deutsche Ärztetag stellt fest, dass es keine Pflicht oder keinen Zwang zur Gesundheit geben kann und fordert den Vorstand auf, den Krankenkassen eindeutig die Ablehnung solcher Programme durch die Ärzteschaft klarzulegen.

Begründung:

Gesundheits-Apps werden zunehmend verbreitet und angewendet: Sie übermitteln Daten über den Nutzer an Internetportale oder an dessen Krankenkasse. Sie sollen diese über Fitness oder Ernährungsgewohnheiten der Versicherten informieren oder physiologische Daten zur Auswertung übermitteln. Angeblich sollen sie der Prävention dienen. Beitragsrabatt bei Bereitstellung von Gesundheitsdaten an die Krankenkassen widerspricht dem Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das individuelle Gesundheitsrisiko darf keinen Einfluss auf die Beitragshöhe haben.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: IT-Sicherheit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 104) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 hatte den Vorstand der Bundesärztekammer aufgefordert, zu untersuchen, "wie sicher die Datenspeicherung und Kommunikation in der Medizin heute ist". Hierbei sollte unter anderem "die Sicherheit bzw. Anfälligkeit von Krankenhausinformationssystemen, Praxissoftware, KV-Datenaustausch und zwischenärztlicher Kommunikation beurteilt werden" (Drs.VII - 68). Der Vorstand hat die Durchführung dieses Beschlusses unter Hinweis auf zu hohe Kosten abgelehnt. Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer erneut auf, diesen Beschluss zu vollziehen.

Begründung:

Innerhalb des vergangenen Jahres gab es eine Häufung von Datenskandalen. Wenn ein französischer Fernsehsender für einen Tag von Hackern ausgeschaltet werden kann oder die E-Mails des US-amerikanischen Präsidenten gelesen wurden, so würde es nicht verwundern, wenn auch das IT-System einer großen Klinik lahmgelegt oder die Privatabrechnung einer Praxis in ein anderes Land oder eine Steueroase umgeleitet werden könnte. Um andererseits eine übertriebene Hysterie zu vermeiden, ist eine gründliche Information der Ärzteschaft über Möglichkeiten und Schwachstellen der IT-Technologie in der Medizin notwendig.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Versorgungswerke

- VI - 81 Soziale Verantwortung der Versorgungswerke wahrnehmen
- VI - 84a Lokalitätsprinzip in den ärztlichen Versorgungswerken abschaffen
- VI - 84 Lokalitätsprinzip in den ärztlichen Versorgungswerken abschaffen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Soziale Verantwortung der Versorgungswerke wahrnehmen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Thomas Werner, Dr. Josef Mischo, Prof. Dr. Frieder Hessenauer, Dr. Eva Müller-Dannecker MBA, Dr. Klaus Thierse und Julian Veelken (Drucksache VI - 81) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die berufsständischen Versorgungswerke werden aufgefordert, im Rahmen ihrer Eigenschaft als Aktienkapitaleigner der besonderen Rolle bezüglich der "guten Unternehmensführung" (Corporate Governance), Nachhaltigkeit und sozialer Verantwortung gerecht zu werden.

Begründung:

Artikel 14 Abs. 2 GG legt fest: "Eigentum verpflichtet. Sein Gebrauch soll zugleich dem Wohl der Allgemeinheit dienen."

Ärztliche Versorgungswerke mögen analog zur hohen sozialen Verantwortung der Ärzteschaft ihr Aktienkapital nach ethischen Prinzipien verwalten lassen. Nachhaltige Geldanlagen gewährleisten dem Grunde nach eine nachhaltige Wertschöpfung. Verfahren und Angebote der Kapitalmanager dazu liegen vor und werden von zahlreichen institutionellen Geldanlegern (Versorgungswerke, kirchliche Fonds etc.) bereits genutzt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Lokalitätsprinzip in den ärztlichen Versorgungswerken abschaffen

Vorstandsüberweisung

Der Änderungsantrag von Dr. Jürgen Tempel, Dr. Matthias Fabian und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache VI - 84a) zum Entschließungsantrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Thomas Werner, Kai Sostmann, Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Dr. Klaus Thierse (Drucksache VI - 84) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Streichung der letzten beiden Worte "wieder abzuschaffen", dafür "weiterzuentwickeln" einfügen.

Der Begründungstext ist komplett zu streichen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Lokalisierungsprinzip in den ärztlichen Versorgungswerken abschaffen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Werner Wyrwich, MBA, Dr. Thomas Werner, Kai Sostmann, Dr. Eva Müller-Dannecker MBA und Dr. Klaus Thierse (Drucksache VI - 84) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die ärztlichen Versorgungswerke werden aufgefordert, das vor zehn Jahren eingeführte Lokalisierungsprinzip wieder abzuschaffen.

Begründung:

Durch die Einführung des Lokalisierungsprinzips bei den ärztlichen Versorgungswerken ist eine erhebliche Mehrbelastung und Verunsicherung der Mitglieder entstanden. Durch unterschiedliche Berechnungsarten und unterschiedliche Satzungen sind bei der gestiegenen Mobilität der Ärztinnen und Ärzte sowohl bei der Alters- als auch bei der Berufsunfähigkeitsrente die Regularien mehrerer Versorgungswerke zu berücksichtigen.

Da das Lokalisierungsprinzip bei zahlreichen anderen Versorgungswerken nicht eingeführt wurde, ohne dass es zu Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit kam, sollte dies auch bei den ärztlichen Versorgungswerken möglich sein.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Weitere Themen

- VI - 19 Verbot und Vernichtung von Atomwaffen
- VI - 106 Intensivierung der Forschung zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen bei Betrieb und Ausbau von Windenergieanlagen
- VI - 82 Investitionen in Unternehmen fossiler Brennstoffgewinnung beenden
- VI - 48 DRV-Prüfung gefährdet Notarztversorgung
- VI - 49 Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft für Tarifverhandlungen angestellter Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich
- VI - 88 Tätigkeit von Vertretern ärztlicher Körperschaften und der Bundesärztekammer in Gremien der privaten Krankenversicherung
- VI - 105 Bundesärztekammer bleibt eine Arbeitsgemeinschaft bürgerlichen Rechts - kein Körperschaftsstatus
- VI - 74 Ärztliche Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen
- VI - 91 Gender- und geschlechtsspezifische Präventionsangebote
- VI - 163 Lärmschutzprävention ermöglichen
- VI - 110 Keine fachgebietsbezogene Einschränkung von Impfleistungen
- VI - 127 Frauenanteil in leitenden Positionen
- VI - 92 Gleichberechtigte Teilhabe von Männern und Frauen an den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verbot und Vernichtung von Atomwaffen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Prof. Dr. Alexandra Henneberg, Dr. Susanne Johna, Dr. Dr. Hans-Dieter Rudolph, Dr. Susan Trittmacher, Dr. Sabine Dominik, Dr. Klaus König, Dr. Wolf Andreas Fach und Dr. Barbara Jäger (Drucksache VI - 19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, alles in ihren Kräften Stehende zu tun, um ein weltweites Verbot von Kernwaffen sowie die Vernichtung bereits vorhandener Kernwaffen zu erwirken.

Begründung:

Atomwaffen besitzen ein ungeheures Zerstörungspotenzial. Mit dem Abwurf einer einzigen Atombombe auf eine Megastadt würden Millionen Menschen getötet. Im Falle eines atomaren Angriffs wäre die medizinische Infrastruktur zerstört und effektive humanitäre Hilfe unmöglich. Die Folgen des Einsatzes atomarer Waffen dauern über Jahrzehnte. Neben den akuten Todesopfern wären vermehrte Krebstote und missgebildete Kinder zu beklagen. Auch Klimaänderungen mit einer weltweiten Verringerung der Nahrungsproduktion im Fall eines atomaren Winters wären zu befürchten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Intensivierung der Forschung zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen bei Betrieb und Ausbau von Windenergieanlagen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Bernd Lücke (Drucksache VI - 106) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Windenergie als eine der erneuerbaren Energieformen wird künftig stärker genutzt werden. Dies ist nach dem im Sommer 2011 beschlossenen Atomausstieg gesellschaftlicher Konsens. Der Ausstieg aus der Atomenergie zeigt, dass problematische Teilaspekte der Nutzung in die Zukunft verschoben wurden; bis heute ist die Frage der Endlagerung der Brennstäbe nicht wirklich gelöst. Bei den erneuerbaren Energieformen sollte daher im Vorfeld der gesamte Lebenszyklus dieser Technologien von der initialen Rohstoffbereitstellung bis hin zur Entsorgung in die Planungen und Risikoabwägungen einbezogen werden. Dieses erfordert wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen, um eine bewusste Abwägung von Nutzen und Zumutbarkeit von validen Beeinträchtigungen sowie Risiken vornehmen zu können. Insbesondere für die Immissionen im tieffrequenten und Infraschallbereich gibt es bisher keine belastbaren unabhängigen Studien, die mit für diesen Schallbereich geeigneter Messmethodik die Wirkungen auch unterhalb der Hörschwelle untersuchen. Somit ist eine gesundheitliche Unbedenklichkeit dieser Schallimmissionen derzeit nicht nachgewiesen.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert daher die Bundesregierung auf, die Wissenslücken zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Infraschall und tieffrequentem Schall von Windenergieanlagen (WEA) durch wissenschaftliche Forschung zu schließen sowie offene Fragen im Bereich der Messmethoden zu klären und gegebenenfalls Regelwerke anzupassen, damit der Ausbau und der Betrieb von WEA mit Bedacht, Sorgfalt, ganzheitlicher Expertise, Nachhaltigkeit und gesamtgesellschaftlicher Verantwortung erfolgen kann.

Begründung:

Insbesondere bei den gesundheitlichen Auswirkungen von Infraschall (< 20 Hz) und tieffrequentem Schall (< 100 Hz) durch Immissionen und Emissionen von Windenergieanlagen bestehen noch offene Fragen, z. B. zur Wirkung von Schall unterhalb der Hörschwelle oder von tiefen Frequenzen bei steigender Expositionsdauer. Des Weiteren sollte ein Anpassungsbedarf bei Messmethoden und Regelwerken geprüft



werden, z. B. bei der Übertragbarkeit von Abstrahlungs- und Ausbreitungsmodellen für kleinere WEA auf große Anlagen sowie bei verbindlichen Regelungen von Messung und Beurteilung tiefer Frequenzen (0,1 bis 20 Hz).

Kernziele:

- Systematische, transparente, ergebnisoffene, empirische Erforschung des in den menschlichen Organismus eindringfähigen niedrigen Frequenzbereiches
- Vernetzung mit den im Ausland schon seit Langem auf diesem Gebiet forschenden Gruppen
- Kontinuierliche Veröffentlichung der Ergebnisse, der Untersuchungsmethodik
- Stopp eines zu nahen Ausbaus an Siedlungen, bis hinreichend belastbare Daten vorliegen, die eine Gefährdung sicher ausschließen.
- Bei den Abstandsproblemen, der Geräuschentwicklung und dem Schattenwurf sind neben der Anlagenhöhe ebenso die Windradpositionen zur Siedlung in Abhängigkeit von der topografischen Gegebenheit, der Hauptwind- und Sonnenstrahlenrichtung zu berücksichtigen. Steht beispielsweise ein Windradpark auf der wind- und sonnenzugewandten Seite vor einer Siedlung, so werden Schallausbreitung und Schattenwurf für die Siedlung störender sein, als wenn sich der Windpark hinter dieser Siedlung befindet.
- Eine reformbedürftige technische Anleitung zum Schutz gegen Lärm (TA-Lärm), die nur unzureichend schützt, kann nicht noch weiterhin als Schutzvorschrift gebraucht werden.
- Die dadurch initiierte Schallforschung spielt auf allen Ebenen der Schallbelastung eine gesundheitsschützende Rolle, also nicht nur bei Windenergieanlagen.
- Wichtig ist auch die Untersuchung von Körperschall (= tieffrequente Festkörpervibrationen von 100 Hz bis 0,1 Hz), welcher ebenso in gefährlicher Form von den modernen Windenergieanlagen ausgeht.
- Körperschall entsteht auch schon, wenn die Rotoren der WEA noch gar nicht laufen, allein bedingt durch die Biegeschwingungen der extrem hohen Türme der Anlagen. Er wird über die Fundamente in den Umgebungsboden übertragen. Je nach topologischer und geomorpher Situation (Bodenschichtungen) am Standort solcher Anlagen, kann der Körperschall ohne weiteres bis 10 km und weiter als Immission in die Wohnbebauung eingetragen werden. Den Infraschall (luftseitig) hier nur alleinig zu betrachten und zu untersuchen, ist somit nicht ausreichend, um erklärbare und brauchbare Erkenntnisse zu bringen.
- Daher müssten im Rahmen von Messungen zur Beurteilung der Gesundheitsgefahr zukünftig immer zusätzlich zu den Außenmessungen auch Innenmessungen in den Häusern durchgeführt werden (an Stelle der bisher hier üblichen Praxis von akustischen Berechnungen).
- Die Wechselwirkungen von Körperschall und Luftinfraschall können die Wahrnehmungsschwelle betroffener Personen deutlich nach unten versetzen. Gesundheitliche Probleme dieser Personen können daher schon bei sehr niedrigen



Pegeln auftreten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Investitionen in Unternehmen fossiler Brennstoffgewinnung beenden

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Klaus Thierse und Dr. Ellis E. Huber (Drucksache VI - 82) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 möge angesichts dessen, dass der Klimawandel "die größte Bedrohung für die Gesundheit des 21. Jahrhunderts" (Lancet Commission) darstellt, beschließen:

- geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Debatte über Klimawandel und Gesundheit in der Ärzteschaft zu fördern, die Öffentlichkeit über die potenziellen Folgen des Klimawandels für die Gesundheit und über die Notwendigkeit der Reduktion von Treibhausgasen und deren gesundheitlichen Nutzen aufzuklären und darauf hinzuwirken, dass dieses Wissen/Verständnis in die Gesundheits- und Wirtschaftspolitik eingeht.

Ärzte und Ärzteorganisationen, insbesondere die ärztlichen Versorgungswerke, werden aufgefordert,

- ihre Investitionen in Unternehmen, deren Geschäftsmodell primär auf die Gewinnung fossiler Energien ausgerichtet ist, umzuschichten in Investments, die einer nachhaltigen und gesunden Zukunft dienen;
- zu Versorgern zu wechseln, die Strom/Energie aus 100 Prozent Erneuerbaren anbieten.

Begründung:

Im Editorial des British Medical Journal (Climate Change and Human Survival) vom 26.03.2014 heißt es: "We should push our own organisations to divest from fossil fuel industries completely and as quickly as possible, reinvest in renewable energy sources, and move to "renewable" energy suppliers." Am 25.06.2014 ist die Delegiertenversammlung der British Medical Association diesem Aufruf voll inhaltlich gefolgt. Dieser Antrag greift im Prinzip den Beschluss der British Medical Association (BMA) auf. Die gesundheitlichen und finanziellen Gründe für ein



Deinvestment/Reinvestment sind in dem Artikel des British Medical Journals (BMJ) und einem im Februar 2015 vorgelegten Bericht "Unhealthy Investments: Fossil Fuel Investments and the UK Health Community" ausführlich dargelegt, der von einem Bündnis von fünf medizinischen Organisationen aus Großbritannien vorgelegt wurde. Der Klimawandel stellt, wie auch andere Berichte zeigen, eine der größten Bedrohungen der Gesundheit sowie anderer Menschenrechte dar (UCL-Lancet Commission, IPCC 2013, Human Rights Council, WHO). Schon jetzt führt der Klimawandel zu erhöhter Morbidität und vorzeitiger Mortalität (IPCC-Bericht 2014, Kapitel 4:Health). Aber fossile Brennstoffe schaden der Gesundheit auch direkt, insbesondere durch ihren Beitrag zur Luftverschmutzung. Schon jetzt stirbt jeder achte Mensch weltweit an deren Folgen. Die World Health Organization (WHO) warnte davor, dass durch den Klimawandel zwischen 2020 und 2050 eine viertel Million Menschen pro Jahr sterben wird, hauptsächlich durch mehr Malariafälle, Durchfallerkrankungen, Hitzeexposition und unzureichende Ernährung. Mit dem globalen Temperaturanstieg werden extreme Wetterereignisse wie Hitzewellen, Dürren, Fluten und Stürme häufiger und stärker auftreten und zusätzlich tiefgreifende Auswirkungen auf die Gesundheit der Biosphäre und die der Menschheit haben. Durch den notwendigen Übergang zu sauberen Energien, zu mehr aktiver Mobilität und kohlenstoffarmen Verkehrsmitteln könnte der Tod von Millionen Menschen weltweit verhindert werden, der als Folge von Erkrankungen wie chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Herzinfarkten, Schlaganfällen und Infektionen der Atemungswege auftritt.

Ähnlich wie die verfasste Ärzteschaft (z. B. BMA und AMA) es in den 1980er-Jahren in Bezug auf die Tabakindustrie tat, sind Ärzte aus ihrer besonderen Verantwortung für die Gesundheit dazu aufgerufen, die Öffentlichkeit und die politisch Verantwortlichen auf die Risiken des Klimawandels für die Gesundheit hinzuweisen und ihre Investitionen in die fossile Brennstoffindustrie zu beenden und in eine nachhaltige und der Gesundheit dienenden Zukunft zu reinvestieren. Eine internationale Allianz von Beschäftigten im Gesundheitswesen rief auf dem WHO-Gipfel Climate and Health andere Gesundheitsorganisationen dazu auf, ihrem Beispiel zu folgen und verstärkt für den Übergang zu einer gesünderen und nachhaltigeren Ökonomie einzutreten. Auch einflussreiche Persönlichkeiten wie Erzbischof Desmond Tutu, Dr. Jim Kim (Präsident der Weltbank), Christiana Figueres (Geschäftsführende Sekretärin der UN-Klimarahmenkonvention) und Alan Rusbridger (der scheidende Herausgeber des britischen Guardian) haben zu einem Deinvestment und Reinvestment in saubere Alternativen aufgerufen.

Warum deinvestieren?

Klimaschutz

Soll das Ziel, auf das sich die Staatengemeinschaft verpflichtet hat, nämlich die Erderwärmung auf zwei Grad zu begrenzen, eingehalten werden, so müssen 60 bis 80 Prozent der gegenwärtig vorhandenen fossilen Brennstoffe in der Erde bleiben. Trotz des sozialökologischen Imperativs für eine drastische CO₂-Reduktion plant die Industrie nicht nur, diese Reserven zu verbrauchen, sondern noch weitere zu erschließen.



Mit einem Deinvestment soll die fossile Industrie zu einer Änderung ihres Geschäftsmodells gedrängt werden. Die fehlende soziale Akzeptanz dieses Geschäftsmodells hätte Einfluss auf eine proaktivere Klimaschutzpolitik.

Finanzielle Gründe

Ergreift die Politik in Zukunft wirksamere Klimaschutzmaßnahmen, was immer wahrscheinlicher wird, wenn die Auswirkungen des Klimawandels deutlicher sichtbar werden, verlieren solche Investitionen erheblich an Wert. Damit stellen Investitionen in die fossile Brennstoffindustrie ein großes finanzielles Langzeitrisko für Investoren dar, vor dem inzwischen fast alle großen Banken, darunter die Weltbank und die Bank of England, warnen. Jim Yong Kim, Präsident der Weltbank und selbst Arzt, appellierte kürzlich auf dem Weltwirtschaftsforum in Davos an Regierungen und Investoren, sie sollten erwägen, die Förderung von Öl-, Gas- und Kohleunternehmen einzustellen. Pensionsfonds sollten deinvestieren und in den nächsten zwölf Monaten weitere 30 Mrd. US Dollar in „Green Bonds“ investieren. Er appellierte dabei an die treuhänderische Verantwortung von Pensionsfonds und anderen Investoren angesichts des Langzeitriskos solcher Investments. Portfolios, die keine Aktien in Unternehmen der Kohle-, Öl- und Gasindustrie sind, weisen in den letzten Jahren eine ähnliche Performance auf wie die, die solche einbeziehen; zuweilen schneiden sie besser ab.

Inzwischen haben sich bereits etwa 200 institutionelle Investoren dazu verpflichtet, ihre Investitionen in fossile Brennstoffe zu beenden, darunter die Rockefeller Foundation, die Guardian Media Group, zahlreiche Städte und Gemeinden, Kirchen, Pensions- und Universitätsfonds. Andere deinvestieren zumindest aus der Kohle als schmutzigste Energieform (z. B. der Norwegische Staatsfonds). Diese Deinvestbewegung wird von großen Teilen der Professorenschaft vieler Universitäten, insbesondere in den USA (z. B. Stanford, die University of California Berkley und Harvard), darunter auch mehrere Nobelpreisträger der Medizin, unterstützt.

Ärzte und ärztliche Organisationen, die eine besondere Verantwortung für die Gesundheit haben, sollten nicht weiter in eine Industrie investieren, die in großem Maße der Gesundheit schadet und zu einem Klimawandel beiträgt, der - wenn wir so weiter machen wie bisher - sogar unsere Zivilisation selbst bedroht. Mit einem Beschluss (Drs. V - 98) hatte 2010 der 113. Deutsche Ärztetag die ärztlichen Versorgungswerke aufgefordert, "Investitionen zur Absicherung des Deckungsstockes unter ethischen Gesichtspunkten vorzunehmen". Investitionen in fossile Brennstoffunternehmen können nicht länger als ethische Investments angesehen werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: DRV-Prüfung gefährdet Notarztversorgung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Ulrich Schwille (Drucksache VI - 48) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Bundesgesetzgeber möge klarstellen, dass die freiberufliche Übernahme von Notarztendiensten keine Scheinselbstständigkeit darstellt.

Begründung:

An vielen Notarztstandorten ist es seit vielen Jahren geübte und gut erprobte Praxis, dass einzelne Dienste von freiberuflichen Notärzten (Klinikärzte in Nebentätigkeit, niedergelassene Ärzte) auf Honorarbasis übernommen werden. Dies schafft eine spürbare und notwendige Entlastung und ermöglicht vielerorts die ständig notwendige Sicherstellung, insbesondere in der Fläche. Die Prüfpraxis der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und verschiedenste unterschiedliche rechtliche Einordnungen der Gerichte führten zwischenzeitlich zu Nachforderungen der Sozialversicherungsträger und damit zum Ausscheiden verschiedenster Träger der notärztlichen Sicherstellung.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 richtet diesen Antrag hiermit, zusammen mit dem Deutschen Landkreistag und dem Bundesverband Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschlands e. V. (ÄLRD), an die Bundesregierung.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft für Tarifverhandlungen angestellter Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Thierse, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Jürgen Fischer und Dr. Werner Wyrwich, MBA (Drucksache VI - 49) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, umgehend die Initiative zur Einrichtung einer "Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen angestellter Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich" als Verhandlungspartner für Tarifverhandlungen zu ergreifen.

Begründung:

Auch die entsprechende Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA) ist organisatorisch an die Bundesärztekammer gebunden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Tätigkeit von Vertretern ärztlicher Körperschaften und der Bundesärztekammer in Gremien der privaten Krankenversicherung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Wieland Dietrich, Dr. Silke Lüder, Dr. Susanne Blessing, Dr. Axel Brunngraber und Christa Bartels (Drucksache VI - 88) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Vertreter der Ärzteschaft in Aufsichtsräten und anderen Organen von Unternehmen der privaten Krankenversicherungen (PKV) werden aufgefordert, sich für eine verantwortungsvolle Verwendung der Beiträge der Versicherten einzusetzen.

Ziel ist es, Kosten für Abschlussaufwendungen und dabei insbesondere die zu hohen Vermittlungsprovisionen zu reduzieren. Ein größtmöglicher Anteil der Einnahmen der privaten Krankenversicherungen ist für die medizinische Behandlung der Versicherten aufzuwenden.

Sofern es sich bei ärztlichen Mitgliedern von Organen der PKV um Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer handelt, soll den Mitgliedern der Kammerversammlungen bzw. der Vollversammlungen der Landesärztekammern über die entsprechenden Bemühungen und Ergebnisse bis zum 119. Deutschen Ärztetag 2016 Bericht erstattet werden. Dieses Verfahren dient auch der Etablierung von Transparenz.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Bundesärztekammer bleibt eine Arbeitsgemeinschaft bürgerlichen Rechts - kein Körperschaftsstatus

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Silke Lüder, Dr. Susanne Blessing, Dr. Axel Brunngraber, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Lothar Rütz, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Klaus Strömer, Dr. Heiner Heister, Uwe Brock und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache VI - 105) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 beschließt, dass die Bundesärztekammer eine freiwillige Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern und damit eine Gemeinschaft bürgerlichen Rechts bleiben soll. Das Anstreben des Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts wird abgelehnt.

Die Bundesärztekammer soll die Interessen der Ärzteschaft und einer freien, unabhängigen ärztlichen Berufsausübung mit dem Ziel einer guten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung nach den Maßstäben ärztlicher Berufsethik vertreten.

Diese Ziele lassen sich grundsätzlich dann am besten erreichen, wenn die Bundesärztekammer von staatlicher Weisungsgebundenheit so weit wie möglich unabhängig bleibt.

Begründung:

Bereits heute führen Gesetze, staatliche Eingriffe und Direktiven zu erheblichen Belastungen und Einschränkungen freier ärztlicher Berufsausübung. Namentlich gilt dies für zahlreiche Normen des SGB V. Beispielhaft seien planwirtschaftliche Einschränkungen der Niederlassungsfreiheit, Einschränkungen individualmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressandrohungen genannt.

Der Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts würde zu direkter staatlicher Weisungsgebundenheit der Bundesärztekammer führen. Staatsmedizinischen Ambitionen würde auf diese Weise Vorschub geleistet. Auch im Hinblick auf die Zukunft der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) würde die mit einem Körperschaftsstatus einhergehende Weisungsgebundenheit der Bundesärztekammer die Vertretung



berechtigter ärztlicher Interessen noch weiter erschweren.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Wolfgang Schaaf, Wolfgang Gradel, Dr. Gerald Qwitterer und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache VI - 74) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer auf, die ärztliche Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen einzufordern. Insbesondere soll sie bei anstehenden Anhörungen zu entsprechenden Gesetzesinitiativen diesen Aspekt stärker herausstellen.

Begründung:

Es gibt derzeit eine Fülle von gänzlich unterschiedlichen Vorlagen zur Erstellung einer Patientenverfügung (> 300). Inhaltlich bergen die meisten dieser Vorlagen die Gefahr von Fehlinterpretationen und grundlegend missverständlichen Formulierungen in sich. Der offizielle Vorschlag des Bundesministeriums für Justiz (BMJV) ist diesbezüglich leider keine Ausnahme. Insbesondere der unreflektierte Ausschluss konkreter medizinischer Maßnahmen führt im konkreten Fall zu Konflikten. Ärztliche Beratung über die konkreten Implikationen des Therapieausschlusses ist zwingend notwendig.

Entscheidungen von Individuen können, wie ja auch in der operativen und interventionellen Medizin, nur dann autonom sein, wenn die möglichen Folgen dieser Entscheidung kompetent und umfassend dargestellt und Alternativen aufgezeigt werden (Informed Consent).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gender- und geschlechtsspezifische Präventionsangebote

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Birgit Wulff und Christine Neumann-Grutzeck (Drucksache VI - 91) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber auf, gender- und geschlechtsspezifische Aspekte im Rahmen der geförderten Präventionsstrategien zu berücksichtigen.

Begründung:

Zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Lebensrealität, abhängig von Geschlecht, Lebensalter, soziokulturellem Hintergrund sowie biologischen Faktoren, existieren mittlerweile viele Forschungsergebnisse. Dies muss bei der Entwicklung von Präventionsstrategien beachtet werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Lärmschutzprävention ermöglichen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Bernhard Lenhard, Dr. Joachim Calles und San. Rat Dr. Eckart Rolshoven (Drucksache VI - 163) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung und den Bundesrat auf, das Präventionsgesetz (PrävG) an zentralen Stellen zu korrigieren bzw. zu ergänzen, da den Bürgerinnen und Bürgern in Bezug auf relevante schädliche (Umwelt-)Faktoren, vor allem Lärm, weder eine Verhältnisprävention noch eine Verhaltensprävention möglich ist. Somit ist eine Prävention relevanter kardiovaskulärer Volkskrankheiten trotz Präventionsgesetz für viele Menschen nicht möglich.

Gerade in Bezug auf Lärmnoxen muss die Prävention durch den Schutz der Bevölkerung vorrangig sowohl durch medizinisch begründete Lärmgrenzwerte in den Gesetzen als auch durch einen massiv verbesserten aktiven Schallschutz erreicht werden, da passiver Schallschutz alleine nur zum Teil Wohngebäude oder Schulen, aber diese nicht ganz und erst recht nicht das Lebensumfeld der Menschen insgesamt schützen kann.

In Anbetracht einer anhaltenden und sich verschlimmernden Kostenproblematik im Gesundheitswesen muss es zu einem Paradigmenwechsel kommen. Die durch Lärm ausgelösten Gesundheitsrisiken müssen an der Quelle bekämpft werden, um so Krankheiten wirklich präventiv verhindern zu können, anstatt sie nach der Entstehung mühsam und kostenträchtig zu behandeln. Das PrävG kann sonst überhaupt nicht greifen und würde weitere beschränkte und budgetierte Ressourcen in der Gesundheitsversorgung vernichten.

Begründung:

Der Schwerpunkt des vorgelegten Entwurfs des PrävG liegt auf medizinischen Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention. Diese adressieren als Zielorte vorrangig die normale Lebenswelt, unter anderem Schulen, Arbeitsstätten oder Altenheime.

In großen und dicht bevölkerten Regionen in Deutschland (u. a. viele große Ballungsräume und so gut wie alle Großstädte), in denen es durch die verschiedenen



Verkehrsträger und die Industrie zu verschiedenen Schadstoff- und Lärmemissionen kommt, ist es Ärzten jedoch schlicht nicht möglich, Lärmkrankheiten wirksam zu verhindern. Lärmkrankheiten sind aber keine seltenen Erkrankungen, sondern u. a. Bluthochdruck, Herzinfarkte und Schlaganfälle sowie andere mehr.

Gerade für Verkehrslärm und insbesondere für Bahn- und Fluglärm besteht somit das unlösbare Problem, dass eine Prävention von Lärmkrankheiten gar nicht möglich ist, da die entsprechenden gesetzlichen Lärmschutzregeln viel zu kurz greifen und falsche Schutzvorgaben machen. Die Bürgerinnen und Bürger sind vor allem in den Wohngebieten Fluglärm und Bahnlärm nahezu schutzlos ausgeliefert. Kinder werden in Schulen - auch solchen mit verbautem Lärmschutz - so stark verlärm, dass das Lernen messbar gestört wird.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 hat in einer Entschließung bereits darauf hingewiesen, dass dem Versicherungssystem durch Lärmkrankheiten mehrere 100 Mio. Euro pro Jahr entzogen werden, weil vermeidbare Lärmkrankheiten wie Bluthochdruck und Schlaganfälle u. a. durch Fluglärm ausgelöst und aus Versicherungsbeiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt werden.

Durch das PräVG wird dieses Finanzierungsproblem weiter vergrößert, da für die Prävention jetzt mehr als das Doppelte aus den Beiträgen entnommen werden soll. Der Gesetzesentwurf negiert vollständig das Problem, dass in Bezug auf Lärm- und Schadstoffemissionen die Ärzte weder die Verhältnisse, noch das Verhalten der Menschen wirksam beeinflussen können. Auch die geplante Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kann hier nicht helfen, da durch Aufklärung der Lärm nicht minimiert werden kann.

Die vom Lärm betroffenen Menschen können nicht einfach umziehen. Sie können sich vor dem Lärm nicht schützen, auch dann nicht, wenn sie Schallschutzfenster haben, da das Leben der Menschen auch außerhalb ihrer Wohnungen stattfindet.

Die Ärzte werden durch das PräVG gezwungen, Geld aus den ohnehin knappen Budgets in Maßnahmen zu investieren, die nicht helfen können, weil der Lärm auch mit therapeutischen und zusätzlichen Präventionsmaßnahmen zu viel ist und nicht aufhört.

Wegen der Verdichtung der Verkehrsträger Straße, Schiene und Flugzeug, gerade in Ballungsräumen, wird damit eine Ungleichverteilung der Finanzmittel erreicht, die nicht zu rechtfertigen ist. In den Ballungsräumen werden über die Krankenversicherung die Kosten beglichen, welche die Verkehrsträger, allen voran Bahn- und Flugverkehr, zu schultern hätten.

Die Ärzte in den Ballungsräumen müssen somit Geld aus knappen Budgets für eigentlich vermeidbare, aber durch Prävention nicht zu beeinflussende Krankheiten investieren, das dann für andere Patienten fehlt.



Aus diesem Grund muss die Prävention konsequent bei der Vermeidung der Risiken ansetzen. Das PräVg muss durch eine Anpassung der Lärmschutzgesetze flankiert werden, damit es auch in diesem Bereich möglich wird zu wirken.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine fachgebietsbezogene Einschränkung von Impfleistungen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Gisbert Voigt, Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Joachim Suder, Georg Gärtner und Kai Sostmann (Drucksache VI - 110) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung und die zuständigen Organe der ärztlichen Selbstverwaltung auf, darauf hinzuwirken, dass jegliche fachgebietsbezogene Beschränkung für die Erbringung von Impfleistungen entsprechend den geltenden Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) aufgehoben wird.

Begründung:

Kinder- und Jugendärzte in Deutschland tragen entscheidend dazu bei, dass die öffentlichen Impfempfehlungen der STIKO am Robert Koch-Institut (RKI) erfolgreich umgesetzt werden. Trotzdem gelingt es nicht, für alle öffentlich empfohlenen Impfungen Durchimpfungsraten von 95 Prozent zur Sicherstellung einer Herdenprotektion zu erreichen. Gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestehen auch heute erhebliche Impflücken, wie auch der aktuelle Masernausbruch in der Region Berlin eindrucksvoll belegt.

Öffentliche Impfempfehlungen dienen dem Infektionsschutz der Gesellschaft; sie werden durch die Gesundheitsministerien der Länder nach Vorschlag der STIKO umgesetzt und stellen eine bedeutende Präventivmaßnahme des öffentlichen Gesundheitswesens dar. Jeder ärztliche Kontakt muss genutzt werden, um die Bevölkerung verständlich und nachvollziehbar über empfohlene Impfungen aufzuklären und gegebenenfalls bestehende Impflücken unverzüglich zu schließen. Um dieses Gesundheitsziel zu erreichen, muss sichergestellt werden, dass jeder Arzt/jede Ärztin befugt ist, notwendige Impfungen unabhängig von der jeweiligen ärztlichen Gebietsbezeichnung durchführen zu dürfen. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass alle Impfleistungen nach STIKO-Empfehlungen adäquat durch die Kostenträger vergütet werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Frauenanteil in leitenden Positionen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker MBA (Drucksache VI - 127) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, Konzepte und Ideen zur Steigerung des Anteils von Ärztinnen in leitenden ärztlichen Positionen zu entwickeln und öffentlichkeitswirksam zu verbreiten, u. a. durch Aufnahme in die veröffentlichten statistischen Daten der Bundes- und Landesärztekammern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gleichberechtigte Teilhabe von Männern und Frauen an den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Birgit Wulff (Drucksache VI - 92) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung auf, analog zum kürzlich verabschiedeten Gesetz zur gleichberechtigten Teilhabe von Männern und Frauen an Führungspositionen in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst einen Frauenanteil von 30 Prozent in ihren Gremien zu gewährleisten.



**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014
(01.07.2013 – 30.06.2014)**

VII - 01 Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)



**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)**

Titel: Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 01) beschließt der
118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der Deutsche Ärztetag nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der
Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2013/2014
(01.07.2013 - 30.06.2014) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Deloitte & Touche
GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 - 30.06.2014) wird
gebilligt.

Die nicht verbrauchten Mittel aus dem Geschäftsjahr 2013/2014 in Höhe von 600.000,00
EURO werden in das Geschäftsjahr 2015/2016 eingestellt.



**TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für
das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)**

VIII - 01 Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 - 30.06.2014)



**TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)**

Titel: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2013/2014 (01.07.2013 - 30.06.2014)

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt (Drucksache VIII - 01) beschließt der 118. Deutsche
Ärztetag 2015:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2013/2014
(01.07.2013 - 30.06.2014) Entlastung erteilt.



**TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016
(01.07.2015 – 30.06.2016)**

Gremienstruktur

BFB

Weiteres

Haushaltsvoranschlag



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Gremienstruktur

- IX - 02 Bericht zum Beschluss X - 04 des 117. Deutschen Ärztetages 2014 - Gremienstruktur
- IX - 05 Einbeziehung aller Landesärztekammern in die Haushaltsplanung
- IX - 06 Ausschuss "Sucht und Drogen"
- IX - 07 Erhalt des Ausschusses "Ärzte im öffentlichen Dienst" der Bundesärztekammer
- IX - 12 Ausschuss und Ständige Konferenz "Arbeitsmedizin" erhalten



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Titel: Bericht zum Beschluss X - 04 des 117. Deutschen Ärztetages 2014 - Gremienstruktur

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Mathias Wesser, Dr. Sebastian Roy, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Hubertus Große-Leege, Dr. Peter Kentner, Dipl.-Med. Ingo Menzel, Dr. Jens Andrae und Dr. Gerd Scheiber (Drucksache IX - 02b) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Mit Beschluss X - 04 des 117. Deutschen Ärztetages 2014 wurde der Vorstand "eindringlich aufgefordert, schnellstens notwendige Strukturreformen für die Institution Bundesärztekammer zu formulieren ...". Der Vorstand hat die Neuordnung der Gremienstruktur grundsätzlich beschlossen. Sie soll zügig weiter konkretisiert werden. Dabei ist ein wesentliches Kriterium, dass die Kernaufgaben der Bundesärztekammer, die gesetzlich und über die Satzung definiert sind, zügig bearbeitet werden können. Zudem soll eine Verschlankung und Nutzung von Synergien die Gremienarbeit für alle vereinfachen. Folgerichtig müssen auch die Aufgaben des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung sowie der Akademien für Allgemeinmedizin und der Gebietsärzte als Gremien mit eigenem Statut in die neue einheitliche Struktur überführt werden. Dabei werden die bisherigen Mitglieder des Vorstandes der Deutschen Akademie der Gebietsärzte sowie der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin gebeten, dem Vorstand der Bundesärztekammer mit ihren Erfahrungen in der Strukturdebatte weiter zur Verfügung zu stehen.

Die Neuordnung soll Ressourcen für eine zielorientierte und effiziente Bearbeitung der Aufgaben freisetzen. Sie soll Handlungsspielräume schaffen, um auch auf neue Herausforderungen reagieren zu können, ohne dafür neue Ressourcen bereitstellen zu müssen.

Der 118. Deutschen Ärztetag 2015 nimmt den Bericht des Vorstandes zur Kenntnis und beschließt,

- die Statuten der Deutschen Akademie der Gebietsärzte, der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin und des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung aufzuheben;



- den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung in die allgemeine Gremienstruktur der Bundesärztekammer in Analogie zu den Weiterbildungsgruppen zu überführen (Ständige Konferenz "Ärztliche Fortbildung");
- die Aufhebung der Statute der Deutschen Akademie der Gebietsärzte sowie der deutschen Akademie für Allgemeinmedizin stehen unter folgender Bedingung: Der Vorstand der Bundesärztekammer hat auf dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 in Hamburg ein Konzept über das Ob und das Wie der inhaltlichen und finanziellen Ausgestaltung der Überführung der Deutschen Akademie für Gebietsärzte sowie der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin in die einheitliche Gremienstruktur der Bundesärztekammer vorzulegen. Soweit dies nicht erfolgt oder das Konzept nicht durch den 119. Deutschen Ärztetag bestätigt wird, gelten die derzeitigen Statute der Deutschen Akademie der Gebietsärzte sowie der Deutschen Akademie der Allgemeinmedizin fort.

Begründung:

Die Neuordnung der Gremienstruktur dient dazu,

- die Koordination der Landesärztekammern zu fokussieren (Beratung von Ordnungen, Absprachen, Informationsaustausch);
- den Arbeitsauftrag an Ständige Konferenzen und Arbeitsgruppen zu schärfen;
- die Notwendigkeit der aktuell bestehenden Ständigen Konferenzen und Ausschüsse zu bewerten;
- bestehende Redundanzen aufgrund paralleler oder Mehrfachbefassungen in verschiedenen Gremien zu analysieren und abzustellen;
- die unterschiedlichen Zeitanforderungen (Aktualität) an die Gremien zu konkretisieren.

Nach eingehenden Beratungen im Vorstand wurde u. a. eine zeitgemäße Optimierung der Gremien des Deutschen Ärztetages mit eigenen Statuten, d. h. die Deutsche Akademie für Allgemeinmedizin (gegründet 1958), die Deutsche Akademie der Gebietsärzte (gegründet 1967) und der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung (gegründet 1953), für sinnvoll und eine Überführung dieser Gremien in die bestehende Gremienstruktur von Ausschüssen bzw. Ständigen Konferenzen der Bundesärztekammer als erforderlich erachtet.

Die jeweiligen Gremienstatuten enthalten Regelungen zu den Wahlen, nach denen diese Gremien für den gleichen Zeitraum wie der Vorstand der Bundesärztekammer vom



Deutschen Ärztetag gewählt werden. Aufgrund der auf dem 118. Deutschen Ärztetag anstehenden Neubesetzung der Gremienvorstände muss der 118. Deutsche Ärztetag darüber entscheiden, ob die Statuten der genannten Gremien durch einen Beschluss des Deutschen Ärztetages aufgehoben und deren Arbeit in die bestehende Gremienstruktur der Bundesärztekammer überführt werden. In der Folge würden die Wahlen für diese Gremien entfallen.



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Titel: Einbeziehung aller Landesärztekammern in die Haushaltsplanung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Thomas Werner und Dr. Werner Wyrwich, MBA (Drucksache IX - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer auf, ihre Gremienstruktur dahingehend zu verändern, dass alle Landesärztekammern die Möglichkeit haben, sich jederzeit an der Gestaltung und Planung des Haushaltes der Bundesärztekammer aktiv und produktiv zu beteiligen.

Begründung:

Aktuell haben alle Landesärztekammern die Möglichkeit, sich bezüglich des Haushaltes in der Finanzkommission zu äußern. Da die Finanzkommission in der Regel einmal pro Jahr zu einem Zeitpunkt tagt, an dem wichtige Entscheidungen bereits getroffen sind, können hier durch die Landesärztekammern keine wesentlichen Beiträge mehr geleistet werden. Dem der Finanzkommission zuarbeitendem Gremium der AG Mittelfristige Finanzplanung gehören nicht alle Landesärztekammern an, sodass es diesen nicht möglich ist, sich frühzeitig bei der Gestaltung und Planung des Haushaltes der Bundesärztekammer aktiv und produktiv zu beteiligen.



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Titel: Ausschuss "Sucht und Drogen"

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Bernhard Lenhard und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache IX - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Ausschuss "Sucht und Drogen" der Bundesärztekammer ist bei der anstehenden Reform der Gremien als selbstständiger Ausschuss zu erhalten.

Begründung:

1. Die Herausforderungen in der Suchtmedizin sind permanent und durch das Auftauchen immer neuer Substanzen stets aktuell. Ein Gremium, das je nach Bedarf erst einberufen werden muss, kann nicht in der erforderlichen Weise zeitnah arbeiten.
2. Der Gesetzgeber hat der Bundesärztekammer im § 5 BtMVV die Richtlinienkompetenz für die Substitutionstherapie bei Heroinabhängigen zugewiesen. Diese hohe Verantwortung bedarf einer kontinuierlichen, wissenschaftlich fundierten Arbeit des Ausschusses.
3. Die Bundesärztekammer wird häufig zu suchtmmedizinischen Problemen befragt, auch vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Antworten werden in der Politik, aber auch in der breiten Öffentlichkeit wahrgenommen, zuweilen auch kritisch hinterfragt. Ohne einen kompetenten Ausschuss kann dieser Dialog nicht hinreichend geführt werden.



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Titel: Erhalt des Ausschusses "Ärzte im öffentlichen Dienst" der Bundesärztekammer

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dipl.-Med. Petra Albrecht (Drucksache IX - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer auf, den Ausschuss "Ärzte im öffentlichen Dienst" im Rahmen der anstehenden Reform der Gremien als selbstständigen Ausschuss zu erhalten.

Begründung:

Im Rahmen der Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) für den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung ist die Arbeit des Ausschusses "Ärzte im öffentlichen Dienst" bei der Bundesärztekammer unerlässlich.

Eine Zusammenführung mit anderen Fachbereichen trägt der Bedeutung des ÖGD als dritte Säule im Gesundheitswesen keinesfalls Rechnung.



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Titel: Ausschuss und Ständige Konferenz "Arbeitsmedizin" erhalten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Lars Bodammer (Drucksache IX - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 befürwortet, den Ausschuss und die Ständige Konferenz "Arbeitsmedizin" zu erhalten, da die Betriebsmedizin eine eigene Versorgungssäule in der gesamten Medizin darstellt.

Begründung:

Da die betriebsmedizinische Versorgung einen eigenen und von den gesetzlichen Krankenkassen unabhängigen Bereich darstellt, ist die inhaltliche Ausgestaltung von Seiten der Ärztekammer eine unerlässliche Arbeit, die nicht vernachlässigt werden darf. Im Falle des Überganges in ein Supergremium ist das Einsparpotenzial schwer zu erkennen, da dann entweder eine Untergruppe quasi dieselbe Arbeit machen würde, oder im anderen Falle durch die anderen Themen eine längere Aufwandsentschädigung produzieren würde.



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

BFB

IX - 01 Mitgliedschaft der Bundesärztekammer im Bundesverband der Freien Berufe



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Titel: Mitgliedschaft der Bundesärztekammer im Bundesverband der Freien Berufe

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 01) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 befürwortet den Wiedereintritt der Bundesärztekammer in den Bundesverband der Freien Berufe (BFB) mit einem aktuellen Jahresmitgliedsbeitrag von 125.000 Euro ab dem 01.07.2015.

Begründung:

Der BFB vertritt als Spitzenverband der Kammern freier Berufe und Verbände die Interessen der freien Berufe in Deutschland. Ziel einer Mitgliedschaft ist es, gemeinsam mit anderen Organisationen auf nationaler wie EU-Ebene den Gedanken der Freiberuflichkeit weiterzuverbreiten und das Kammersystem in der politischen Diskussion zu vertreten.

Auf Beschluss des Vorstandes ist die Bundesärztekammer mit Beginn des Jahres 2014 aus dem BFB ausgetreten. Über diesen Schritt wurde der 116. Deutsche Ärztetag 2013 informiert.

Die Bundesärztekammer hatte sich gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vor dem Austritt aktiv für eine Strukturreform des BFB eingesetzt, nachdem bereits zuvor ein Austritt beider Organisationen in Erwägung gezogen worden war. Wesentliche Kritik bezog sich vor allem auf eine nicht ausreichende haushälterische Transparenz, eine inadäquate Beitragsordnung und Probleme in der Organisationsstruktur. Da nach Auffassung von Bundesärztekammer und KBV Ende 2012 kein ausreichender Reformwille zu erkennen war, haben sich beide Organisationen dazu entschlossen, aus dem BFB auszutreten.

Durch einen Restrukturierungsprozess der Organisation wurden die insbesondere von den ärztlichen Spitzenorganisationen vorgebrachten Kritikpunkte ausgeräumt. Bundesärztekammer und KBV haben daraufhin in mehreren Gesprächen mit dem Vorstand des BFB die grundlegenden Voraussetzungen für den Wiedereintritt in den



BFB erörtert.

Wesentliche Forderungen der Ärzteschaft wurden bei der Überarbeitung der Satzungs-, Beitrags- und Wahlordnung aufgenommen. Die KBV ist aufgrund dieser Entwicklungen bereits zum 01.01.2015 dem BFB wieder beigetreten.



118. Deutscher Ärztetag

Frankfurt, 12.05. - 15.05.2015

TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Weiteres

- IX - 11 Einsparpotenziale bei der Ausrichtung des Deutschen Ärztetages evaluieren
- IX - 10 Angemessene Finanzmittel für die Entwicklung und Betreuung der neuen GOÄ bereitstellen



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Titel: Einsparpotenziale bei der Ausrichtung des Deutschen Ärztetages evaluieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lars Bodammer (Drucksache IX - 11) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Vorstand, die Geschäftsführung und die Finanzgremien der Bundesärztekammer auf, kostenreduzierende Alternativkonzepte zur derzeitigen Praxis der Ausrichtung der Deutschen Ärztetage zu entwickeln und diese dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 vorzulegen.

Begründung:

Die Haushaltssituation der Bundesärztekammer erfordert es, alle relevanten Möglichkeiten zur Kostenreduktion zu bedenken. Deshalb sollte eine ergebnisoffene Prüfung der derzeitigen Praxis der Ausrichtung des Deutschen Ärztetags erfolgen. Die jeweiligen Einsparpotenziale werden dann auf dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 vergleichend dargestellt, um eine Entscheidung auf der Basis valider Zahlen zu treffen.

Nur beispielhaft aufgeführt zwei denkbare Möglichkeiten:

- Ausrichtung jedes zweiten oder dritten Deutschen Ärztetages am gleichen Ort (z. B. Berlin); hier könnten gegebenenfalls kleinere Landesärztekammern Paten sein;
- jährlicher Wechsel von "großem Deutschen Ärztetag" und eventuell verkürztem „Arbeitsärztetag“ ohne internationale Gäste.



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Titel: Angemessene Finanzmittel für die Entwicklung und Betreuung der neuen GOÄ bereitstellen

Beschluss

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels und Dr. Lothar Rütz (Drucksache IX - 10) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag beschließt, dass im Rahmen der Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie zur notwendigen zukünftigen kontinuierlichen Betreuung und Bearbeitung angemessene Finanzmittel im Haushalt der Bundesärztekammer bereitgestellt werden. Die Vertretung ärztlicher Interessen bei der GOÄ ist eine Kernaufgabe der Bundesärztekammer.



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Haushaltsvoranschlag

IX - 03 Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Titel: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 – 30.06.2016)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 03) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 (01.07.2015 - 30.06.2016) in Höhe von 19.737.000,00 EUR wird genehmigt.



TOP X

Wahlen

- X - 01 Wahl des Präsidenten der Bundesärztekammer
- X - 02 Wahlvorschlag Vizepräsidentin Dr. Martina Wenker
- X - 03 Wahlvorschlag Vizepräsident Dr. Max Kaplan
- X - 04 Wahl des weiteren Mitgliedes des Vorstandes (A)
- X - 05 Wahl zum weiteren Arzt/zur weiteren Ärztin im Vorstand der Bundesärztekammer



TOP X Wahlen

Titel: Wahl des Präsidenten der Bundesärztekammer

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Max Kaplan, Klaus Schäfer, Dr. Martina Wenker, Rudolf Henke, Dr. Udo Wolter, Dr. Ulrich M. Clever, Dr. Simone Heinemann-Meerz, Dr. Ellen Lundershausen und Dr. Josef Mischo (Drucksache X - 01) wählt der 118. Deutsche Ärztetag 2015 im ersten Wahlgang in geheimer Wahl

Herrn Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

mit 161 von 230 gültigen Stimmen in das Amt des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages.



TOP X Wahlen

Titel: Wahlvorschlag Vizepräsidentin Dr. Martina Wenker

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Max Kaplan, Dr. Udo Wolter, Marion Charlotte Renneberg, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Frauke Petersen, Jens Wagenknecht und Dr. Christian Albring (Drucksache X - 02) wählt der 118. Deutsche Ärztetag 2015 im ersten Wahlgang in geheimer Wahl

Frau Dr. Martina Wenker

mit 221 von 245 gültigen Stimmen in das Amt der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.



TOP X Wahlen

Titel: Wahlvorschlag Vizepräsident Dr. Max Kaplan

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Dr. Martina Wenker, Dr. Udo Wolter, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Wolf von Römer und Bernd Zimmer (Drucksache X - 03) wählt der 118. Deutsche Ärztetag 2015 im ersten Wahlgang in geheimer Wahl

Herrn Dr. Max Kaplan

mit 209 von 233 gültigen Stimmen in das Amt des zweiten Vizepräsidenten der Bundesärztekammer.



TOP X Wahlen

Titel: Wahl des weiteren Mitgliedes des Vorstandes (A)

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Hellmann, Dr. Jens Andrae, Dr. Hubertus Große-Leege, Dr. Gerd Scheiber, Dr. Joachim Wichmann, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Ulf Burmeister, Dr. Wolfgang Wesiack und Bernd Zimmer (Drucksache X - 04) wählt der 118. Deutsche Ärztetag 2015 im ersten Wahlgang in geheimer Wahl

Frau Dr. Ellen Lundershausen

mit 133 von 248 gültigen Stimmen in das Amt eines Mitglieds des Vorstandes der Bundesärztekammer.



TOP X Wahlen

Titel: Wahl zum weiteren Arzt/zur weiteren Ärztin im Vorstand der
Bundesärztekammer

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Bernd Lücke, Dr. Wolfgang Rechl, Bernd Zimmer, Monika Buchalik, Dr. Christian Albring, Dr. Matthias Lohaus und Dr. Veit Wambach (Drucksache X - 05) wählt der 118. Deutsche Ärztetag 2015 im zweiten Wahlgang in geheimer Wahl

Herrn Dr. Klaus Reinhardt

mit 123 von 244 gültigen Stimmen in das Amt eines Mitglieds des Vorstands der Bundesärztekammer.



**TOP XI Wahl des Tagungsortes für den 120. Deutschen
Ärztetag 2017**

XI - 01 Austragungsort 120. Deutscher Ärztetag 2017



TOP XI Wahl des Tagungsortes für den 120. Deutschen Ärztetag 2017

Titel: Austragungsort 120. Deutscher Ärztetag 2017

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache XI - 01) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bestimmt Freiburg im Breisgau als Austragungsort für den 120. Deutschen Ärztetag vom 23. - 26.05.2017.



Empfehlungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

Stand: 10.05.2015

Präambel

Im Vergleich zu anderen Ländern zeichnet sich Deutschland durch eine dichte wohnortnahe ambulante wie stationäre ärztliche Versorgung aus. Um diese gute Versorgungslage aufrechterhalten zu können, werden mehr Ärztinnen und Ärzte benötigt. Wichtige Gründe hierfür liegen u. a. in der Zunahme der Behandlungsintensität in einer alternden Gesellschaft und in der Tatsache, dass früher nicht bekannte oder mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden in der Folge des medizinischen Fortschritts möglich geworden sind sowie in veränderten Lebens- und Arbeitseinstellungen der nachwachsenden Ärztegenerationen. Weitere Herausforderungen stellen die Zunahme regionaler Disparitäten in der ärztlichen Versorgung sowie die wachsende Unausgewogenheit des Verhältnisses zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung dar. Insbesondere die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen sowie strukturschwachen Raum bedarf gesamtgesellschaftlicher Anstrengungen.

Im Folgenden werden die Empfehlungen der Ärzteschaft zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung dargelegt.

Maßnahmenpaket I: Ärztlicher Nachwuchs

1. Ausbildung (Medizinstudium)

- a. Bedarfsgerechte Erhöhung der Zahl der Studienplätze unter Verbesserung der Qualität der Ausbildung
- b. Unterstützung der Medizinischen Fakultäten bei der Durchführung und Evaluation eines standardisierten, transparenten Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium in Ergänzung zum Numerus Clausus unter Würdigung der Eignung für die zukünftige Ausübung des Arztberufes
- c. Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagenausbildung und des Kompetenzerwerbs zur Einordnung von Forschungsergebnissen und damit zur schnelleren Übernahme aus der Forschung in die ärztliche Praxis
- d. Einführung eines strukturierten, studienfachbezogenen einmonatigen Praktikums in einer Einrichtung der ambulanten Versorgung vor Aufnahme des Medizinstudiums unter Anrechnung dieser Zeit auf die Länge des Pflegepraktikums
- e. Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Richtung kompetenzorientierter, integrierter Curricula, praxisnahe medizinische Ausbildung mit frühzeitigen Patientenkontakten und Stärkung der kommunikativen Kompetenzen
- f. Einrichtung allgemeinmedizinischer Lehrstühle an allen medizinischen Fakultäten sowie gezielte Förderung des Faches Allgemeinmedizin
- g. Konzentration auf die Vermittlung der Inhalte der medizinischen Grundversorgung in den patientennahen Fachgebieten
- h. Longitudinaler Unterricht und Praktika in evaluierten allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Lehrpraxen sowie Förderung der Übernahme von Patenschaften durch Hausärzte und Fachärzte

2. Weiterbildung

- a. Förderung des Interesses am Fach Allgemeinmedizin und an den patientennahen Fachgebieten unter strukturellen Förderangeboten im ländlichen Raum
- b. Angebot von Verbundweiterbildungen
- c. Erhöhung und Dynamisierung des Förderbetrags im Rahmen des Förderprogramms Allgemeinmedizin
- d. Stärkung der ambulanten Weiterbildung in allen patientennahen Fachgebieten unter Gewährleistung einer angemessenen Vergütung der Weiterzubildenden
- e. Verbesserung der Qualität der Weiterbildung u. a. durch kompetenzbasierte Weiterbildungscurricula, regelmäßige Evaluation, den Ausbau der Verbundweiterbildung, die Qualifizierung der Weiterbildungsbefugten (Train-the-Trainer-Seminare) sowie Mentorenprogramme
- f. Förderung des Quereinstiegs anderer Fachärztinnen und -ärzte in die Allgemeinmedizin

Maßnahmenpaket II: Berufsausübung

3. Attraktivität des Arztberufes

- a. Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen durch familienkompatible Arbeitszeiten, Förderung neuer Teilzeitmodelle und verbesserter Möglichkeiten, sich Arztstellen/Arztsitze zu teilen
- b. Verbesserung der allgemeinen Rahmenbedingungen (Kinderbetreuungskonzepte, schulische und außerschulische Angebote, Freizeitangebote, Unterstützung bei pflegebedürftigen Angehörigen etc.)
- c. Sinnvoller Einsatz der Ressource Arzt durch konsequente Entlastung von arztfremden und bürokratischen Tätigkeiten
- d. Förderung neuer Arbeitsformen sowie neuer Formen multiprofessioneller und interdisziplinärer Teams und einer interprofessionellen Infrastruktur (Gesundheitszentren mit Ärzten, Apotheken, weiteren Gesundheitsberufen, ambulante Pflege, Kooperation mit Kliniken)
- e. Akzeptanz der Delegationsentscheidung eines Arztes und Finanzierung der auf Grund der Delegation erbrachten Leistungen
- f. Weiterentwicklung innovativer, an die jeweilige Versorgungssituation einer Region angepasster sektorenübergreifender Versorgungskonzepte
- g. Weiterentwicklung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und des Notarztwesens (Rettungswesen) in eine verzahnte und sich ergänzende Struktur in der Fläche
- h. Weiterentwicklung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch Zentralisierung, z. B. durch Notfallpraxen an den Krankenhäusern, verzahnt mit den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser

4. Rahmenbedingungen

- a. Unterstützung bei der Niederlassung, weiterer Ausbau der Einstiegshilfen wie Eigenrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen etc.
- b. Investitionen der Kommunen in eine für die Bevölkerung sichtbare ärztliche Versorgung auf dem Lande („sichtbare Infrastruktur“)

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

- c. Unterstützung der Ansiedlung von Hausärztinnen und -ärzten durch die Kommunen im Rahmen ihrer Möglichkeiten (Schul- und Kindergartenplätze für die Kinder, Immobiliensuche, Arbeitsplätze für die Partner)
- d. Sektorenübergreifende Versorgungsplanung durch Stärkung der Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V

Regionale Versorgungsengpässe gemeinsam bewältigen

Trotz der vielfältigen Einzelmaßnahmen und ersten positiven Signale bedarf die Sicherstellung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung besonderer weiterer Anstrengungen. Von daher besteht die Notwendigkeit, in den von Versorgungsengpässen bedrohten Regionen gemeinsame Aktionsbündnisse ins Leben zu rufen und auch neue, sektorenübergreifende Wege zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu beschreiten.



Positionspapier der Bundesärztekammer zur ärztlichen Psychotherapie

Ärztinnen und Ärzte sind die zentrale Säule in der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

Stand: 24.04.2015

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Nahezu 31 Prozent der erwachsenen Bevölkerung leiden innerhalb eines Jahres an mindestens einer psychischen oder psychosomatischen Störung. Diese beeinflussen die Lebensqualität der Betroffenen, verkürzen die Lebenserwartung und haben erhebliche sozialmedizinische Folgen. Sie sind zunehmend Ursache für Arbeitsunfähigkeitszeiten und stellen bei der Frühberentung mit derzeit annähernd 40 Prozent die größte Diagnosegruppe (Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, 2011).

Häufig treten psychische Störungen gemeinsam mit somatischen Erkrankungen auf. Im Zusammenspiel mit einer Vielzahl somatischer Erkrankungen entwickeln sie eine besondere Problematik. Die Erkrankungen wirken synergistisch – die Einschränkungen, die sich durch beide Erkrankungen ergeben, verstärken sich wechselseitig, wie z. B. beim Diabetes mellitus. Nicht nur die Lebensqualität reduziert sich dramatisch, sondern auch die somatische Erkrankung nimmt einen ungünstigeren Verlauf, verbunden mit einer vorzeitigen Sterblichkeit. Die Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen stellt daher eine große und drängende Herausforderung für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen dar.

Ärztinnen und Ärzte sind die zentrale Säule in der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. In der ambulanten hausärztlichen Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen (Stand 2013) behandeln ca. 35.000 Hausärzte – das sind 58,5 Prozent aller Hausärzte – eine sehr große Anzahl von Patienten (3,25 Mio. Fälle im Quartal 1/2010) im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung. In der ambulanten fachärztlichen Versorgung werden pro Quartal mehr als 1,7 Mio. Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen von 3.400 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, 3.000 Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 1.900 Nervenärzten, 1.400 Fachärzten für Neurologie, 900 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 13.000 Fachärzten anderer Gebiete mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie behandelt. Daneben werden 800.000 Patienten pro Quartal von 13.400 psychologischen Psychotherapeuten sowie 3.000 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versorgt.

Die stationäre/teilstationäre Versorgung erfolgt zur Zeit in 410 psychiatrischen einschließlich gerontopsychiatrischen und Suchtkliniken mit 54.000 Betten/Behandlungsplätzen, in 207 psychosomatischen-psychotherapeutischen stationären Einrichtungen mit 9.100 Betten/Behandlungsplätzen sowie in 143 Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen mit 5.800 Betten/Behandlungsplätzen. Insgesamt werden jährlich im medizinisch-psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsbereich mehr als 950.000 Patienten stationär behandelt (Statistisches Bundesamt 2012).

Hinzu kommen 164 psychosomatische Rehabilitationseinrichtungen mit 16.500 Betten und 229 psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen mit 15.300 Betten, überwiegend mit einer Schwerpunktsetzung im Bereich der Suchterkrankungen, in denen jährlich insgesamt 230.000 Patienten stationäre Rehabilitationsmaßnahmen zuteilwerden. Die psychiatrischen

Ambulanzen an psychiatrischen Kliniken (und die dringend zu etablierenden psychosomatischen Institutsambulanzen an psychosomatischen Kliniken) ergänzen das ambulante und stationäre Angebot durch spezifische Leistungen.

Die weit überwiegende Zahl von der Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen werden somit im Rahmen des ärztlichen Versorgungssystems behandelt. Dies entspricht nicht nur dem Versorgungsbedarf, sondern auch den Präferenzen der Patienten. Wie eine repräsentative Befragung der Bevölkerung belegt, werden Hausärzte sowie Psychosomatiker und Psychiater als erste bzw. zentrale Ansprechpartner für psychische und psychosomatische Störungen in der Bevölkerung gesehen (Larisch A, Heuft G, Engbrink S, Brähler E, Herzog W, Kruse J [2013]: Behandlung psychischer und psychosomatischer Beschwerden – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Z Psychosom Med Psychother 59: 153-169).

Deutschland verfügt auch im internationalen Vergleich über ein leistungsfähiges psychosoziales und psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Das gestufte Modell im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung, fachärztlichen Versorgung mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie durch die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat sich bewährt und stößt auf große Resonanz, Inanspruchnahme und Zufriedenheit bei den Patienten. Auch wenn dieses Versorgungsangebot noch nicht in allen Gebieten Deutschlands flächendeckend etabliert ist, die Patienten nicht immer ausreichend erreicht werden und eine fortlaufende inhaltliche Weiterentwicklung auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage notwendig ist, bietet es ein großes Potenzial.

Bereits in den vergangenen Jahren hat sich das psychotherapeutische Behandlungsangebot zunehmend weiterentwickelt und differenziert. Die AWMF-Behandlungsleitlinien zu den psychischen Störungen dokumentieren diesen evidenzbasierten Entwicklungsstand. Die Leitlinien fordern bei vielen mittelschweren bis schweren Verlaufsformen vieler psychischer und psychosomatischer Erkrankungen die Psychotherapie als notwendigen Bestandteil eines Gesamtbehandlungsplans – Psychotherapie hat sich im Kanon der ärztlichen Therapien als ein sehr effektives und evidenzbasiertes Therapieverfahren bewährt.

Im Gegensatz zur Wertschätzung der psychosozialen Dimension innerhalb der Ärzteschaft rücken unter den aktuellen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Zwängen die somatisch-technischen Leistungen zu sehr in den Vordergrund. In Übereinstimmung mit den Entschlüssen des Deutschen Ärztetages 2012 zur ärztlichen Psychotherapie hält die Ärzteschaft über alle Fachdisziplinen hinweg an der Selbstdefinition „einer modernen Medizin“ fest, die den Patientinnen und Patienten in ihrer untrennbaren biopsychosozialen Einheit betrachtet.

Mit einer fortschreitenden „Ausgliederung des Psychischen aus der Medizin“ werden die Ärztinnen und die Ärzte ihre zentrale Bedeutung verlieren. Seit der Antike gehört die psychosoziale Kompetenz zu den zentralen ärztlichen Fähigkeiten. Psychotherapie und Psychosomatik wurden in wesentlichen Zügen von Ärzten entwickelt. Mehr als 20.000 Ärzte besitzen eine spezifische psychotherapeutische Qualifikation, hinzukommen mehr als 35.000 Hausärzte, die eine Qualifikation im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erworben haben.

An der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung sind derzeit verschiedene Berufsgruppen beteiligt (ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Sie sind bisher integriert in den ärztlichen Versorgungsbereich. Es muss auch weiterhin sichergestellt werden, dass der ärztliche Sachverstand im Rahmen eines biopsychosozialen Verständnisses von Erkrankungen gesichert ist. Psychotherapie ist bei vielen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in ein ärztliches Behandlungskonzept eingebunden, an dem in der Regel auch andere Berufsgruppen beteiligt sind.

Die ärztliche Psychotherapie als Behandlungsverfahren droht aber zurzeit gegenüber dem nichtärztlichen Versorgungsbereich an Bedeutung zu verlieren. Der Slogan „der Körper den Ärzten und die Seele den Psychologen“ ist in vielen gesundheitspolitischen Köpfen verankert

und bestimmt zurzeit die Diskussion zur Direktausbildung der psychologischen Psychotherapeuten. Die komplexe Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen muss jedoch sowohl die psychischen wie die somatischen Aspekte von Erkrankungen umfassen. Die psychotherapeutische Behandlung ist ein Teil der ärztlichen Therapie, die auch somatische Interventionen, wie z. B. pharmakologische Therapien, umfassen muss. Die Psychotherapie ist in diesem Sinne kein eigenständiger Versorgungsbereich.

Die Einführung einer basalen Direktausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten würde die bestehende Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wesentlich verändern. Folge wäre eine Qualitätseinbuße der Versorgung. Daher ist die Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin über die bisherigen postgraduierten Ausbildungsmodelle sicherzustellen. Die geplante Direktausbildung würde die bedarfsgerechte ärztliche psychotherapeutische Versorgung mit ihrem Gesamtbehandlungskonzept aus der Versorgung verdrängen sowie die körperliche und psychische Behandlung unangemessen trennen. Die psychologischen Psychotherapeuten müssen weiterhin zu einer ärztlichen Konsultation verpflichtet sein, um die Diagnostik und medizinischen Aspekte zu komplementieren, differentialdiagnostische Abklärungen durchzuführen und die Indikation für weitere Therapiebausteine (pharmakologische und sozialpsychiatrische Interventionen) zu prüfen.

Das Versorgungssystem wird den aktuell wachsenden Anforderungen in der realen ambulanten Versorgungssituation oft nicht ausreichend gerecht und muss entsprechend angepasst werden. Das psychotherapeutische Angebot muss angesichts der Vielfalt an Patientenbedürfnissen und Krankheitsverläufen flexibilisiert werden. Insbesondere in der Behandlung von alten Menschen, bei Kindern- und Jugendlichen, bei Suchterkrankungen, schwersten psychischen Störungen, bei Patienten mit somatoformen Störungen und körperlichen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität erreicht das Versorgungssystem die Patienten nicht mehr ausreichend.

Die Verbesserung der psychotherapeutischen Akutversorgung ist über einen niederschweligen Zugang in Akutsprechstunden für psychische und psychosomatische Patienten mit entsprechender Vergütung sicherzustellen. Des Weiteren muss ein antrags- und genehmigungsfreier Leistungsrahmen definiert werden, der sowohl Erstdiagnostik wie auch Kriseninterventionen und Behandlungsangebote, z. B. in Form von Kurz- und Gruppentherapien, vorhält. Auf dem Boden der schon etablierten Richtlinienverfahren, die weiterhin Grundlage der ärztlichen wie psychologischen Psychotherapie sind, sind weitere Methoden in der Versorgung zu etablieren, insbesondere störungsorientierte evidenzbasierte Psychotherapiemethoden, wobei Kurzzeitpsychotherapien und Gruppenpsychotherapien Vorrang haben sollen. Zur Förderung der Gruppenpsychotherapie sind im Rahmen der Novellierung der Psychotherapierichtlinien neue Wege zur Antragstellung festzulegen und eine Verbesserung der Honorierung der Gruppenpsychotherapie anzustreben.

Zur Verbesserung der Kooperation unter den Behandlern sind zu vergütende fachübergreifende Kooperationsstrukturen im Sinne von konsiliarischen Tätigkeiten oder Fallkonferenzen vorzusehen. Die Entwicklung und Einrichtung von Behandlungspfaden sind in Modellvorhaben zu prüfen.

Obwohl der weit überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen durch Ärzte behandelt und versorgt wird, entsteht in der aktuellen politischen Diskussion der Eindruck, die Bundespsychotherapeutenkammer, die ausschließlich psychologische Psychotherapeuten vertritt, sei der primäre Ansprechpartner der Gesundheitspolitik für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Dabei wird sie von Gesundheitspolitikern oft auch als Ansprechpartner für Fragen der ärztlichen Psychotherapie angesehen. Dieses Ungleichgewicht entspricht nicht dem Versorgungsbedarf und der realen Versorgungssituation.

Die Bundesärztekammer wird sich als Konsequenz aus den genannten Versorgungsrealitäten weiterhin intensiv für eine weitere Stärkung aller Arztgruppen, die psychotherapeutisch tätig sind, bei Politik und Kostenträgern einsetzen.



Ärztliche Positionen zu Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung

Stand: 20.03.2015

Telemedizinische Methoden sind in der Patientenversorgung in sehr unterschiedlichem Maße etabliert: In einzelnen Teilbereichen, wie bspw. der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten, sind diese Methoden im deutschen Gesundheitssystem weit verbreitet. In anderen Bereichen sind diese Versorgungsmethoden im Stadium der Erprobung oder haben aus anderen Gründen nicht den Schritt in die Regelversorgung vollzogen.

Die Gründe hierfür sind mannigfaltig: Neben der teilweise noch unzureichenden wissenschaftlichen Datenlage für diese Methoden sind telemedizinische Methoden aus unterschiedlichen Gründen nur sehr schwer bzw. kaum in den Regelvergütungssystemen abzubilden. Problematisch ist hierbei die sehr schwierige Differenzierung zwischen einerseits eHealth-Methoden, die vorbekannte medizinische Prozesse lediglich über moderne Informations- und Kommunikationstechnologie abbilden, und andererseits eHealth-Methoden, die neuartige Versorgungsprozesse darstellen und entsprechende Nutzen- und Sicherheitsnachweise erfordern.

Im Sachverständigengutachten "Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche" von 2014 wird neben einer Darstellung der potenziellen Vorteile und Nutzenpotenziale telemedizinischer Patientenversorgung auch auf die Problematik hingewiesen, dass bei diesen Methoden eine Tendenz zur angebotsgetriebenen Implementation von Gesundheitsleistungen zu beobachten sei.

Vor diesem Hintergrund ist es aus ärztlicher Sicht wichtig, Anwendungsgebiete zu benennen und die zugehörigen Versorgungsziele für telemedizinische Versorgungskonzepte aufzuzeigen, in denen diese Methoden aus der ärztlichen Perspektive heraus relevanten Nutzen in der Patientenversorgung stiften können. Neben der Benennung telemedizinischer Versorgungsszenarien werden im Folgenden auch grundsätzliche Anforderungen an telemedizinische Versorgungskonzepte zusammengestellt, die die notwendigen Voraussetzungen für die Anwendungsgebiete beschreiben.

Die Zusammenstellung soll eine Priorisierung innerhalb des vielfältigen Anwendungsspektrums telemedizinischer Patientenversorgung darstellen. Diese soll insbesondere die demografische Entwicklung und die damit einhergehenden Veränderungen und Probleme in unserem Gesundheitssystem berücksichtigen. Diese Priorisierung soll in der gesundheitspolitischen Diskussion im Themengebiet Telemedizin die ärztliche Position verdeutlichen.

Grundsätzliche Anforderungen an telemedizinische Methoden als Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz in der Patientenversorgung

1. Telemedizinische Patientenversorgung soll primär als eine Versorgungsmethodik eingesetzt werden, die die qualitativ hochwertige Patientenversorgung zum Ziel hat. Die Methoden sollen additiv zur konventionellen Patientenversorgung eingesetzt werden. Auf evidenzbasierter Grundlage können telemedizinische Methoden gegenüber konventionellen Verfahren auch als gleichwertig oder überlegen angesehen werden.
2. Telemedizinische Patientenversorgung kann die Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung erhöhen. Die Fokussierung telemedizinischer Methoden auf diese sekundäre

Zielsetzung darf aus ärztlicher Sicht nicht zuungunsten der primären Zielsetzung erfolgen.

3. Telemedizinische Patientenversorgung kann einerseits längerfristigen Versorgungsungleichgewichten entgegenwirken, andererseits aber auch bei kurzfristigen Versorgungsengpässen eingesetzt werden. Hierbei ist die Balance zwischen notwendiger Bewältigung der Versorgungsrealität und rein ökonomisch getriebenen Maßnahmen sorgfältig abzuwägen.
4. Auch in bereits etablierten und akzeptierten Bereichen telemedizinischer Versorgung, wie beispielsweise der Teleradiologie, besteht Verbesserungsbedarf im Bereich der Interoperabilität.
5. Bei der Etablierung telemedizinischer Patientenversorgung sollen neben dem möglichen Anpassungsbedarf der Weiterbildungsinhalte auch Veränderungen der Weiterbildungskapazitäten durch geänderte Versorgungsstrukturen beachtet werden.
6. Telemedizinische Patientenversorgung muss mit wissenschaftlichen Methoden validiert werden, die einerseits dem teilweise komplexen Interventionscharakter dieser Methoden gerecht werden und andererseits die höchst unterschiedlichen Veränderungen gegenüber konventionellen Verfahren berücksichtigen. Zu fordern ist insbesondere die wissenschaftliche Validierung telemedizinischer Befunderhebung.
7. Die Akzeptanz telemedizinischer Methoden sollte bei Ärzten und Patienten in wissenschaftlichen Analysen besondere Beachtung finden und bei der Auswahl und Einführung telemedizinischer Methoden berücksichtigt werden. Dabei ist zu beachten, dass telemedizinische Konsultationssysteme (z. B. Teleradiologie) zum innerärztlichen Austausch bereits heute vielfach eingesetzt und in technisch einfacherer Form (z. B. Telefon) bereits seit Jahrzehnten im medizinischen Alltag verankert sind. Telemedizinische Konsultationssysteme zwischen Arzt und Patient sind dagegen noch wenig etabliert und bedürfen der sehr sorgfältigen Evaluation.

Versorgungsziele und telemedizinische Methoden mit hohem Nutzenpotential

Die ärztliche Priorisierung telemedizinischer Patientenversorgung soll stets auf Grundlage der angestrebten Nutzeneffekte für die Patientenversorgung erfolgen. Dabei sollen Versorgungsziele benannt und anschließend beurteilt werden, welchen Beitrag telemedizinische Verfahren zur Zielerreichung beitragen können.

Die Priorisierung telemedizinischer Methoden kann unter der Perspektive einer Qualitätssteigerung der Patientenversorgung und unter dem Blickwinkel der Vorbeugung gegen Versorgungslücken betrachtet werden:

Qualitätssteigerung durch Verbesserung der innerärztlichen Kommunikation und Steigerung der Versorgungsgerechtigkeit

Telemedizinische Verfahren, die den innerärztlichen Austausch zum Wohle des Patienten verbessern, sind mit sehr hohem Nutzen bei vergleichsweise geringen Risiken verbunden. Hervorzuheben sind hier Telekonsilverfahren, wie sie beispielsweise in der Teleradiologie oder Telepathologie eingesetzt werden, mit der Zielsetzung, Expertenwissen mit geringerem Aufwand verfügbar zu machen.

Ein sehr großes Nutzenpotenzial wird hier den Teletumorkonferenzen zugeschrieben, bei denen durch die Einsparung von Wegezeiten die interdisziplinäre Versorgung der Patienten optimiert bzw. vielfach erst ermöglicht wird. Auch die Einbindung hochspezialisierter Experten in individuelle Behandlungsprozesse wird häufig erst durch Einsatz dieser Technik ermöglicht.

Auch andere eHealth-Methoden aus den Bereichen Dokumentation und Kommunikation (z. B. ePatientenakte, eArztbrief) können einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssteigerung leisten. Auch im Hinblick auf das Konzept des Shared Decision Making bieten telemedizinische und andere eHealth-Methoden viele Vorteile.

In der Notfallversorgung können Telekonsilsysteme mit hohem medizinischem Nutzen verbunden sein – insbesondere bei der Versorgung zeitkritischer Erkrankungen, die ein hohes Maß an Spezialexpertise erfordern. So gibt es beispielsweise wissenschaftliche Belege für den Nutzen der telekonsiliarischen Versorgung von akuten Schlaganfallpatienten.

Die palliativmedizinische Versorgung von Patienten kann gegenwärtig in Deutschland in regional unterschiedlichem Maße angeboten werden. Auch hier können telemedizinische Methoden einen additiven Beitrag zur konventionellen palliativmedizinischen Therapie leisten, um Palliativmedizin unabhängig vom Wohnort der Patienten anzubieten.

Vorbeugen von Versorgungslücken

Insbesondere die Verbesserung der Interaktion zwischen Arzt und Patient bei der Überwachung und Therapie von chronischen Erkrankungen durch Telemonitoring von Vitalparametern und zugehörigem Remote Patient Management ist mit einem hohen Nutzenpotential verbunden.

Angesichts der epidemiologischen Fakten vieler chronischer Erkrankungen und der demografischen Entwicklung sowie der Entwicklung der Arztdichte in vielen Regionen Deutschlands erscheint dieser Versorgungsansatz sehr vielversprechend. Zur Verbesserung der Studienlage, die in vielen Anwendungsbereichen von Telemonitoringverfahren Lücken aufweist, sind weiterhin große Forschungsprojekte notwendig, für die entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden müssen.

Auch zur Überbrückung von Behandlungspausen zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und ambulanter Weiterbehandlung sind telemedizinische Methoden voraussichtlich mit sehr hohem Nutzen verbunden. Unter Steuerung der behandelnden Ärzte kann so durch telemedizinisches Casemanagement die sektorenübergreifende und unterbrechungsfreie Versorgung der Patienten verbessert werden.

Auch in Versorgungsbereichen, die stärker von der direkten Patienten-Arzt-Beziehung geprägt sind, wie beispielsweise der psychotherapeutischen Versorgung, können telemedizinische Methoden einen Beitrag zur Versorgung leisten. Auch hier sollte der evidenzbasierte Rahmen nur unter kontrollierten Studienbedingungen verlassen werden.

Erklärung der Präsidenten und Vorsitzenden der Heilberufe:

Vielfalt des europäischen Gesundheitswesens und Freiberuflichkeit bewahren

06.03.2015

Freihandelsabkommen dürfen die Behandlungsqualität, den schnellen Zugang zur Gesundheitsversorgung und das hohe Patientenschutzniveau in Deutschland und der EU nicht beeinträchtigen. Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von den Prinzipien der Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit. Gerade die Gemeinwohlbindung, der die Kammern und Freien Berufe unterliegen, trägt in erheblichem Maß zu diesem hohen Niveau bei.

Art. 168 Abs. 7 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union stellt klar, dass die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung zu wahren ist. Die sich daraus ergebende Vielfalt kommt den Patienten zugute, denn sie trägt den unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Mitgliedsstaaten Rechnung. Darüber hinaus hat die Europäische Union die Sonderstellung des Gesundheitssystems anerkannt. Gesundheitsdienstleistungen sind besonders sensibel, allgemeinwohlbezogen und schützenswert und können nicht mit marktorientierten Dienstleistungen gleichgesetzt werden. Daher sind sie von der Dienstleistungsrichtlinie ausgenommen.

Wir erwarten, dass die Verhandlungsführer der Europäischen Union diese Grundsätze bei den Verhandlungen beachten und unsere erfolgreichen Gesundheitssysteme - auch in Teilen - schützen. Die Rechte der Patienten wie auch die Freiberuflichkeit von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Apothekern sowie die Kompetenzen ihrer Selbstverwaltungsorgane dürfen nicht eingeschränkt oder aufgehoben werden. Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union müssen in Fragen der Gesundheitspolitik und der Ausgestaltung der Gesundheitssysteme ihre Souveränität behalten. Wir fordern daher eine Positivliste, die klarstellt, dass TTIP keine Anwendung auf das Gesundheitswesen und die Heilberufe findet.

Patienteninteressen vor Kapitalinteressen

Kapitalinteressen dürfen medizinische Entscheidungen nicht beeinflussen. In Deutschland existiert ein weitgehend selbstverwaltetes, am Gemeinwohl orientiertes Gesundheitswesen. Das US-amerikanische Gesundheitssystem ist im Gegensatz dazu stark marktwirtschaftlich geprägt und weist deutlich weniger solidarische Elemente auf. Die Struktur unseres Gesundheitswesens ist maßgeblich gekennzeichnet durch Schutzmechanismen wie die Zulassungsvoraussetzungen für Vertrags(zahn)ärzte, die Bedarfsplanung oder den Sicherstellungsauftrag der Körperschaften. Diese dürfen nicht durch Freihandelsabkommen aufgebrochen werden, um rein gewinnorientierten Unternehmen Profitmöglichkeiten durch das Betreiben von (Zahn)Arztpraxen, Apotheken oder MVZs zu eröffnen.

Die Heilberufe sichern trotz sinkender Ressourcen und angesichts einer alternden Gesellschaft mit zunehmend multimorbiden Patienten weiterhin einen hohen Qualitätsstandard im Gesundheitswesen. Eine weitere Verschärfung der Versorgungslage

durch eine noch stärkere Ökonomisierung der Medizin würde das bisherige Niveau der Patientenversorgung jedoch nachhaltig gefährden. Darüber hinaus führt ein stark marktwirtschaftlich geprägtes Gesundheitswesen die Patienten und somit auch die Heilberufe in die Abhängigkeit von konjunkturellen Entwicklungen. Patientenversorgung darf aber keine Frage der Konjunktur sein. Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung muss der Patient und nicht die wirtschaftlichen Interessen einzelner stehen.

Wir sind davon überzeugt, dass jeder Patient auch zukünftig eine seinen Bedürfnissen entsprechende hochwertige medizinische Versorgung erhalten muss – flächendeckend und wohnortnah. Wir fordern die Bundesregierung auf, das Gesundheitswesen vor Fehlentwicklungen im Zuge von Öffnungs- und Privatisierungsverpflichtungen zu schützen. Freihandelsabkommen dienen der wirtschaftlichen Entwicklung, aber sie müssen dort ihre Grenzen haben, wo sie die medizinische Versorgung der Patienten beeinträchtigen.

Freihandelsabkommen dürfen den Patientenschutz nicht gefährden

Die Vorschriften für den Berufszugang und die Berufsausübung der Heilberufe dienen dem Schutz der Patienten und der Sicherung einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung. Sie dürfen nicht durch die geplanten Freihandelsabkommen ausgehöhlt werden.

Die Heilberufe sind besorgt, dass der Anwendungsbereich der Freihandelsabkommen Gesundheitsdienstleistungen erfassen, deregulieren und darüber hinaus einer Normung unterziehen könnte. Damit würde die den Mitgliedstaaten vorbehaltene Gestaltung der Gesundheitssysteme nicht nur durch private internationale industriegetragene Normungsgremien, sondern letztlich durch internationale Freihandelsabkommen insgesamt ausgehebelt.

Die Aufgaben der Kammern der Heilberufe sind im Wesentlichen in den Heilberufe- und Kammergesetzen verankert. Sie beinhalten die Förderung der Qualitätssicherung und der Fortbildung, die Gestaltung der Weiterbildung ihrer Mitglieder, die Mitwirkung an der Berufsausbildung, die Wahrung der Interessen des Berufsstandes und die berufsrechtliche Überwachung ihrer Mitglieder. Diese Bestimmungen sind notwendig, um ein hohes Qualitätsniveau der medizinischen Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Der EuGH hat mehrfach entschieden, dass ein zwingender Grund des Allgemeininteresses eine Beschränkung des Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs rechtfertigen kann. Zwingende Gründe des Allgemeininteresses sind die Gewährleistung des Patientenschutzes und der qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Die Grundsätze der Freiberuflichkeit und der Selbstverwaltung durch Kammern sowie die Vorschriften für den Berufszugang und die Berufsausübung müssen daher auch unter der Geltung von TTIP beibehalten werden.

Die Verhandlungsführer der Europäischen Union müssen zwingend dafür Sorge tragen, dass der Patientenschutz und die hohe Qualität der medizinischen Versorgung nicht einem rein marktwirtschaftlich motivierten Liberalisierungsstreben zum Opfer fallen. Wir fordern daher, dass Gesundheitsdienstleistungen aus dem Anwendungsbereich von Freihandelsabkommen ausgeschlossen werden.

Freihandelsabkommen dürfen unsere Standards nicht senken

TTIP wie auch CETA sehen einen mit Experten besetzten Regulierungsrat vor, der sich über Regulierungsansätze etwa in den Bereichen Medizinprodukte und Arzneimittel austauschen soll. Auch wenn es hier primär darum gehen soll, Produkte und Dienstleistungen besser auf die Markteinführung vorzubereiten, befürchten wir die Einführung einer Struktur, die Mitgliedstaaten ausschließt und allein den Interessen der Industrie Vorschub leistet. Keinesfalls darf dieses Gremium über die Köpfe demokratisch legitimierter Regierungen hinweg Fakten schaffen.

Beispielhaft erinnern wir an die jahrelangen Diskussionen über das Verbot der Bewerbung verschreibungspflichtiger Arzneimittel oder den zwingend notwendigen Zugang zu den aus klinischen Prüfungen gewonnenen Daten. Die Industrie verfolgt hier einen eklatant anderen Ansatz, der bislang keinen Eingang in die EU-Gesetzgebung gefunden hat. Das muss auch in Zukunft so bleiben.

Teilnahme am medizinischen Fortschritt sicherstellen

Der medizinische Fortschritt basiert auch darauf, medizinische Verfahren anzuwenden und sie stetig zu verbessern. Anders als in den USA, die sogenannte „Medical Procedure Patents“ zulassen, sind in Europa gemäß Art. 53 lit c) des Europäischen Patentübereinkommens (EPÜ) Verfahren zur chirurgischen oder therapeutischen Behandlung des menschlichen oder tierischen Körpers und Diagnostizierverfahren, die am menschlichen oder tierischen Körper vorgenommen werden, von der Patentierbarkeit ausgeschlossen. Dieser Ausschlussbestand verhindert, dass die Wahl der Behandlungsmöglichkeiten durch den Patentschutz eingeschränkt wird. Ärzten muss die Freiheit erhalten bleiben, sich für die am besten geeignete Maßnahme zur Behandlung ihrer Patienten entscheiden zu können. Durch „Medical Procedure Patents“ können Behandlungsmöglichkeiten blockiert werden. Dies führt letztlich dazu, dass Patienten von der Teilhabe am Fortschritt in der Medizin ausgeschlossen werden. „Medical Procedure Patents“ müssen in Europa auch weiterhin verboten bleiben.

Gesundheitsschutz ist nicht verhandelbar

Im Rahmen der Freihandelsabkommen wird auch über den Investitionsschutz diskutiert. Sehen ausländische Investoren den Wert ihrer Investitionen durch politische Entscheidungen, Gesetze oder sonstige staatliche Maßnahmen geschmälert, so können sie neben dem ordentlichen Rechtsweg auch private Schiedsgerichte anrufen. Schiedsgerichtsverfahren sind mit Blick auf die Gesundheitspolitik mit erheblichen Risiken verbunden. Insbesondere die mangelnde Transparenz, die fehlende Einbettung in den europäischen Rechtsrahmen, die Rekrutierung von Schiedsrichtern aus internationalen Anwaltskanzleien und deren Fokus auf internationales Handelsrecht würden dem öffentlichen Interesse und der Komplexität der unterschiedlichen Gesundheitssysteme der Vertragsstaaten potenziell nicht gerecht.

Sollte es zu einer Auseinandersetzung über die Auslegung der Vereinbarungen kommen, so stehen den Vertragsparteien zwischenstaatliche Streitbeilegungsmechanismen zur

Verfügung. Auch steht es den Vertragsparteien frei, eine ordentliche Gerichtsbarkeit zu wählen. Die Einführung intransparenter paralleler Justizstrukturen ist nicht zuletzt aus staatsbürgerlicher Sicht inakzeptabel. Selbst wenn für die Anrufung solcher Schiedsgerichte hohe Hürden errichtet würden, so reicht doch bereits das Drohpotential möglicher Schadensersatzforderungen aus, um von notwendiger Gesetzgebung zugunsten der öffentlichen Gesundheit abzusehen.

Die Erklärung wurde gezeichnet von:

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. med. Andreas Gassen

Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. med. dent. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Dr. med. dent. Wolfgang Eßer

Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Friedemann Schmidt

Präsident der ABDA - Bundesvereinigung
Deutscher Apothekerverbände