



116. Deutscher Ärztetag

Beschlussprotokoll

Hannover, 28. bis 31. Mai 2013



Hinweis:

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

Impressum

© Bundesärztekammer 2013

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dr. Annegret Schoeller (Leitung)

Karin Brösicke

Markus Rudolphi

Jana Köppen

Angelika Regel

Petra Schnicke

Titelfoto:

© Hannover Marketing und Tourismus GmbH

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	9
I - 01	Menschen statt Margen in der Medizin	10
	<i>Krankenversicherung der Zukunft</i>	13
I - 02	Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland	14
I - 10	Bürgerversicherung ist abzulehnen!	15
I - 44	Bewertung des Leistungskataloges der GKV	17
	<i>Reproduktionsmedizin</i>	18
I - 03	Für eine systematische Rechtsentwicklung in der Reproduktionsmedizin	19
	<i>Transplantationsmedizin</i>	20
I - 04	Transplantationsregister schnellstmöglich einrichten	21
I - 36	Vertrauen für die Organspende	22
I - 39	Register zur Erfassung von Gründen für die Nichtaufnahme von Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation	23
I - 40	Neuorganisation des Transplantationswesens in Deutschland	24
I - 41	Präzisierung des Transplantationsgesetzes	25
	GOÄ	26
I - 05	Erhöhung des GOÄ-Punktwertes zum Zwecke des Inflationsausgleichs	27
I - 33	Angemessene Erhöhung der Honorierung für die ärztliche Leichenschau im Rahmen der anstehenden Novellierung der GOÄ	29
I - 42	Vergütung der ärztlichen Leichenschau verbessern	30
I - 35	Inflationsausgleich GOÄ	31
	<i>Zielvereinbarungen/Boni</i>	32
I - 17	Ökonomisch ausgerichtete Zielgrößen für Bonuszahlungen im Rahmen von Chefarztvergütungen gefährden die Unabhängigkeit ärztlich-medizinischer Entscheidungen	33
I - 06	Das Gesundheitswesen muss mehr am Patienten und weniger an der Betriebswirtschaft ausgerichtet werden	36
I - 12	Zielvereinbarungen nur an medizinischen Zielen und Qualität der Fort- und Weiterbildung orientieren	38
I - 15	Ablehnung von Mengenzielen in Arbeitsverträgen für Ärztinnen und Ärzte und Entwicklung neuer Vergütungsformen unter Beteiligung der Bundesärztekammer	39
I - 38	Leitende Ärzte - Bonusvereinbarungen von ökonomischen Zielgrößen entkoppeln	41
	<i>Korruption</i>	42

I - 07	Für Transparenz im Gesundheitswesen	43
I - 13	Kein Sonderstrafrecht für Ärzte	44
I - 48	Kein genereller Bestechungs-/Korruptionsstraftatbestand nur für Ärzte	45
I - 18	Korruption im Gesundheitswesen	46
I - 28	Ärzteinitiative gegen Korruption	48
I - 30	Verlorenes Vertrauen wieder gewinnen	49
I - 45	Korruption und Fortbildung	50
I - 50	Physicians Payment Sunshine Act	51
<i>Finanzierung GKV</i>		53
I - 08	Keine Politik nach Kassenlage - keine Senkung der Steuerzuschüsse	54
I - 46	Vereinfachung der Kodierpflichten	55
<i>Krankenhausfinanzierung</i>		56
I - 37	Abschaffung der Fallpauschalen	57
I - 47	Krankenhausfinanzierung dauerhaft sichern	59
I - 49	Politische Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung	61
<i>Markt und Medizin</i>		62
I - 24	Schutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses vor Ökonomisierung und Misstrauensbürokratie	63
<i>Weiteres</i>		65
I - 09 neu	Diskreditierungskampagne stoppen, Selbstverwaltung erhalten!	66
I - 23	Verantwortungsbewusster Umgang mit den vorhandenen Mitteln	67
I - 27	Markt und Medizin	68
I - 34	Novellierung des Notfallsanitätäergesetzes	70
I - 52	Therapiefreiheit, ein "Grundrecht der Patienten"	71
TOP II	Gesundheitliche Auswirkungen von Armut	72
II - 01	Gesundheitliche Ressourcen sozial Benachteiligter stärken	73
II - 02	Befunderhebung und Befunddokumentation bei akut traumatisierten Patienten	76
II - 03	Gesundheitliche Chancengleichheit	77
II - 04	Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit	79
TOP III	Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung	80
III - 01	Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung	81
III - 02	Novellierung der (Muster-)Fortbildungsordnung	82
TOP IV	(Muster-)Weiterbildungsordnung	83
<i>Kompetenzbasierte Weiterbildung</i>		84
IV - 06	Kompetenzorientierte Weiterbildung stärken	85

IV - 36	(Muster-)Weiterbildungsordnung überprüfen	86
IV - 29	Löst die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung die alten Probleme? - Kriterienkatalog erarbeiten	88
IV - 20	Vertiefung der ärztlichen Kompetenz während der Weiterbildung	89
IV - 21	Kompetenzbasierte Weiterbildung - Verzicht auf Level 4	90
IV - 14	Curriculum für die ärztliche Weiterbildung	91
IV - 15	Dokumentation der Kompetenzen in der Weiterbildung	92
IV - 18	Inhaltliche Ausrichtung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	93
IV - 19	Inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung	94
<i>Abschnitt A (§§-Teil)</i>		95
IV - 11	Strukturierte Weiterbildung auch bei Teilzeittätigkeiten sicherstellen!	96
IV - 32	Einzelfallentscheidungen zur Anerkennung von Weiterbildungszeiten	97
<i>Abschnitte B und C</i>		98
IV - 25	Zusammenlegung der Fachärzte für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie	99
IV - 42	Röntgendiagnostik ist integraler Bestandteil des Facharztes Orthopädie und Unfallchirurgie	101
IV - 12	Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie intensivieren, nicht zeitlich ausweiten	102
<i>Befugnis</i>		103
IV - 24	(Muster-)Weiterbildungsordnung - Richtlinien Weiterbildungsbeauftragte	104
IV - 17	Unterstützung der Weiterbildungsbeauftragten	105
<i>Übergreifendes</i>		106
IV - 07	Simulatortraining ist eine sinnvolle Ergänzung in der kompetenzorientierten Weiterbildung	107
IV - 13	Psychosomatische Grundversorgung in den somatischen Fächern	108
IV - 23	Rehabilitation in der fachärztlichen Weiterbildung	110
IV - 33	Ärztliche Weiterbildung - Fachübergreifende Kurse	111
IV - 40	Konservative Weiterbildungsinhalte in gemischten Fächern	112
<i>Allgemeines</i>		113
IV - 05	Kompatibilität von Berufs- und Sozialrecht	114
IV - 28	Weiterbildungsordnung ist kein Instrument des Sicherstellungsauftrages	115
IV - 34	Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung	116
IV - 37	Vorrang der (Muster-)Weiterbildungsordnung vor Bundesmantelvertrag	117
IV - 35	(Muster-)Weiterbildungsordnung an medizinischen Fortschritt anpassen	118
<i>Verfahren der Novellierung</i>		119
IV - 22	Kompetenz zur Formulierung einer kompetenzbasierten Weiterbildung	120
IV - 01	Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	121
IV - 44	Leserecht für alle	122

<i>Evaluation der Weiterbildung</i>		123
IV - 02	Evaluation der Weiterbildung	124
IV - 10	Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung	125
IV - 31neu	Regelmäßige Evaluation der Weiterbildung	126
<i>Ambulante Weiterbildung</i>		127
IV - 03	Stärkung der ambulanten Weiterbildung	128
IV - 38 neu	Weiterbildung in der ambulanten Versorgung	131
IV - 43	Ambulante Weiterbildung	133
IV - 04	Weiterbildung in der ambulanten Medizin	134
IV - 30	Ambulante Weiterbildung	135
IV - 08	Weiterbildung im ambulanten Bereich	137
IV - 41	Förderung der ambulanten Weiterbildung in Deutschland	138
TOP V	Deutscher Ärztetag	139
V - 01	Änderung und Ergänzung der §§ 12 und 17 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage aufgrund der Beschlüsse des 115. Deutschen Ärztetages zur Einführung eines Antragsrechts "Schluss der Rednerliste"	140
TOP VI	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	142
<i>Arbeitsbedingungen</i>		143
VI - 35	Ausbau bedarfsgerechter Betreuungseinrichtungen für Kinder von medizinischem Personal, insbesondere Ärztinnen und Ärzten	144
VI - 98	Ärztinnen in leitenden Positionen	145
VI - 55	Karriere trotz Teilzeit	146
VI - 83	Arztberuf und Familie	147
VI - 88	Humanitäre Hilfseinsätze/Entwicklungszusammenarbeit	148
<i>Arbeitsmedizin</i>		149
VI - 04	Vorbeugen, Aufklären, Helfen - Betriebsärzte sind unverzichtbar. Resolution zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses	150
VI - 93	Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement/Arbeitsmedizin	151
VI - 94	Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen - dringender Regelungsbedarf/Arbeitsmedizin	152
<i>Arzneimittel/Medizinprodukte/BtM(Substitutionsbehandlung)</i>		153
VI - 13	Arzneimitteltherapiesicherheit	154
VI - 105	Verbesserungen zur Steigerung der Meldungen von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen	155
VI - 84	Registrierung und Offenlegung aller klinischen Studien	156
VI - 65	Unbedingte Beibehaltung der Tätigkeit von unabhängigen Ethikkommissionen bei der Prüfung klinischer Studien	158

VI - 63	Klarstellung von § 34 Abs. 1 Nr. 3 Apothekenbetriebsordnung	159
VI - 49	Zulassung von Medizinprodukten	160
VI - 41	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung behindert adäquate Patientenversorgung	161
VI - 102	Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung in der Substitution Opiatabhängiger in der Selbstverwaltung	163
VI - 46	Opiatabhängige sind krank und bedürfen ärztlicher Hilfe - keine Kriminalisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte	164
VI - 51	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ist nicht praktikabel - keine Kriminalisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte	165
VI - 54	Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung	166
VI - 50	Appell an alle Landesärztekammern, das dringende Anliegen der Substitutionsbehandlung zu unterstützen	167
VI - 53	Gesundheitsminister der Länder mögen sich für eine Aktualisierung des Rechts im Bereich der Substitutionsbehandlung einsetzen	168
VI - 42	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesärztekammer	169
VI - 64	Fentanyl-Screeningtests	170
	<i>Ärztliche Psychotherapie/Psychiatrie</i>	171
VI - 45	Keine Benachteiligung von Menschen nach einer Psychotherapie	172
VI - 59	Suchterkrankung muss in Diagnostik und Therapie anderen psychiatrischen Erkrankungen gleichgestellt werden	173
VI - 80	Zeit- und praxisnahe gesetzliche Regelungen zur Behandlung nicht einwilligungsfähiger psychisch Kranker schaffen	174
	<i>Ausbildung</i>	175
VI - 74	Zugang zum Medizinstudium	176
VI - 73	Auswahlverfahren zum Medizinstudium	177
VI - 08	Auswahlverfahren an den Hochschulen	178
VI - 79	Ambulante Medizin: Höhere Attraktivität statt Zwangsmaßnahmen!	179
VI - 77	Volle Mobilität im Praktischen Jahr - "Nein" zum Pflichttertial an der Heimatuniversität!	180
VI - 78	Für volle Entscheidungsfreiheit beim PJ-Splitting	181
VI - 21	Studententage im Praktischen Jahr erhalten - bundesweit!	182
VI - 22	Faire Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr - bundesweit!	183
VI - 19	Abschaffung der gesetzlichen Deckelung der Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr	184
VI - 26	Deckelung der PJ-Aufwandsentschädigung im Ausland umgehend wieder aufheben!	185
VI - 97	Verlässliche ausreichende Finanzierung der medizinischen Fakultäten	187
VI - 56	Erhalt und Ausbau medizinischer Ausbildung	188
VI - 27	EU-Vorschlag zur möglichen Verkürzung des Medizinstudiums von sechs auf fünf Jahre muss verhindert werden	189
	<i>117. Deutscher Ärztetag</i>	191
VI - 66	Tagesordnungspunkt auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf: "Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst"	

	vorsehen	192
VI - 108	Befassung mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefärzte und ärztlichen Direktoren	193
VI - 104	Schaffung einheitlicher Meldeverfahren bei den Landesärztekammern für Ärztinnen und Ärzte	194
VI - 81	Definition ärztlicher Tätigkeit in der (Muster-)Berufsordnung	195
VI - 37	(Muster-)Berufsordnung §§ 32, 33	197
VI - 96	Auch Ärzteteams mit Paracelsus-Medaille auszeichnen	199
<i>Fortbildung</i>		200
VI - 03	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – ein effektives Instrument auf dem Wege zu einer Sicherheitskultur und zum lebenslangen Lernen	201
VI - 24	Qualität der Fortbildung erhalten	202
VI - 52	Bildungsfreistellung für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung bundesweit	203
VI - 85	Strukturierte Fortbildung Hirntoddiagnostik	204
<i>Honorarfragen</i>		205
VI - 02	Qualitätsgekoppelte Versorgungssteuerung	206
VI - 18	Personalentwicklungskosten	207
VI - 48	Sachgerechtes Vergütungssystem schaffen - EBM vom Kopf auf die Füße stellen	208
VI - 62	Honorar für Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung	210
<i>Krankenhaus</i>		211
VI - 09	Erhalt der Universitätsmedizin in Sachsen-Anhalt	212
VI - 20	Angemessene Finanzierung der Universitätsmedizin in Deutschland	213
VI - 34	Zuschuss für Forschung und Lehre der Bundesländer an die Universitätskliniken	214
VI - 29	Etablierung und Kontrolle einer objektiven Arbeitszeiterfassung an den Kliniken	215
VI - 110	Korrekte Dokumentation von Arbeitszeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte	216
VI - 31	Familienfreundliche Arbeitszeitmodelle etablieren	217
VI - 38	Ärztliche Teilhabe am Belegungsmanagement in Krankenhäusern	218
VI - 99	Mehr klinische und ärztliche Erfahrung bei universitären Stellen anstelle von Impaktfaktoren berücksichtigen	220
VI - 32	Vergütung und Freizeitausgleich für Rufbereitschaft von als Ärzte tätigen Beamten an den Unikliniken	222
<i>Menschenrechte</i>		223
VI - 05	Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz	224
VI - 71	Handlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung und Kostenerstattung nicht ausreichend krankenversicherter EU-Bürger	226
VI - 68	Aufhebung der Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde, wenn Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Leistungen in Anspruch nehmen	228

VI - 75	Medizinische Versorgung akuter Erkrankungen bei Flüchtlingen	230
VI - 69	Für das Recht auf medizinische Gleichbehandlung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten	231
VI - 70	Ungenügende Sprachkenntnisse und kulturelle Missverständnisse - Zugangsbarrieren vermeiden	233
<i>Prävention</i>		235
VI - 06	Ärztliche Prävention durch ein Präventionsgesetz stärken	236
VI - 44	Entwurf zu einem Präventionsgesetz der Bundesregierung	238
VI - 30	Individuelle Prävention stärken	240
VI - 07	Für ein umfassendes Tabakwerbeverbot in Deutschland	241
<i>SGB V/GKV</i>		242
VI - 23	Impfungen	243
VI - 47	Regressrisiko weiter senken	244
VI - 111	Schaffung einer Argumentationsmöglichkeit für den beschuldigten Arzt im Heilmittelregressverfahren	246
VI - 72	Transparenz über Verträge zur integrierten Versorgung herstellen	247
VI - 60	Missbrauch des § 66 SGB V verhindern	248
VI - 76	Tabakentwöhnung	249
<i>Telematik/Telemedizin/eHealth</i>		250
VI - 90	Themenkreis "Elektronische Gesundheitskarte, Telematik, eAkte" und die dazu eingebrachten Anträge	251
VI - 101	Sachstandsbericht und Grundsatzdiskussion über die Zusammenarbeit in der gematik	252
VI - 14	Transparente Darstellung telemedizinischer Versorgungsmodelle von gesetzlichen Krankenkassen	253
VI - 15	Mehr Wettbewerb bei Praxissoftware durch offene Schnittstellen	254
VI - 36	Verankerung ambulanter telemedizinischer Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab	255
VI - 107	"Teledoktor" - Telefonberatung	256
<i>Zulassung</i>		257
VI - 10	Nachweis von Sprachkenntnissen ausländischer Ärztinnen und Ärzte bundeseinheitlich regeln	258
VI - 25	Sicherstellung der fachsprachlichen Qualifikation von ausländischen Ärztinnen und Ärzten	259
VI - 17	Zentrale Gutachterstelle zur Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer Arzt diplome	260
<i>Weitere Themen</i>		262
VI - 11	Begrenzung des Anstiegs der Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen	263
VI - 33	Ästhetische Behandlung von Patienten durch Kosmetikerinnen und Heilpraktiker	265
VI - 86	Vermeidung von ausufernder Bürokratie im Rahmen der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes	266

VI - 109	Haftungs- und Aufklärungsfragen bei Auszubildenden nach dem Notfallsanitätsgesetz	267
VI - 12	Ausgestaltung der fachlichen und fachdienstlichen Verantwortung des Inspektors des Sanitätsdienstes im Ressort des Bundesministeriums der Verteidigung	268
VI - 39	Medizinische Versorgung in Griechenland und Finanzkrise	270
VI - 58	Sparauflagen der EU dürfen Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten nicht gefährden	271
VI - 67	Erhöhung der Obduktionsraten als Mittel der Qualitätssicherung	272
VI - 87	Obduktion - ein unverzichtbares Instrument der Qualitätssicherung	273
VI - 91	Film der Medizinstudenten und Public-Relation-Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	275
VI - 92	Medizinstudierende und Ärztetag	276
VI - 112	Task Force Telemedizin	277
TOP VII	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)	278
VII - 01	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)	279
TOP VIII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)	280
VIII - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)	281
TOP IX	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)	282
IX - 01	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 - 30.06.2014)	283
IX - 02	Stenografischer Wortbericht des Deutschen Ärztetages	284
IX - 03	Behebung des strukturellen Defizits in der Haushaltsplanung	286
TOP X	Wahl des Tagungsortes für den 118. Deutschen Ärztetag 2015	287
X - 01	Wahl des Tagungsortes für den 118. Deutschen Ärztetag 2015	288



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Krankenversicherung der Zukunft

Reproduktionsmedizin

Transplantationsmedizin

GOÄ

Zielvereinbarungen/Boni

Korruption

Finanzierung GKV

Krankenhausfinanzierung

Markt und Medizin

Weiteres



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Menschen statt Margen in der Medizin

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Therapiefreiheit in Therapieverantwortung

Die Ärztinnen und Ärzte Deutschlands bekennen sich zum Arztberuf als freiem Beruf. Sie sehen sich auf der Grundlage medizin-ethischer Werte in der besonderen Verantwortung gegenüber ihren Patienten. Diese Selbstverpflichtung aber wird zunehmend in Frage gestellt durch die wachsende Überregulierung, vor allem aber auch Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert deshalb, die Dynamik der Überregulierung wie auch der Ökonomisierung ärztlicher Tätigkeit zu durchbrechen und wieder den notwendigen Raum für Therapiefreiheit und -verantwortung herzustellen.

Das Patienten-Arzt-Verhältnis lebt im Wesentlichen von der besonderen Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt. Die fortgesetzte, gezielte Skandalisierung unseres Berufsstandes aber erschüttert das Vertrauen der Menschen in die medizinische Versorgung nachhaltig. Wir fordern die Kostenträger und ihre politischen Helfer dazu auf, die Desavouierung eines ganzen Berufsstandes zu beenden und zu einer sachlichen Diskussion mit allen Beteiligten zurückzufinden.

Sicherstellung medizinischer Versorgung

Seit Jahren steigt die Zahl der Behandlungsfälle in Klinik und Praxis, die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Arztstunden aber ist rückläufig. Zugleich nimmt der ökonomische Druck durch fortwährende Unterfinanzierung im ambulanten Bereich wie auch in der Klinik zu. So kommt es in immer stärkerem Maße zu einer Verdichtung von Arbeit, zu Überlastung und zu Demotivation von Ärztinnen und Ärzten. Die Folge ist eine Abwanderung junger Ärzte ins Ausland oder in andere Berufsfelder.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert daher die Politik auf Bundes- und Landesebene dazu auf, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach dem Bedarf der Patienten auszurichten, und nicht, wie bisher, nur nach der Finanzierbarkeit. Die Länder müssen ihren Investitionsverpflichtungen bei der stationären Versorgung nachkommen. Die Krankenhausträger sind aufgefordert, die Arbeitsbedingungen für Ärzte nachhaltig zu verbessern und familienfreundlicher auszugestalten.



Initiativen gegen gesundheitliche Folgen von Armut

Die Zahl der von Armut betroffenen Menschen ist in Deutschland und europaweit speziell innerhalb der letzten zehn Jahre erheblich gestiegen. Eine besorgniserregende Konsequenz der sozialen Unterschiede ist das gesundheitliche Ungleichgewicht zwischen den Schichten. Die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut zeigen sich neben der reduzierten Lebenserwartung vor allem im erhöhten Krankheitsrisiko. Hinzu kommt eine geringere Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch sozial schwächere Gruppen.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert von der Politik eine Stärkung der gesundheitlichen Förderung sozial benachteiligter Menschen. Insbesondere sind Präventionsangebote auch an Kindertagesstätten und Schulen, Vorsorgeangebote für Langzeitarbeitslose sowie ein flächendeckendes Netz zur medizinischen Hilfe für Wohnungslose aufzubauen, die angemessene Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus zu gewährleisten und präventive Angebote für ältere Menschen zu stärken.

Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 plädiert dafür, die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen unter Beibehaltung der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wiederherzustellen.

Reformbedarf GKV

Bei der gesetzlichen Krankenversicherung soll der derzeitige Versichertenanteil zu einem festen, einkommensunabhängigen und von den Kassen autonom festzulegenden Gesundheitsbeitrag weiterentwickelt werden. Der Gesundheitsbeitrag variiert zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Dieser wird unabhängig von Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen erhoben und ist innerhalb einer Kasse für alle Versicherten gleich.

Um eine zu hohe Belastung von beitragspflichtigen Versicherten mit niedrigen Einkommen zu verhindern, wird der Gesundheitsbeitrag, den der einzelne Versicherte zahlen muss, auf eine Belastungsgrenze von einem maximalen beitragspflichtigen Anteil von 9 Prozent des gesamten Haushaltseinkommens beschränkt. Der darüber hinausgehende Betrag wird über einen aus Steuermitteln finanzierten Sozialausgleich über den Gesundheitsfonds finanziert. Um Sicherheit bei der Kalkulation der Lohnnebenkosten zu gewährleisten, wird an dem bereits jetzt auf 7,3 Prozent festgeschriebenen Arbeitgeberanteil festgehalten.

Dringend notwendig ist aus Sicht der Ärzteschaft auch eine grundlegende Neukonzeption und Reduktion des Gesundheitsfonds zur Stärkung der Subsidiarität des Gesundheitssystems. Der aus Arbeitgeberbeiträgen, Zuweisungen der gesetzlichen Rentenversicherung an die Krankenkassen sowie aus Steuermitteln gespeiste Fonds soll



künftig den Sozialausgleich für Versicherte mit niedrigem Einkommen sowie Aufwendungen für die ebenfalls neu zu konzipierende Familienmitversicherung finanzieren.

Mehr Generationengerechtigkeit

Um mehr Generationengerechtigkeit herzustellen, schlägt die Ärzteschaft die Einrichtung eines Gesundheitssparkontos aus Steuermitteln für alle in Deutschland geborenen Kinder als kapitalgedecktes Ansparprogramm vor, das die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung abfedern kann.

Reformbedarf PKV

Bei der privaten Krankenversicherung muss die Transparenz der Tarife deutlich verbessert werden, ein Leistungskatalog für die Mindestversorgung privat versicherter Patientinnen und Patienten verbindlich gemacht werden und die Portabilität der Altersrückstellungen im Fall eines Versicherungsverwechslens erleichtert werden. Weiterhin ist bei der Vermittlung von privaten Krankenversicherungen die Aufklärung der Versicherten über den Umfang der mit dem Tarif im Marktvergleich gewährten Leistungen und die Risiken eines Versicherungsverwechslens zu verbessern. Fragwürdige Anreize für Versicherungsvermittler sind abzustellen.

GOÄ – Patientenschutz und Versorgungsqualität sichern

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist ein Wesensmerkmal des freien Arztberufes. Mit dieser amtlichen Gebührenordnung werden sowohl Höchstsätze festgelegt, um Patienten vor finanzieller Überforderung zu schützen, als auch Mindestsätze bestimmt, um die notwendigen Voraussetzungen einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung zu gewährleisten. Die GOÄ aber droht im zunehmenden Leistungswettbewerb ihre doppelte Schutzfunktion zu verlieren. Das Diktat der Ökonomisierung stellt zunehmend Patientenschutz und Qualität der Versorgung in Frage.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert deshalb die Politik auf, die Novellierung der GOÄ auf Grundlage der von der Ärzteschaft geleisteten Vorarbeiten ohne weitere zeitliche Verzögerung umzusetzen. Als Übergangslösung muss ein Inflationsausgleich geschaffen werden. Seit 1996 beträgt die Inflation in Deutschland 30,4 Prozent - der Punktwert in der GOÄ ist hingegen gleich geblieben. Der GOÄ-Punktwert muss umgehend unter Berücksichtigung des Inflationsausgleichs angehoben werden.



116. Deutscher Ärztetag

Hannover, 28.05. - 31.05.2013

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

Krankenversicherung der Zukunft

- I - 02 Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland
- I - 10 Bürgerversicherung ist abzulehnen!
- I - 44 Bewertung des Leistungskataloges der GKV



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Schwille (Drucksache I - 02c) fasst der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 beschließt die "Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland" (**Anlage**).

Begründung:

Der 115. Deutschen Ärztetag 2012 hat sich mit den Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft befasst und den Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, ein Konzept zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems in Deutschland vorzulegen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Bürgerversicherung ist abzulehnen!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lücke (Drucksache I - 10) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt die von SPD und Bündnis 90/Die Grünen geplante Bürgerversicherung ab.

Begründung:

Die Bürgerversicherung löst kein einziges Problem des deutschen Gesundheitssystems und ist besonders als Antwort auf die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft ungeeignet. Eine auf Vereinheitlichung angelegte Zwangsversicherung gefährdet die Therapiefreiheit des Arztes und die Wahlfreiheit der Bürger, sie verhindert den Wettbewerb um die beste Versorgung und steht der gebotenen Transparenz im Kosten- und Leistungsgeschehen entgegen. Vor allem gefährdet die Bürgerversicherung die Nachhaltigkeit der Finanzierung durch Altersrückstellungen und die Unabhängigkeit der Leistungen vom Steueraufkommen. Die Abschaffung des dualen Systems in der heutigen Form löst nicht die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen, sondern wird die Problematik noch erheblich verstärken.

Durch den Verlust an freier Berufsausübung im Rahmen einer Staatsmedizin mit entsprechenden regulierenden Maßnahmen werden die Patienten, wie auch schon durch die Patientenverbände geäußert, erhebliche Einbußen in der zurzeit noch hochwertigen medizinischen Versorgung in Deutschland erleiden.

Diese hochwertige Versorgung muss erhalten werden und darf nicht durch ungeeignete Systemveränderungen zur Disposition gestellt werden. Deshalb lehnt der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die Bürgerversicherung ab.

Durch die Ausweitung der Umlagefinanzierung auf alle Bürger generiert die Bürgerversicherung kurzfristig ein höheres Beitragseinkommen, langfristig verschärft sie allerdings so das Demografieproblem und setzt der fortlaufenden Beitragssteigerung keine wirksamen Steuerungsmechanismen entgegen. Die Umlagefinanzierung verletzt zudem das Prinzip der Generationengerechtigkeit. Die einzig gerechte Alternative ist die



Bildung von Altersrückstellungen.

Die Bürgerversicherung der SPD setzt auf Ausweitung der Steuerfinanzierung unter anderem durch das Anheben der Abgeltungssteuer: Dies kann auch vor dem Hintergrund des Gebots der ausgeglichenen Haushalte ab 2016 nur eine Versorgung nach Kassenlage bedeuten.

Am Ende schafft genau die Bürgerversicherung de facto die Zwei-Klassen-Medizin, die sie angeblich beseitigen soll. Denn alle Leistungen, die nicht in der Einheitsversicherung abgedeckt werden, werden auf dem privaten Markt abgesichert. Der Systemwettbewerb in unserem bewährten Zwei-Säulen-Modell sorgt dagegen für ein hohes Leistungsniveau auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Bewertung des Leistungskataloges der GKV

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Jonitz, Herrn Dr. Bobbert, Herrn Brost und Herrn Dr. Thierse (Drucksache I - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) auf, ihren Leistungskatalog und konkrete Leistungen nach den gleichen wissenschaftlichen Kriterien durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) respektive den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) überprüfen zu lassen, wie es bei den individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) durchgeführt wird.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Reproduktionsmedizin

I - 03 Für eine systematische Rechtsentwicklung in der Reproduktionsmedizin



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Für eine systematische Rechtsentwicklung in der Reproduktionsmedizin

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 03) fasst der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Ärztliches Handeln in der Reproduktionsmedizin hat wie in kaum einem anderen medizinischen Gebiet die Belange unterschiedlicher Beteiligter zu beachten. Mit der (Muster-)Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion ist eine wesentliche Orientierungshilfe für die betroffenen Paare ebenso wie für die sie behandelnden Ärztinnen und Ärzte im ärztlichen Berufsrecht verankert. Sie stellt - wie im Vorwort konstatiert - eine Orientierungshilfe dar, "solange der Gesetzgeber das Recht der Fortpflanzungsmedizin nicht systematisch regelt."

Die wegen der zunehmenden Komplexität der mit der Reproduktionsmedizin verknüpften medizinischen, ethischen und rechtlichen Fragen dringend erforderliche systematische gesetzliche Regelung bleibt in Deutschland überfällig. Stattdessen mehren sich für die Betroffenen zunehmend unübersichtlich werdende gesetzliche Insellösungen: So wurden z. B. mit der Umsetzung der Richtlinie 2004/23/EG durch das Gewebegesetz Regelungen für den Umgang mit menschlichen Keimzellen im Arzneimittelrecht verankert. Wesentliche Fragestellungen für die Präimplantationsdiagnostik (PID) wurden erst infolge des Urteils des Bundesgerichtshofes vom 06.07.2010 einer Regelung durch eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) zugeführt.

Angesichts dieser fragmentarischen und zum Teil inkongruenten rechtlichen Regelungen fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die politischen Entscheidungsträger auf, für die Reproduktionsmedizin eine systematische Rechtsentwicklung einzuleiten. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 betont, dass nur der Gesetzgeber legitimiert ist, diese das menschliche Leben elementar berührenden Fragen verbindlich zu entscheiden. Im Fokus sollten sachadäquate Regelungen stehen, die die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Reproduktionsmedizin in Deutschland festlegen. Im Interesse einer optimalen Versorgung und Behandlung der betroffenen Paare ist die Ärzteschaft weiterhin bereit, Aufgaben zur verantwortungsbewussten Ausgestaltung und Umsetzung dieser rechtlichen Rahmenbedingungen, so durch die Erarbeitung von Richtlinien zur Feststellung des jeweils gesicherten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft, zu übernehmen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Transplantationsmedizin

- I - 04 Transplantationsregister schnellstmöglich einrichten
- I - 36 Vertrauen für die Organspende
- I - 39 Register zur Erfassung von Gründen für die Nichtaufnahme von Patienten in die
Warteliste zur Organtransplantation
- I - 40 Neuorganisation des Transplantationswesens in Deutschland
- I - 41 Präzisierung des Transplantationsgesetzes



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Transplantationsregister schnellstmöglich einrichten

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 04) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, geeignete Rahmenbedingungen zur schnellstmöglichen Einrichtung eines Transplantationsregisters zu schaffen. Das Transplantationsregister ist bei der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin bei der Bundesärztekammer und damit bei den Partnern der Selbstverwaltung anzusiedeln.

Begründung:

Die Bundesärztekammer wurde vom Gesetzgeber beauftragt, für die Organtransplantation den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festzustellen. Um die Basis dieser Arbeit weiter auszubauen, müssen alle schon jetzt bestehenden Datenströme vereinheitlicht, zusammengeführt und ggf. auch erweitert werden.

Basierend auf einer angemessenen logistischen Ausstattung zur kontinuierlichen Daten- und Ergebnisauswertung, wird ein Transplantationsregister wesentlich dazu beitragen, Transparenz, Verteilungsgerechtigkeit und Qualität der Transplantationsmedizin in Deutschland zu befördern und damit unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Vertrauen der Bevölkerung in die Transplantationsmedizin nachhaltig zu stärken.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Vertrauen für die Organspende

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn MD Dr. Breu, Frau Dr. Lux, Frau Dr. Pfaffinger und Herrn Dr. Rakette (Drucksache I - 36) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 in Hannover setzt ein Zeichen für die Organspende.

Auch heute warten 12.000 Menschen auf ein Organ, das ihnen das Leben ermöglicht bzw. wesentlich erleichtert. Zur Steigerung der Organspendezahlen beschloss der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel 2011 die Entscheidungslösung, die tatsächlich in das Transplantationsgesetz Eingang fand und seit November 2012 gilt. Die von uns empfohlenen Maßnahmen konnten allerdings überhaupt nicht greifen, da die Unregelmäßigkeiten bei der Vergabe von Organen an einzelnen Kliniken das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Organspende schwer erschütterten. Und obwohl der Vorstand der Bundesärztekammer zielgerichtet und schnell reagierte, für mehr Transparenz sorgte und strengere Qualitätskriterien einführte, müssen wir gemeinsam das Vertrauen zurückgewinnen.

Die Delegierten begrüÙen, dass im Rahmen des 116. Deutschen Ärztetages 2013 die Möglichkeit besteht, dass jeder Delegierte vor Ort seine Entscheidung mittels eines Organspendeausweises dokumentieren kann.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Register zur Erfassung von Gründen für die Nichtaufnahme von Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Herrn Dr. Scholze (Drucksache I - 39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Nach § 10 Abs. 2 Satz 1 TPG sind die Zentren verpflichtet, Gründe für die Nichtaufnahme von Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation und für die Entfernung von Patienten aus der Warteliste zu dokumentieren. Dieser Verpflichtung wird kaum nachgekommen, die diesbezüglichen Daten werden deshalb nicht zentral erfasst. Deshalb wird die Bundesärztekammer gebeten,

1. zu überprüfen, in welchem Ausmaß es hier zu Verstößen gegen die Dokumentationspflicht kommt.
2. verbindliche Daten mit ausreichender klinischer Aussagekraft erheben zu lassen, die zeigen, aus welchen Gründen Patienten die Aufnahme auf die Warteliste verweigert wird bzw. aus welchen Gründen eine Entfernung von Patienten von der Warteliste erfolgt.
3. zu untersuchen, inwieweit regionale und soziale Unterschiede im Zugang zur Transplantation gleich geeigneter Patienten zu Organtransplantationsprogrammen bestehen.

Begründung:

Kriterien für die Nichtaufnahme von Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation und für die Entfernung von Patienten aus der Warteliste sind nicht allgemein definiert. Es steht vor dem Hintergrund unterschiedlicher lokaler Gegebenheiten und unterschiedlicher Interessen der Transplantationszentren zu befürchten, dass es zu Ungerechtigkeiten im Zugang von Patienten zu Transplantationsprogrammen kommt. Die Verfahren sind darüber hinaus intransparent. Darüber hinaus muss damit gerechnet werden, dass schon die Vorstellung bei Transplantationszentren erheblich von sozialen Gegebenheiten und regionalen Unterschieden abhängt.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Neuorganisation des Transplantationswesens in Deutschland

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Herrn Dr. Scholze (Drucksache I - 40) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Unregelmäßigkeiten an verschiedenen Transplantationszentren in Deutschland haben völlig uneinheitliche und zum Teil intransparente Strukturen zu Tage treten lassen. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert deshalb den Gesetzgeber auf, auf dem Weg einer bundesweit einheitlichen Regelung die interdisziplinäre und bundesweite Integration des Transplantationswesens zu fördern und einheitliche Maßstäbe für die strukturellen und qualitativen Voraussetzungen sowie für die Zulassung von Transplantationsprogrammen weiterzuentwickeln. Diese sollten in ökonomischer und personeller Unabhängigkeit von ihren Mutterkliniken betrieben werden. Die horizontale Vernetzung zwischen Transplantationszentren soll mit dem Ziel vorangetrieben werden, einheitliche Qualitätsstandards zu entwickeln und die Versorgungsqualität in der Fläche zu verbessern. Hierzu sollte auch die Einrichtung einer zentralen Bundesbehörde erwogen werden.

Begründung:

Die hierarchischen Strukturen deutscher Universitätskliniken werden der notwendigerweise gleichberechtigt interdisziplinären Struktur von Transplantationszentren oft nicht gerecht. Vielerorts sind Transplantationszentren nur Anhängsel führender, meist chirurgischer Kliniken und vielfältigen Partikularinteressen untergeordnet. Effizienz- und Regulationsprobleme sowie ökonomische anstatt qualitativer Konkurrenz oder Fehlanreize wie Mindestquoten oder Leistungsboni sind die Folge. Dies wird der gesellschaftlichen Bedeutung der kostbaren Ressourcen an Spenderorganen nicht gerecht.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Präzisierung des Transplantationsgesetzes

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Herrn Dr. Scholze (Drucksache I - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

§ 12 Abs. 3 Satz 1 des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz [TPG]) legt fest, Spenderorgane seien "insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln".

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, Maßstäbe für die Abwägung zwischen Dringlichkeit und Erfolgsaussichten zu definieren.

Begründung:

Gerade vor dem Hintergrund des zunehmenden Mangels an Spenderorganen bekommt jede Organzuteilung den Charakter einer Zuteilung von Lebenschancen. Sie berührt damit wesentliche Grundrechte der Patienten. Die im aktuellen Gesetzestext nebeneinander gestellten Kriterien "Erfolgsaussicht und Dringlichkeit" sind widersprüchliche Kriterien, die gegeneinander abgewogen werden müssen, da regelmäßig die Patienten mit der höchsten Dringlichkeit reduzierte Erfolgsaussichten zumindest im Hinblick auf das reine Transplantatüberleben aufweisen. Wegen der Grundrechtsrelevanz des Problems ist der Gesetzgeber aufgefordert, Maßgaben festzulegen, nach denen diese Abwägung erfolgen soll.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

GOÄ

- I - 05 Erhöhung des GOÄ-Punktwertes zum Zwecke des Inflationsausgleichs
- I - 33 Angemessene Erhöhung der Honorierung für die ärztliche Leichenschau im Rahmen der anstehenden Novellierung der GOÄ
- I - 42 Vergütung der ärztlichen Leichenschau verbessern
- I - 35 Inflationsausgleich GOÄ



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Erhöhung des GOÄ-Punktwertes zum Zwecke des Inflationsausgleichs

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 05) fasst der 116. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung auf, den seit 17 Jahren unverändert gebliebenen Punktwert nach § 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ mit dem Ziel des Inflationsausgleichs zu erhöhen: Die kumulierte Inflationsrate seit dem Jahr 1996 beläuft sich bis zum Monat März 2013 nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes auf 30,5 Prozent. Dementsprechend wäre der GOÄ-Punktwert unverzüglich neu festzusetzen.

Begründung:

Die Bundesregierung hat sich mit ihrem Koalitionsvertrag "Wachstum. Bildung. Zusammenhalt." vom 26. Oktober 2009 für die laufende 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages das Ziel gesetzt, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und dabei die Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Nachdem die Bundesregierung die Novellierung der GOÄ zunächst hinter die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zurückgestellt hatte, hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Einigung zwischen der Bundesärztekammer und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) über die Ausgestaltung einer neuen GOÄ abgewartet. Nachdem die bisherigen Einigungsversuche zwischen der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband ohne Erfolg geblieben sind, hat das BMG erklärt, dass die Inkraftsetzung einer neuen GOÄ bis zum Ende der laufenden Legislaturperiode nicht mehr möglich sei.

Damit sich die noch benötigte Dauer bis zur Inkraftsetzung einer neuen GOÄ nicht länger zum Nachteil der Ärzteschaft auswirkt, fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die Bundesregierung und das BMG auf, zum nächstmöglichen Zeitpunkt den GOÄ-Punktwert mit dem Ziel des Inflationsausgleichs anzuheben. Verschiedene Bundesregierungen haben die Gebührenordnungen anderer freier Berufe innerhalb dieses Zeitraumes unter Berücksichtigung des Inflationsausgleichs angepasst: Zum Beispiel wurden die einfachen Gebührensätze der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) mit der Zweiten Änderungsverordnung zur GOT im Jahr 2008 mit dem Ziel "der Anpassung der Vergütungen an die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland seit



Inkrafttreten der derzeit geltenden GOT (01.08.1999)" um 12 Prozent erhöht. Aktuell plant der Gesetzgeber mit dem im Juni 2013 zur Verabschiedung anstehenden Zweiten Kostenrechtsmodernisierungsgesetz (2. KostRMoG), das zum 1. Juli 2013 in Kraft treten soll, entsprechende Erhöhungen der Rechtsanwaltvergütungen: So heißt es in der Begründung des Entwurfs des 2. KostRMoG der Bundesregierung vom 14.08.2012: "Die Vergütung der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte ist zuletzt mit Inkrafttreten des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes (RVG) am 1. Juli 2004 an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst worden. Eine erneute Anpassung der Rechtsanwaltsvergütung ist mit Rücksicht auf die gestiegenen Kosten und zur Teilhabe an der allgemeinen Einkommensentwicklung notwendig". Im Begründungsteil wird zur Höhe der erwarteten Erhöhung weiter ausgeführt: "Insgesamt wird eine prozentuale Steigerung von rund 12 Prozent des Gebührenteils erwartet".

Nachdem die letztmalige Anpassung des GOÄ-Punktwertes im Jahr 1996 stattfand, ist die Anpassung der GOÄ um den Inflationsausgleich vor diesem Hintergrund schon lange überfällig!



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Angemessene Erhöhung der Honorierung für die ärztliche Leichenschau im Rahmen der anstehenden Novellierung der GOÄ

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dommisch, Herrn Dr. Gibb, Frau Dr. Müller, Herrn Dr. Ruhnau, Herrn Dr. Schimanke, Frau Dr. Skusa und Herrn Dr. Crusius (Drucksache I - 33) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Honorierung der ärztlichen Leichenschau im Rahmen der anstehenden Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in angemessener Weise zu erhöhen.

Begründung:

Die derzeitige Honorierung der ärztlichen Leichenschau ist unangemessen und unzureichend. Bei der ärztlichen Leichenschau handelt sich um eine äußerst verantwortungsvolle ärztliche Untersuchung mit unter Umständen vielschichtigen und erheblichen Konsequenzen für Einzelne bzw. die Allgemeinheit, welche einen hohen zeitlichen Aufwand erfordert.

Dem wird die derzeit in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geregelte Honorierung nicht gerecht. Deshalb sollte im Rahmen der Novellierung der GOÄ dringend eine deutliche Erhöhung erfolgen. Um die Leistungen bei der ärztlichen Leichenschau aufwandsgerecht zu vergüten, ist ein Betrag in der Größenordnung von ca. 170 Euro angemessen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Vergütung der ärztlichen Leichenschau verbessern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Bodendieck und Herrn Dr. Windau (Drucksache I - 42) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer auf, unabhängig von der geplanten Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Verhandlungen mit der Bundesregierung für eine zeitnahe Erhöhung der Vergütung der ärztlichen Leichenschau (Gebührenordnungsposition [GOP] 100 GOÄ) einzutreten.

Begründung:

Nach aktueller Rechtslage ist für die ärztliche Leichenschau grundsätzlich nur die GOP 100 (Untersuchung eines Toten - einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines) sowie Wegegeld abrechenbar. Die Ausgestaltung der GOP 100 als Komplexleistung führt dazu, dass

- daneben für die Untersuchung eines Toten keine andere Untersuchungsleistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden kann
- auch die Ausstellung des Leichenschauscheines mit dieser Gebührenziffer abgegolten ist.

Schließlich ist die GOP 50 GOÄ regelmäßig nicht neben der GOP 100 berechnungsfähig, da es sich hierbei um eine spezifische Beratungsleistung handelt, die am verstorbenen Patienten nicht erbracht werden kann. Zugleich entfällt somit auch die Möglichkeit der Berechnung von Zuschlägen nach den Nummern 45 bis 62 GOÄ.

Die für die GOP 100 vorgesehene Vergütung (z. B. 33,52 EUR bei 2,3-fachem Steigerungsfaktor) honoriert die vom Arzt zu erbringende Leistung im Rahmen der Leichenschau nur unzureichend. Dies wird bereits deutlich, wenn man berücksichtigt, dass der Arzt aus Anlass der Leichenschau als Ansprechpartner für Angehörige und Polizei fungiert und diese unter häufig schwierigsten Bedingungen (Auffindesituation des Leichnams und -zeitpunkt) durchführen muss, ohne dass dies adäquat über die Gebührenziffer abgebildet werden kann.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Inflationsausgleich GOÄ

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Wesiack und Herrn Dr. Römer (Drucksache I - 35) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Eine Entscheidung zur Überarbeitung der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) ist in dieser Legislaturperiode nicht mehr zu erwarten. Die Ärzteschaft erwartet vom Gesetzgeber einen angemessenen Inflationsausgleich als Sofortmaßnahme. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird die Bundesregierung auffordern, per Rechtsverordnung einen linearen Inflationsausgleich zu beschließen.

Begründung:

Weder die Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit noch die GOÄ bilden die Preissteigerungen der vergangenen 15 Jahre ab. Zudem tragen sie weder dem demografischen Faktor noch den regelmäßigen Lohnsteigerungen und der rasanten medizinischen Entwicklung Rechnung.

Seit der letzten Teilüberarbeitung der GOÄ im Jahr 1996 sind die Verbraucherpreise nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes um etwa 30 Prozent (seit der Gesamtüberarbeitung der GOÄ im Jahre 1983 um 71,6 Prozent) gestiegen, der GOÄ-Punktwert hat sich nicht verändert.

Sollte eine Einigung zwischen der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Bundesärztekammer zur Reform der GOÄ nicht erreicht werden, bleibt alles beim Alten – und entwertet die ärztliche Tätigkeit jährlich um die Inflationsrate.

Wenn eine neue GOÄ nicht zu konsentieren ist, sollen die Ärzteschaft und die Bundesärztekammer eine der Inflation angemessene Punktwerverhöhung durch die Bundesregierung fordern.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Zielvereinbarungen/Boni

- I - 17 Ökonomisch ausgerichtete Zielgrößen für Bonuszahlungen im Rahmen von Chefarztvergütungen gefährden die Unabhängigkeit ärztlich-medizinischer Entscheidungen
- I - 06 Das Gesundheitswesen muss mehr am Patienten und weniger an der Betriebswirtschaft ausgerichtet werden
- I - 12 Zielvereinbarungen nur an medizinischen Zielen und Qualität der Fort- und Weiterbildung orientieren
- I - 15 Ablehnung von Mengenzielen in Arbeitsverträgen für Ärztinnen und Ärzte und Entwicklung neuer Vergütungsformen unter Beteiligung der Bundesärztekammer
- I - 38 Leitende Ärzte - Bonusvereinbarungen von ökonomischen Zielgrößen entkoppeln



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ökonomisch ausgerichtete Zielgrößen für Bonuszahlungen im Rahmen von Chefarztvergütungen gefährden die Unabhängigkeit ärztlich-medizinischer Entscheidungen

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 17) fasst der 116. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Variable Vergütungsbestandteile im Sinne von erfolgsabhängigen, auf ökonomische Zielerreichungsgrößen aufgerichtete Bonuszahlungen haben auf breiter Front im Rahmen von Chefarztverträgen erstmals in das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im Jahr 2002 in sechster, geänderter Auflage herausgegebene Chefarztvertragsmuster Eingang gefunden.

In einer seinerzeitigen gemeinsam mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands und dem Marburger Bund erarbeiteten und vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedeten Stellungnahme sind die in diesem Vertragsmuster als Empfehlung der Krankenträger vorgesehenen variablen Vergütungsbestandteile im Sinne von erfolgsabhängigen Bonuszahlungen strikt abgelehnt worden. Das Chefarztvertragsmuster der DKG sieht seither vor, dem Chefarzt neben einer Festvergütung variable Vergütungsbestandteile zu gewähren. So beinhaltet die variable Vergütung insbesondere einen möglichen Bonus, welcher gewährt wird, wenn der Chefarzt die in einer jährlich zutreffenden Zielvereinbarung festgelegten Zielgrößen erreicht hat. Insbesondere die Bindung der dem Chefarzt eingeräumten möglichen Boni an die Einhaltung von vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielgrößen wird von der Ärzteschaft insoweit als höchst bedenklich bewertet, als hierdurch eine nicht hinnehmbare Verknüpfung der Chefarztvergütung mit vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielkriterien bewirkt wird, die das Risiko in sich bergen, dass der Chefarzt durch finanzielle Anreize veranlasst werden kann, Leistungseinschränkungen oder -ausweitungen zu erwägen, welche zu Lasten der Patientenversorgung gehen können.

Eine derartige Kopplung ärztlich-medizinischer Gesichtspunkte und ökonomischer Erwägungen widerspricht dem ärztlichen Berufsethos und ist daher bereits vom letztjährigen 115. Deutschen Ärztetag strikt abgelehnt worden. Auch wenn die Anerkennung und Berücksichtigung ökonomischer Erfordernisse notwendig und unbestritten ist, darf dies nicht dazu führen, dass auf diese Weise medizinische Entscheidungen im Krankenhaus primär von wirtschaftlichen Kriterien determiniert werden. Ärztinnen und Ärzten wird daher dringend empfohlen, sich im Hinblick auf



Verhandlungen über einen Chefarztvertrag vor dessen Unterzeichnung kompetenten und individuellen rechtlichen Rates durch im ärztlichen Berufs-, Arbeits- und Vertragsrecht versierte Juristinnen und Juristen zu versichern.

Zwar begegnen finanzielle Anreize über variable Vergütungsbestandteile im Rahmen von Vergütungsregelungen in Chefarztverträgen nicht grundsätzlich berufsrechtlichen Bedenken, jedoch ist mit jedem Bonus für das Erreichen vertraglich vereinbarter Ziele auch eine Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit verbunden, weil sich der Arzt im Einzelfall veranlasst sehen könnte, zum Erreichen des Bonus nicht die für den Patienten günstigste Behandlungsform zu wählen. Hier stellt § 23 Abs. 2 (Muster-)Berufsordnung (MBO) eindeutig fest, dass eine Vergütungsvereinbarung mit dem Arzt diesen in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidung nicht beeinträchtigen darf.

Unbedenklich sind demgegenüber Bonuszahlungen, welche nicht an die Erreichung von ökonomischen, sondern von qualitätsbezogenen Zielen im ärztlich-medizinischen Bereich anknüpfen. So können Bonuszahlungen vor allem an medizinisch-qualitativen Kriterien (z. B. Einführung von Qualitätskennzahlen bzw. Patientensicherheitssystemen, Einführung von Fehlermelde- und -managementsystemen, Maßnahmen zur Verbesserung der Aus- und Weiterbildung, Mitarbeiterzufriedenheit etc.) ausgerichtet werden. Die Kritik der Bundesärztekammer richtet sich insofern also nicht generell gegen Zielvereinbarungen und Bonusregelungen mit leitenden Krankenhausärzten.

Auch der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hat diese kritische Haltung der Ärzteschaft gegenüber auf ökonomische Kriterien ausgerichteten Bonuszahlungen bei Chefarztvergütungen in einer einstimmig angenommenen EntschlieÙung nachdrücklich bekräftigt. Hierin forderte der 115. Deutsche Ärztetag 2012 die Krankenhausträger eindringlich auf, rein ökonomisch orientierte Anreizmechanismen zu vermeiden und die berufsrechtlich gebotene ärztliche Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen nicht zu gefährden.

So hat die Bundesärztekammer insbesondere die Anfang des Jahres 2013 im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) vorgenommenen Ergänzungen bzw. Änderungen des SGB V mit den Vorschriften der §§ 136a und 137 SGB V ausdrücklich begrüßt, nach denen die DKG "... in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten bis spätestens 30. April 2013 im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben [hat], die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sind."

In den am 15.04.2013 zwischen der DKG und der Bundesärztekammer hierzu geführten Verhandlungen sowie nach Beratungen und Beschlussfassung des Vorstands der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19.04.2013 konnte erreicht werden, dass die DKG im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer fristgerecht bis zum 30.04.2013



folgende Empfehlungen abgegeben hat:

"Empfehlungen gemäß § 136a SGB V zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen"

Gemäß § 136a SGB V fördert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Hierzu gibt sie im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) folgende Empfehlungen zur Berücksichtigung bei Verträgen mit leitenden Abteilungsärzten (im Folgenden: Chefarzte) ab. Das Einvernehmen der BÄK ergeht lediglich auf der Grundlage des § 136a SGB V und erstreckt sich nicht auf die Beratungs- und Formulierungshilfen der DKG für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten:

- Chefarzte sind in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Das Wohl der Patienten und die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Leistungen müssen stets im Vordergrund stehen.
- Zielvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Chefarzten mit ökonomischen Inhalten sind unter der Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen (insbesondere § 23 Abs. 2 MBO-Ä) grundsätzlich legitim und sachgerecht, was auch vom Gesetzgeber anerkannt wird.
- Zielvereinbarungen im Krankenhaus müssen stets mit der notwendigen Sensibilität gehandhabt werden. Die zu vereinbarenden Ziele sind mit Augenmaß so auszuwählen, dass der Chefarzt durch eigene Anstrengungen maßgeblichen Einfluss auf die Zielerreichung ausüben kann.
- Finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen dürfen nicht vereinbart werden, um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung zu sichern."

Auf diesen Inhalt der Empfehlungen soll künftig auch in den Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten (Chefarztvertragsmuster) der DKG Bezug genommen werden. In diesem Vertragsmuster werden als Anwendungshinweise und -beispiele auch die wesentlichen Inhalte der seitens der Bundesärztekammer unterbreiteten Vorschläge für ärztlich-medizinisch ausgerichtete Zielvereinbarungskriterien aufgeführt werden.

Der 116. Deutsche Ärztetag begrüßt, dass gemäß den Empfehlungen nach § 136a SGB V im Chefarztvertragsmuster der DKG zukünftig neben ökonomischen Kriterien, die nunmehr streng unter Beachtung des ärztlichen Berufsrechts erstellt werden, auch ausdrücklich ärztlich-medizinisch orientierte Kriterien für Zielvereinbarungen hervorgehoben werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Das Gesundheitswesen muss mehr am Patienten und weniger an der Betriebswirtschaft ausgerichtet werden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Rolshoven, Herrn Dr. Bersal, Herrn Dr. Kajdi, Herrn Hardt und Herrn Dr. Mischo (Drucksache I - 06) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die öffentliche Diskussion über Bonusverträge sollte die Ärzteschaft zu einer klaren Stellungnahme veranlassen. An "Stückzahlen" orientierte Bonusverträge gehören verboten. Diese Maßnahme löst aber nicht die Problematik eines mehr an betriebswirtschaftlichen Vorgaben als an Patienteninteressen orientierten Gesundheitswesens. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) in der in Deutschland praktizierten Form hat maßgeblich zu dieser Entwicklung beigetragen. Ebenso ist nicht zuletzt auch dieses System an einer überbordenden Dokumentationsflut schuld.

Wir fordern:

- eine Anpassung des DRG-Systems an individuelle Patienteninteressen.
- ein Verbot quantitativer Vorgaben in Arztverträgen, stattdessen qualitative Anreize und eine Förderung von Weiter- und Fortbildung sowie
- die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten von Dokumentationstätigkeiten.

Begründung:

Die anfänglichen betriebswirtschaftlichen Optimierungen sind sicher zu würdigen, das System schieÙt nun jedoch weit über diese Ziele hinaus, mit den folgenden negativen Auswirkungen:

- Multimorbide Patientinnen und Patienten, gerade die vorherrschende Patientengruppe einer älter werdenden Bevölkerung, sind in diesem System schlecht abgebildet. Das System verlockt hier statt einer umfassenden Therapie der Erkrankungen eines Patienten zur Verteilung auf mehrere Krankenhausaufenthalte.
- Das System fördert die profitabel gut abgebildeten Krankheiten und birgt damit die Gefahr zu frühzeitiger und zu häufiger Indikationsstellung.



-
- Der Praxisschock eines allzu stark betriebswirtschaftlich ausgerichteten Gesundheitssystems fördert die Abkehr junger Ärztinnen und Ärzte, die das Studium aus patientenzentrierten Erwägungen ergriffen haben.
 - Die Ausrichtung des Systems auf aufwändige Prozeduren führt zu systematischer Vernachlässigung konservativer, patientenschonender Therapieansätze.
 - Die Fallzahlen sind in den 13 Jahren vor Einführung der DRG in Deutschland um 10 Prozent gestiegen und in den sechs Jahren danach um 20 Prozent. Diese Steigerung ist mit medizinischem Fortschritt und demografischer Entwicklung nicht zu erklären. Ziel der Einführung war eine Kostendämpfung, das Gegenteil ist der Fall. Weiterbildungserfordernisse mit einer patientenzentrierten Ausrichtung der Arztausbildung werden in dem System nur ungenügend abgebildet.

Personalmangel im ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie demografische Herausforderungen und medizinischer Fortschritt erfordern eine Konzentration auf das Notwendige und Sinnvolle sowie eine strenge Indikationsstellung.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Zielvereinbarungen nur an medizinischen Zielen und Qualität der Fort- und Weiterbildung orientieren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lücke (Drucksache I - 12) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Klinikträger dazu auf, in Arbeitsverträgen mit Ärztinnen und Ärzten keine Zielvereinbarungen zu treffen, die auf die Erreichung ökonomischer Ergebnisse ausgerichtet sind. Zielvereinbarungen sollten sich ausschließlich an medizinischen Ergebnissen und der Qualität der ärztlichen Weiter- und Fortbildung orientieren.

Begründung:

Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer vorgelegte Empfehlung zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen und entsprechenden Modifikationen des Chefarztmustervertrages der DKG ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sind ökonomische Zielvereinbarungen weiter möglich, sodass die Gefahr einer Priorisierung nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zum Nachteil individueller Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten besteht. Das Patientenwohl muss im Fokus jeglichen ärztlichen Handelns stehen, um eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung aufrechtzuerhalten und das Vertrauen der Gesellschaft in das Gesundheitssystem zu stärken. Die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung muss im Mittelpunkt stehen und darf in keiner Weise tangiert werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ablehnung von Mengenzielen in Arbeitsverträgen für Ärztinnen und Ärzte und Entwicklung neuer Vergütungsformen unter Beteiligung der Bundesärztekammer

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. habil. Schang, Frau Dr. Andresen, Frau Dr. Meyer und Herrn Seusing (Drucksache I - 15) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt Zielvereinbarungen zur Menge von invasiven Eingriffen oder technischen Prozeduren in Arbeitsverträgen für Ärztinnen und Ärzte ab und begrüÙt die Neufassung der §§ 136a und 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V sowie die diesbezüglichen Vereinbarungen zwischen Bundesärztekammer und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) als erste Schritte. Die Bundesärztekammer wird aufgerufen, an der Entwicklung neuer Vergütungssysteme in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mitzuarbeiten, die die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung von ökonomischem Druck stärken.

Begründung:

Die §§ 136a und 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V sehen bei Vereinbarung von mengenbezogenen Boni in Arbeitsverträgen leitender Klinikärzte deren Veröffentlichung im jährlichen Qualitätsbericht vor. Bundesärztekammer und DKG empfehlen den generellen Verzicht auf mengenbezogene Boni, halten qualitätsbezogene Boni aber für sinnvoll. Der ökonomische Druck auf ärztliche Entscheidungen geht jedoch wesentlich von mengenbezogenen Vergütungssystemen im GKV-Bereich aus. Deshalb ist langfristig grundsätzlich eine mehr qualitätsbezogene Vergütungsreform erforderlich, die statt Mengenausweitungen mehr die Prozessqualität (z. B. Indikationsstellung, Patientenbeteiligung, sektorübergreifende Integration, Ablaufsicherheit) und Ergebnisqualität begünstigt.

Die grundsätzliche Entscheidung zu mehr wirtschaftlichem Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem und mengenbezogenen Vergütungssystemen zeigt zunehmend unerwünschte Nebenwirkungen. Die Unabhängigkeit ärztlicher Indikationsstellung wird durch ökonomische Anreize zur Ausweitung von Indikationen bedroht. Zielvereinbarungen zur Mengensteigerung lukrativer ärztlicher Maßnahmen sind mittlerweile gängiger Bestandteil von Arbeitsverträgen leitender Ärztinnen und Ärzte. Dies steht in einem Spannungsfeld zu den Grundsätzen ärztlicher Ethik. Andererseits findet jede medizinische Leistung auch in einem betriebswirtschaftlichen Umfeld statt, das insbesondere auch



leitende Ärzte nicht völlig ignorieren können. Medizinische Einrichtungen im stationären wie auch im ambulanten Bereich benötigen daher Instrumente, die eine Mitverantwortung von Ärzten für das Betriebsergebnis berücksichtigen. Es darf aber keine Anreize zur primären Mengensteigerung durch Aufweichung ärztlicher Indikationsstellung zum potenziellen Schaden von Patienten geben. Zulässig sind dagegen Anreize zur Steigerung von Prozess- und Ergebnisqualität, die sekundär dann auch über einen Wettbewerbsvorteil der Einrichtung zur Mengensteigerung führen können. Die Änderungen der §§ 136a und 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V vom 09.04.2013 sowie die auch durch ein Arbeitspapier des Ausschusses "Medizin und Ökonomie" der Ärztekammer Schleswig-Holstein vorbereiteten Vereinbarungen der Bundesärztekammer und DKG berücksichtigen diese Überlegungen. Der Verzicht auf Mengenzielvereinbarungen in Arbeitsverträgen allein reicht jedoch langfristig nicht aus, ökonomischen Druck von der ärztlichen Entscheidung zu nehmen. Empathie und menschliche Sorge lassen sich nicht kaufen, aber besser honorieren. Neue Vergütungssysteme mit deutlich geringerem Gewicht auf Leistungsmengen und größerem Gewicht auf Prozessqualität auch hinsichtlich Indikationsstellung, Ergebnisqualität und Vorhaltekosten von Einrichtungen innerhalb der Bedarfsplanung sollen daher unter Mitwirkung der Bundesärztekammer entwickelt werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Leitende Ärzte - Bonusvereinbarungen von ökonomischen Zielgrößen entkoppeln

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gehle und Herrn Dr. Emminger (Drucksache I - 38) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf, in ihrer "Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag" zukünftig bei der Festlegung von möglichen Zielgrößen für Bonusvereinbarungen auf ökonomische zugunsten qualitätsorientierter Ziele zu verzichten und Beispiele für medizinisch-qualitative Kriterien zu entwickeln.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Korruption

- I - 07 Für Transparenz im Gesundheitswesen
- I - 13 Kein Sonderstrafrecht für Ärzte
- I - 48 Kein genereller Bestechungs-/Korruptionsstraftatbestand nur für Ärzte
- I - 18 Korruption im Gesundheitswesen
- I - 28 Ärzteinitiative gegen Korruption
- I - 30 Verlorenes Vertrauen wieder gewinnen
- I - 45 Korruption und Fortbildung
- I - 50 Physicians Payment Sunshine Act



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Für Transparenz im Gesundheitswesen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus und Herrn Dr. Lipp (Drucksache I - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer auf, allen Ärztinnen und Ärzten zu empfehlen, mögliche Interessenkonflikte, z. B. durch von der Industrie unterstützte Fortbildungsveranstaltungen, Anwendungsbeobachtungen oder klinische Studien, aber auch Bonuszahlungen aus entsprechenden Verträgen mit Krankenhäusern, über geeignete Veröffentlichungen, z. B. als Warte- bzw. Patientenzimmerplakate oder aber auch im Internet, gegenüber den Patientinnen und Patienten transparent zu machen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Kein Sonderstrafrecht für Ärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lücke (Drucksache I - 13) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, eine Ahndung von „Bestechung und Bestechlichkeit“ im Gesundheitswesen nicht im SGB V zu verankern. Generell darf - unabhängig von dessen Einbettung - eine strafrechtliche Regelung nicht zum Sondertatbestand für Ärzte werden.

Begründung:

Unabhängig von der inhaltlichen Ausgestaltung der von den Regierungsparteien vorgelegten Formulierungshilfe eines (Neben)Straftatbestandes der „Bestechung und Bestechlichkeit“ im Gesundheitswesen, ist bereits dessen Verankerung im SGB V abzulehnen.

Das SGB V greift in seiner systematischen Ausrichtung ausschließlich für Leistungserbringer im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sollte jedoch eine Regelungslücke bezogen auf sämtliche Aktivitäten und Player (z. B. Krankenkassen) des gesamten Gesundheitswesens im Sinne einer unabhängigen medizinischen Versorgung geschlossen werden, wäre eine solche Regelung im SGB V deplatziert und käme einem Sonderstrafrecht gleich, das Vertragsärzte unangemessen benachteiligt.

Sämtliche bisher bekannte Bestrebungen zur Einführung eines entsprechenden Straftatbestandes kranken an der präzisen Klärung entscheidender Grundsatzfragen, wie beispielsweise der des angestrebten Schutzzwecks (Patientenschutz, Vermögen der GKV, Wettbewerb). Neue rechtliche Grauzonen und damit verbundene Rechtsunsicherheit sind die Folge.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Kein genereller Bestechungs-/Korruptionsstrafatbestand nur für Ärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Kobes und Herrn Dr. Windau (Drucksache I - 48) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung auf, keinen generellen Bestechungs-/Korruptionsstrafatbestand ausschließlich für Ärzte zu schaffen.

Sollten strafrechtliche Regelungen eingeführt werden, müssen diese für alle Beteiligten im Gesundheitswesen gleichermaßen gelten, also z. B. auch für die Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie für Krankenkassenvertreter.

Begründung:

Die deutsche Ärzteschaft verwahrt sich gegen jeglichen Generalverdacht bzw. gegen pauschalierte Korruptionsvorwürfe. Sollte der Gesetzgeber gesetzliche Regelungen für notwendig erachten, darf es aber nicht zu einem ausschließlichen Anwendungsbereich für die Ärzteschaft kommen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Korruption im Gesundheitswesen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Herrn Dr. Scholze und Herrn Dr. Wambach (Drucksache I - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 ist der Ansicht, dass korruptives Verhalten - also der Versuch einer interessengesteuerten Beeinflussung medizinischer Entscheidungen - ein Problem im Gesundheitswesen darstellt. Besonders die Ärzteschaft ist davon betroffen. Ihr Ansehen hat durch das Verhalten einiger Ärzte und die öffentliche Diskussion darüber gelitten. Da ärztliche Entscheidungen die Gesundheit der Patienten beeinflussen, ist es besonders wichtig, dass nur medizinische und nicht außermedizinische materielle Gründe diese Entscheidungen beeinflussen. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 hält es daher für dringend notwendig, dass ärztliches Handeln in allen medizinischen Bereichen nach den gleichen Kriterien beurteilt wird. Deshalb sollen die *strafrechtlichen* Bestimmungen deutlich nachgebessert werden und auch die medizinische Tätigkeit im ambulanten und privatärztlichen Bereich einschließen. Eine Sanktionierung über das SGB V hält der 116. Deutsche Ärztetag 2013 nicht für sinnvoll.

Die (Muster-)Berufsordnung (MBO) für Ärzte muss überarbeitet werden, da die bisherigen Bestimmungen nicht ausreichend sind, korruptes Verhalten berufsrechtlich eindeutig zu ahnden. Auch wenn die Möglichkeiten zur Sanktionierung korrupten Verhaltens durch die Kammern nur sehr beschränkt sind, da sie über keine polizeilichen Befugnisse verfügen und auch nicht verfügen sollen, sind deutliche Nachbesserungen in den Berufsordnungen der Kammern erforderlich.

Vor straf- oder berufsrechtlichen Sanktionen hält der 116. Deutsche Ärztetag 2013 aber präventive Maßnahmen für angezeigt. Die ärztliche Fortbildung, die Durchführung wissenschaftlicher Kongresse sowie die Durchführung klinischer Studien ist heute in Deutschland weitestgehend von der Pharma- und medizinischen Geräteindustrie bestimmt.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 ist der Ansicht, dass Fortbildungsveranstaltungen, die mit CME-Punkten belegt sind, in Zukunft nur industrieunabhängig durchgeführt werden sollten. Selbstverständlich soll die Industrie nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden und muss finanziell an der Fortbildung beteiligt werden. Möglich wäre hier ein Fonds, der von den Ärztekammern verwaltet wird und mit dem



Fortbildungsveranstaltungen finanziert werden. Auch sollte die wissenschaftliche Unabhängigkeit von medizinischen Fachkongressen überprüft und gefördert werden.

Leider ist die Durchführung großer klinischer Studien in Deutschland ohne die Initiative und Unterstützung der pharmazeutischen oder der Geräteindustrie kaum mehr möglich. Auch sollten nach Zulassung eines Arzneimittels die Sicherheit und Wirksamkeit dieses Mittels in kontrollierten Studien unter Alltagsbedingungen ohne Einfluss des Herstellers getestet werden. Anwendungsbeobachtungen sind hierfür kein geeignetes Mittel. Die Zulassung von Medizinprodukten muss ebenfalls verstärkt kontrolliert werden. Auch hier übt die Industrie einen starken Einfluss auf die medizinischen Disziplinen aus, die diese technischen Mittel anwenden. Dabei steht die Geräteindustrie in der öffentlichen Kritik häufig im Schatten der pharmazeutischen Industrie.

Neben der juristischen Gleichstellung von angestellten kassenärztlich und privatärztlich Tätigen sowie der Präzisierung der Berufsordnungen sollte die Prävention Vorrang haben. Nur wenn innerhalb der Ärzteschaft das Bewusstsein für die - eigene - Beeinflussbarkeit medizinischen Handelns durch die Industrie geweckt und nachhaltig gepflegt wird, wird sich korruptes Verhalten langfristig wirkungsvoll bekämpfen lassen. Dieses Bewusstsein sollte schon im Medizinstudium vermittelt werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ärzteinitiative gegen Korruption

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Rühmkorf (Drucksache I - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer auf, von den Landesärztekammern abzufragen, welche Maßnahmen seitens der Kammern gegen Korruption ergriffen wurden, wie viele Verdachtsfälle und welche Ergebnisse die jeweiligen Untersuchungen gezeigt haben. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 begrüßt die Debatte im Deutschen Bundestag zur Eindämmung der Korruption und fordert die Bundesärztekammer auf, sich aktiv in die Diskussion eines Gesetzesentwurfes gegen Korruption einzubringen. Gleichzeitig werden die Ärztekammern aufgefordert, im ärztlichen Standesrecht entsprechende Korruptionstatbestände aufzuführen und ggf. zu sanktionieren.

Begründung:

In der jüngsten Vergangenheit hat das Ansehen der Ärztinnen und Ärzte unter den bekannt gewordenen Korruptionsfällen gelitten. Insbesondere das Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) zur Frage von Freiberuflichkeit und Korruption hatte im Sommer 2012 für Aufsehen gesorgt. Der BGH hatte eine Übertragung der Antikorruptionsregeln für angestellte Klinikärzte auf freiberufliche Praxismediziner abgelehnt.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Verlorenes Vertrauen wieder gewinnen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Rühmkorf (Drucksache I - 30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 stellt fest: Durch die bekannt gewordenen Fälle von Korruption, Vorteilsnahme und Vorteilsgewährung Einzelner haben die Ärztinnen und Ärzte einen Vertrauensverlust in der Bevölkerung erlitten. Es scheint, als hätten die "Selbstreinigungskräfte" der Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht ausgereicht. Deshalb fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die Kammern auf, die bestehenden Sanktionsmaßnahmen bei ärztlichem Fehlverhalten zu überprüfen. Für den 117. Deutschen Ärztetag 2014 wird die Bundesärztekammer aufgefordert, einen Überblick über festgestelltes ärztliches Fehlverhalten vorzulegen und zur Diskussion zu stellen.

Begründung:

Die Ausweitung von Leistungen, beispielsweise in der Endoprothetik, Linksherzkatheteruntersuchungen oder in der Röntgendiagnostik, belasten das deutsche Gesundheitssystem und führen zu einer weiteren Verknappung der vorhandenen Mittel. Ob es sich dabei um ärztliches Fehlverhalten handelt oder andere Ursachen verantwortlich sind, soll auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 diskutiert werden. Mit der Aufsetzung des Themas macht die deutsche Ärzteschaft deutlich, dass sie zu ihrer Verantwortung einer guten medizinischen, aber auch wirtschaftlichen Versorgung steht.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Korruption und Fortbildung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Bertram, Herrn Dr. Rütz und Herrn Prof. Dr. Griebenow (Drucksache I - 45) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Bei der Umsetzung der (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) gibt es auch, mit Hinweis auf den Pharmakodex, teilweise eine negative Einflussnahme der Pharmaindustrie, die unter dem Hinweis auf scheinbar bessere Offenlegung von Interessenkonflikten letztlich zu deutlich mehr Pharmawerbung bei Fortbildungen und mehr Beeinflussungsversuchen der Industrie führt.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert deswegen den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung auf, folgende Punkte zu prüfen und konkrete Vorschläge zur Umsetzung in den Landesärztekammern zu erarbeiten:

- Es darf im Vortragssaal oder Kursraum keine Werbung der Pharma- oder Geräteindustrie stattfinden.
- Alle Referenten/Vortragenden/Kursleiter müssen zu Beginn ihres Beitrages den Teilnehmern klar (z. B. Zeigen einer Folie für mindestens fünf Sekunden mit Angabe der Interessenkonflikte nach einem von der Ärztekammer vorgegebenen Schema) deklarieren, wenn eine potenzielle Beeinflussung durch die Pharma- oder Geräteindustrie vorliegen könnte, die irgendetwas mit dem Thema des Beitrages zu tun hat.
- Die Forderung einer Firma der Pharma- oder Geräteindustrie zur Ansicht der Folien oder anderer Materialien vor einem Vortrag oder eine andere Beeinflussung des Inhaltes eines Referentenbeitrages ist nicht erlaubt.
- Wenn in der Kammer gegenüber zu begründenden Ausnahmefällen ein Firmenmitarbeiter (Pharma- oder Geräteindustrie) als Referent auftritt, muss der Name der Firma sowohl im Programm als auch zu Beginn des Vortrages genannt werden, auch wenn es für diesen Vortrag keine Fortbildungspunkte gibt.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Physicians Payment Sunshine Act

Entschließung

Auf Antrag von Frau Kulike, Frau Dr. Müller-Dannecker, Herrn Dr. Albrecht, MBA, Frau Dr. Rothe-Kirchberger und Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache I - 50) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 tritt für die Offenlegung aller Zuwendungen der Industrie an Ärzte ein, orientiert am Physicians Payment Sunshine Act (PPSA), der als Teil von Obamas Gesundheitsreformgesetzgebung 2010 vom US-Kongress verabschiedet wurde.

Der Physicians Payment Sunshine Act sieht vor:

- eine jährliche Berichtspflicht aller Hersteller von Arzneimitteln, Geräten, biologischen Präparaten und Medizinbedarf gegenüber dem US-Gesundheitsministerium (DHHS) über alle Zuwendungen an Ärzte und Lehrkrankenhäuser jenseits einer Bagatellgrenze von US \$ 100/Jahr. Die Informationen werden vom DHHS auf einer öffentlich zugänglichen Seite zeitnah veröffentlicht.
- das Gesetz ist strafbewehrt

Was muss offen gelegt werden?

- alle finanziellen und Sachleistungen
- Name, Adresse, Anbieter, Wert, Datum und Art der Zuwendung
- Ausnahmen sind Infomaterial für Patienten, Rabatte und Nachlässe, Darlehen für Produkte, Dividenden aus Aktien etc., Zuwendungen unter US \$ 10
- Arzneimittel- und Gerätemuster müssen dem Gesundheitsministerium gesondert gemeldet werden
- die finanzielle Beteiligung von Ärzten an Herstellerfirmen und Einkaufsorganisationen ist ebenfalls meldepflichtig

Der Ärztetag beauftragt die Bundesärztekammer, im Sinne einer solchen Gesetzgebung gegenüber den politischen Entscheidungsträgern initiativ zu werden und dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 darüber Bericht zu erstatten.



Begründung:

Die finanziellen Beziehungen zwischen Industrie und akademischer Medizin sind weitgehend intransparent und bisher wenig untersucht.

Nicht nur in den USA, sondern auch in Deutschland gibt es eine zunehmende innerärztliche wie auch öffentliche Debatte über den wachsenden Einfluss der pharmazeutischen und Geräteindustrie auf die Medizin. Dieser Einfluss gefährdet die Unabhängigkeit der Medizin als Wissenschaft und Praxis sowie das öffentliche Vertrauen in die Medizin als Institution. Die Debatte um diesen Einfluss hat in den USA zur Einführung strikterer Regelungen im Umgang von Ärzten und akademischen Zentren mit der Industrie geführt. Gerade führende medizinische Fakultäten in den USA waren und sind hierbei Vorreiter. Der PPSA wurde von einer breiten Allianz aus Ärzte- und Patientenorganisationen, Verbraucherverbänden, Leistungsträgern und Leistungserbringern, Gewerkschaften, Unternehmen und Nichtregierungsorganisationen unterstützt. Von einer solchen Gesetzgebung sind eine bessere Qualität und Sicherheit in der Arzneimittelverordnung, niedrigere Arzneimittelkosten und eine Stärkung der Glaubwürdigkeit des ärztlichen Berufsstandes sowie des Patientenvertrauens zu erwarten.

Wenn auch in Deutschland weniger untersucht, dürften sich die Verhältnisse, die Anlass für den PPSA waren, hier nicht wesentlich von denen in den USA unterscheiden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Finanzierung GKV

- I - 08 Keine Politik nach Kassenlage - keine Senkung der Steuerzuschüsse
- I - 46 Vereinfachung der Kodierpflichten



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Keine Politik nach Kassenlage - keine Senkung der Steuerzuschüsse

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lücke und Frau Haus (Drucksache I - 08) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung auf, den Steuerzuschuss für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht weiter zu kürzen, solange die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen im Leistungsumfang der GKV enthalten ist.

Begründung:

Der Steuerzuschuss des Bundes dient der Finanzierung nicht originärer Aufgaben der GKV. Deren Kosten beziffert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf ca. 33 Mrd. Euro pro Jahr. Zugleich ist der Bundeszuschuss seit 2010 (15,5 Mrd. Euro) kontinuierlich gesunken. Angesichts des Überschusses im Gesundheitsfonds plant der Bundesfinanzminister für 2014 eine weitere Reduzierung des Betrages auf 10,5 Mrd. Euro.

Es ist der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten nicht zuzumuten, dass durch ihre Beiträge in zunehmendem Maße gesamtgesellschaftliche Aufgaben oder Aufgaben anderer Sozialversicherungszweige finanziert werden.

Grundsätzlich ist eine Gesundheitsversorgung nach Kassenlage, die das Vorgehen der Bundesregierung am Beispiel der Kürzung des Steuerzuschusses zur Sanierung der Staatsfinanzen sehr anschaulich zeigt, für die Ärzteschaft nicht akzeptabel.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Vereinfachung der Kodierpflichten

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Frau Dr. Blessing, Herrn Dr. Ramm und Frau Dr. Mieke (Drucksache I - 46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 möge beschließen, dass im Rahmen der Weiterentwicklung der Finanzierung des Gesundheitssystems die ICD-10-dominierte Gestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) verändert wird, um

1. die Ärzte in Praxis und Klinik von dieser ökonomischen krankenhausgesteuerten Logik (Prof. Maio) und der damit einhergehenden Fremdbestimmung ärztlicher Tätigkeit zu befreien. Dies würde eine erhebliche Bürokratieentlastung bedeuten.
2. die Risikoselektion teurer Patienten durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu verhindern.

Begründung:

Der ICD-10-Code ist zu einer "Währung" im Gesundheitssystem geworden. Dies führt zu einer artifiziellen "Verkrankung" der Bevölkerung, die durch die Codierung zudem einen lebenslangen "digitalen Fingerabdruck" ihrer Krankheiten erhält.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Krankenhausfinanzierung

- I - 37 Abschaffung der Fallpauschalen
- I - 47 Krankenhausfinanzierung dauerhaft sichern
- I - 49 Politische Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Abschaffung der Fallpauschalen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache I - 37) wird zur weiteren Beratung in 2. Lesung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung auf, das Fallpauschalengesetz abzuschaffen und eine neue Finanzierungsbasis für die deutschen Krankenhäuser zu entwickeln, die den Einfluss wirtschaftlicher Interessen auf medizinische Entscheidungen ausschließt und Fehlanreize zur Steuerung des Leistungsgeschehens mit dem vorrangigen Ziel der Erlös-/Gewinnoptimierung rückgängig macht.

Begründung:

Vor zehn Jahren wurde die Krankenhausfinanzierung von der Vergütung über tagesgleiche Pflegesätze auf die leistungsorientierte Bezahlung durch Fallpauschalen (DRGs) umgestellt. Von den Zielen, die mit dieser Umstellung erreicht werden sollten, wurde nahezu keines erreicht:

- Der Anstieg der Ausgaben für die stationäre Behandlung sollte durch das Fallpauschalensystem gebremst werden. Tatsächlich sind die Ausgaben seither erheblich stärker gestiegen als in allen Vergleichszeiträumen davor seit der Wiedervereinigung.
- Der wirtschaftliche Wettbewerb, dem die Krankenhäuser durch das neue Finanzierungssystem ausgesetzt sind, soll durch Insolvenz von Kliniken den politisch gewünschten Bettenabbau bewirken. Tatsächlich hat sich seit der Einführung des Fallpauschalensystems der Bettenabbau sogar abgeschwächt. Wenn Betten stillgelegt werden, dann, weil sie sich betriebswirtschaftlich nicht rechnen. Die Folge ist ein zunehmender Verlust der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung. Gleichzeitig werden die Kapazitäten für die Behandlung von Krankheiten, die für das Krankenhaus besonderen wirtschaftlichen Nutzen bringen (Wirbelsäulen- und Gelenkoperationen, Herzkatheter und Katheterinterventionen, Herzoperationen) ausgebaut.
- Die Bezahlung nach Fallpauschalen sollte Transparenz und Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen in den unterschiedlichen Krankenhäusern herbeiführen. Tatsächlich ist das Abrechnungssystem derart kompliziert und undurchsichtig, dass



zwischen den Krankenkassen und den Kliniken ein unlösbarer Dauerkonflikt darüber entstanden ist, wie ein Fall korrekt abgerechnet wird. In der Folge wurde der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) der GKV zu einer allumfassenden und immens teuren Kontrollbehörde aufgerüstet, parallel dazu werden in den Krankenhäusern zusätzliche Kapazitäten für ein DRG-bezogenes Controlling geschaffen, einerseits als Gegengewicht zu den Kassen und zum MDK, andererseits zur innerbetrieblichen Optimierung der Leistungsdefinition und -steuerung.

Weder werden die Personalkostensteigerungen durch die DRGs vollständig ausgeglichen, noch werden die bei der Kalkulation der DRGs unberücksichtigten notwendigen Krankenhausinvestitionen durch die dazu verpflichteten Länder ausreichend refinanziert. Daher müssen die Kliniken die Zahl und die Behandlungsschwere der von ihnen behandelten Patienten stetig steigern und dadurch Überschüsse erzielen, um nicht unweigerlich in rote Zahlen abzurutschen und um Investitionen tätigen zu können.

All diese Erfahrungen zeigen, dass marktwirtschaftliche Steuerung im Gesundheitswesen nicht funktioniert. Ein zukunftsweisendes und nachhaltiges Finanzierungssystem für Krankenhäuser muss daher folgende Forderungen erfüllen:

- Krankenhäuser dürfen keine Profite erwirtschaften.
- Die notwendige Personalintensität der Behandlung und Betreuung kranker Menschen muss adäquat berücksichtigt werden.
- Die Krankenhausversorgung ist Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge. Daher muss die Leistungsbereitschaft finanziell abgesichert werden, auch wenn Krankenhäuser zu bestimmten Zeiten nicht ausgelastet sind.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Krankenhausfinanzierung dauerhaft sichern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache I - 47) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 begrüÙt die von der Bundesregierung geplanten Finanzhilfen für Krankenhäuser, sieht aber die Notwendigkeit einer nachhaltigen Reform der Krankenhausfinanzierung, die den stationären Einrichtungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben dauerhafte Planungssicherheit gibt. Die Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, den steigenden Kosten, auch etwa infolge höherer Haftpflichtversicherungsprämien oder Energieumlagen, und den Anforderungen des Strukturwandels in der medizinischen Versorgung adäquat begegnen zu können. Dementsprechend fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 eine volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen, um auch bereits defizitären Häusern eine adäquate Stellenbesetzung zu ermöglichen und damit die Qualität der Arbeitsbedingungen gewährleisten zu können.

Die Ärzteschaft begrüÙt das Vorhaben der Bundesregierung, das Einsparvolumen aus dem Mehrleistungsabschlag in Form eines Versorgungszuschlages an alle Krankenhäuser zu verteilen und so die Wirkung der doppelten Degression für die Jahre 2013 und 2014 abzumildern. Die geplante Verhandlungslösung birgt aber die Gefahr, dass wegen der widerstreitenden Interessen von gesetzlichen Krankenkassen und Krankenhäusern die Auszahlung der Finanzhilfen verschleppt wird und die benötigten Mittel in diesem Jahr überhaupt nicht mehr bei den Kliniken ankommen. In den parlamentarischen Anhörungen haben die Vertreter der GKV ihre Ablehnung der vorgesehenen Hilfen mehr als deutlich kundgetan. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber deshalb auf, zumindest für das Jahr 2013 einen festen Zuschlag auf die Landesbasisfallwerte vorzugeben. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Möglichkeit besteht, das Verhältnis der für 2013 und für 2014 vorgesehenen Fördermittel umzukehren, damit der höhere Teil der vorgesehenen Hilfe früher ankommt.

Zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser müssen auch die Bundesländer ihren Beitrag leisten. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Länder mit Nachdruck auf, endlich in vollem Umfang ihren Investitionsverpflichtungen für den stationären Bereich nachzukommen. Durch die völlig unzureichende Mittelbereitstellung der Länder sehen sich Krankenhäuser schon seit Jahren dazu gezwungen, einen Teil ihrer Einnahmen aus



den Betriebsmitteln abzuzweigen, um die Instandsetzung ihrer Bauten und andere Investitionen zu finanzieren.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Politische Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung

Entschließung

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache I - 49) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert, dass die Länder und Kommunen ihrem Auftrag zur Daseinsvorsorge verstärkt und insbesondere ihren gesetzlichen Investitionsverpflichtungen in Bezug auf die Krankenhäuser nachkommen. Die Tendenz der Übernahmen von Krankenhäusern durch große Kapitalgesellschaften sollte reduziert werden, damit die ökonomische Ausrichtung nicht zum eigentlichen Zweck des Krankenhausunternehmens wird.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Markt und Medizin

- I - 24 Schutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses vor Ökonomisierung und
Misstrauensbürokratie



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Schutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses vor Ökonomisierung und Misstrauensbürokratie

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Dr. Grundmann, Herrn Dr. Haug, Frau Rakowitz und Herrn Dr. Wurche (Drucksache I - 24) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Das Patienten-Arzt-Verhältnis ist ein individuelles Vertrauensverhältnis, das für die Krankenbehandlung unverzichtbar ist. Es beruht auf dem bedingungslosen Hilfeversprechen des Arztes/der Ärztin, das sich ausschließlich am individuellen Wohl und Nutzen sowie Willen des Patienten orientiert und insbesondere nicht abhängig sein darf von wirtschaftlichen Interessen. Da der Patient dieser Hilfe unabhängig von seinem Status bedarf, ist er kein Kunde und kein Konsument. Die besondere Situation, insbesondere des akut erkrankten und des schwer erkrankten Patienten, bewirkt immer ein asymmetrisches Verhältnis. Daher darf und muss auf die uneigennützig, den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende Hilfe des Arztes/der Ärztin vertraut werden können. Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit müssen dieses Vertrauen uneingeschränkt ermöglichen.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert daher: Die politisch mitverantwortete Deprofessionalisierung der Ärztinnen und Ärzte zu "Leistungserbringern", die Misstrauensbürokratie und der Missbrauch von Patienten als Wertschöpfungsobjekt, auch durch Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen, muss beendet werden. In Gesetzen, Verordnungen und Regelungen sind Ärztinnen und Ärzte in ihrer korrekten professionellen Bezeichnung zu nennen. In konkreten, dokumentierten Fällen von Verstößen gegen die ärztliche Berufsordnung oder andere Vorschriften beteiligt sich die ärztliche Selbstverwaltung an der Aufklärung und Sanktionen; unsachgemäÙe allgemeine Beschuldigungen nach Art eines Generalverdachts sind nicht zuletzt zum Schutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses zu unterlassen. Verträge mit Bonusleistungen, die auf rein wirtschaftlichen Anreizen beruhen oder den Anschein erwecken, der Arzt/die Ärztin müsse zu einer angemessenen ärztlichen Leistung gesondert motiviert werden, werden abgelehnt. Um Ärztinnen und Ärzte vor Eingriffen in ihre ärztliche Unabhängigkeit durch ökonomische Motive zu schützen, dürfen auch z. B. Geschäftsführern von Kliniken keine Bonuszahlungen zugestanden werden, die solche Übergriffe auf ärztliche Entscheidungen fördern.

Das System der umfassenden Vergütung von Krankenhausleistungen über Diagnosis



Related Groups (DRGs) ist ebenfalls anfällig für ökonomisch motivierte Fehlanreize in der Behandlung von Kranken. Es muss daher dringend überprüft werden, ob das richtige Ziel einer ressourcenschonenden, transparenten und leistungsorientierten Finanzierung von Krankenhausleistungen anders und effizienter erreicht werden kann.



116. Deutscher Ärztetag

Hannover, 28.05. - 31.05.2013

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Weiteres

- I - 09 neu Diskreditierungskampagne stoppen, Selbstverwaltung erhalten!
- I - 23 Verantwortungsbewusster Umgang mit den vorhandenen Mitteln
- I - 27 Markt und Medizin
- I - 34 Novellierung des Notfallsanitätärgesetzes
- I - 52 Therapiefreiheit, ein "Grundrecht der Patienten"



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Diskreditierungskampagne stoppen, Selbstverwaltung erhalten!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Schwiersch, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lücke (Drucksache I - 09 neu) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Krankenkassen zu einem sofortigen Stopp der unsäglichen Diskreditierungskampagnen gegen die Ärzteschaft in Klinik und Praxis auf.

Begründung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Verantwortlichen in der Politik auf, dieses Verhalten von Körperschaften des Öffentlichen Rechtes nicht weiter zu tolerieren.

Die pauschale Hochrechnung von Daten mit unzureichender Recherchequalität und deren Veröffentlichung im Umfeld ärztlicher Großveranstaltungen zeigen, dass es um eine reine Diffamierung der Ärzteschaft geht und nicht um Beiträge zur Qualitätsverbesserung der Versorgung. Damit wird das Ziel der Kassen unverkennbar, das Vertrauen in die Arzt-Patient-Beziehung zu untergraben und sich selbst zum "Wahrer der Patienteninteressen" zu stilisieren.

Die Vorwürfe der Krankenkassen gegenüber dem Ärztstand erwiesen sich in aller Regel als unbegründet.

Eine gemeinsame Selbstverwaltung ist ohne jede Zukunft, wenn die enormen Leistungen der Ärzteschaft weiterhin keine adäquate Anerkennung bei den Kassen finden. Respekt und Vertrauen als Grundlage gemeinsamer Problemlösungen können im derzeitigen Klima nicht gedeihen. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert in diesem Zusammenhang die Medien auf, für ihre Berichterstattung die außerordentlich komplexen Themen im Gesundheitswesen sachgerecht zu prüfen und entsprechend zu berichten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Verantwortungsbewusster Umgang mit den vorhandenen Mitteln

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Rühmkorf (Drucksache I - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Ärzteschaft hat innerhalb des deutschen Gesundheitssystems eine herausragende Rolle. Sie ist gleichzeitig verantwortlich für die adäquate Behandlung von Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig ist sie Sachwalter der vorhandenen Mittel.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, für die zukünftige gesundheitliche Versorgung in Deutschland Vorschläge zu unterbreiten, wie die vorhandenen begrenzten Ressourcen an Mitteln und Personal besser genutzt werden können.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Markt und Medizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Albring und Herrn Dr. Simon (Drucksache I - 27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

1. Die Bundesärztekammer erarbeitet eine eigene Leitlinie zur Deklaration und Bewertung der Interessenkonflikte (Conflicts of Interest - COI) aller Autoren von medizinischen Leitlinien.
2. Die Bundesärztekammer errichtet eine Clearingstelle, bei der ärztliche Teilnehmer einer Leitlinienerstellung Fehlentwicklungen offenlegen können.

Begründung:

Das Thema "Markt und Medizin" hat viele Facetten.

Ärztliches Handeln ist sehr leicht und nachhaltig durch Leitlinien beeinflussbar.

Das Deutsche Ärzteblatt zeigte auf, dass die Hälfte aller Leitlinienautoren Beziehungen zur Industrie unterhält. Die Offenlegung von COI hat weder zu einer selteneren Beauftragung von AutorInnen mit finanziellen Interessenkonflikten noch zu einem Anstieg erkennbarer Gegenmaßnahmen in den Leitliniengruppen geführt. [1]

Die Einflussnahme auf eine Leitlinie ist durch die Auswahl des federführenden Autors, durch die Wahl des Themas, die Auswahl der zur Mitwirkung geladenen Gesellschaften, die Durchführung der systematischen Reviews bis hin zur Auswertung der relevanten Evidenz- und Konsensfindung, die Erstellung des Manuskripts und selbst durch die Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift auf allen Ebenen möglich. [6]

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) empfiehlt für Leitlinienmitglieder mit hohem COI, sofern auf ihr Wissen nicht verzichtet werden kann, den Status von externen Experten. Bei federführenden Autoren ist besonders auf die Geringfügigkeit der Interessenkonflikte zu achten. [2] Ein federführender Leitlinienautor sollte nur zugelassen werden, wenn er keine (relevanten) Verbindungen zur Industrie aufweist. [6]

Das Ergebnis der Leitlinien ist vorhersehbar bzw. vorgegeben [5], wenn ein auf ein primäres Ziel gerichtetes professionelles Handeln durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird. Wie beim Gabapentin-Skandal besonders deutlich



erkennbar war, beeinflusst eine Leitlinie auch indirekt andere Therapien, Sachverhalte und Leitlinien.

Aus der Expertise der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ergibt sich die Forderung, dass Studien wieder häufiger industrieunabhängig durchgeführt werden müssen. Die Erstellung von Leitlinien sollte durch unabhängige Organisationen erfolgen. Klinische Leitlinien spielen in vielen Bereichen des Gesundheitssystems eine wichtige Rolle für Ärzte, Patienten und Politiker. Leitlinien müssen objektiv sein, um die Versorgung zu verbessern und das Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft zu erhalten. [3] [4]

Die deutsche Ärzteschaft ist daher nicht erst seit "Gabapentin" [3], "Lipobay", "Vioxx" u. a. aufgefordert, Fehlentwicklungen offenzulegen, sich von ihnen zu distanzieren und sich mit eigenen Leitlinien zur Behandlung von COI machtvoll zu äußern. Die Bundesärztekammer muss Ärzte und Patienten gleichermaßen vor fremdbestimmten Leitlinien schützen.

Da Leitlinien überregional erstellt werden und von bundesweiter Bedeutung sind, muss eine Clearingstelle bei der Bundesärztekammer ärztlichen Leitlinienautoren die Offenlegung von Fehlentwicklungen ermöglichen.

Konfliktbehaftete Leitlinien sollten im Interesse der Patienten nicht zur Veröffentlichung gelangen.

Literatur:

- [1] Langer T. et al.: *Interessenkonflikte bei Autoren medizinischer Leitlinien. Eine Analyse der Leitlinien deutscher Fachgesellschaften 2009 - 2011. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(48)*
- [2] AWMF vom 23.04.2010: *Empfehlungen zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Fachgesellschaften, 5*
- [3] Ludwig W.-D.: *Der Einfluss pharmazeutischer Unternehmen auf ärztliche Leitlinien. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 23.01.2012*
- [4] Snidermann AD: *Why guideline-making requires reform. JAMA 2009; 301*
- [5] *Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - a systematic review. Eur J Pain 2010; 14:5-10*
- [6] Lieb K.: *Interessenkonflikte in der Medizin: Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 2011*
- [7] Field MJ: *Conflict of interest in medical research, education and practice. National Academies Press, Washington D.C., 2009*



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Novellierung des Notfallsanitättergesetzes

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Windau (Drucksache I - 34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 stellt fest, dass wesentliche Einwände der ärztlichen Organisationen und Körperschaften im Zuge der Verabschiedung des Gesetzes über den Beruf des Notfallsanitäters seitens Bundestag und Bundesrat nicht beachtet wurden. So ist die nunmehr vorgesehene heilkundliche Tätigkeit des Notfallsanitäters mit der Durchführung invasiver Maßnahmen besonders zu kritisieren, weil die notwendige Hinzuziehung eines Notarztes gemäß Indikationsliste der Bundesärztekammer in entsprechenden Fällen nicht zwingend vorgesehen ist.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt daher das Gesetz in dieser Form ab und fordert den Gesetzgeber zur Novellierung auf.

Begründung:

1. Der Rettungsdienst wird mit diesem neuen Gesetz nicht kostengünstiger, sondern teurer, obwohl eine höhere Ergebnisqualität nicht abzusehen ist.
2. Die gewünschte Rechtssicherheit für den Notfallsanitäter wird nicht erreicht.
3. Das Ziel einer homogenen Qualifikation wird gleichfalls nicht erreicht.
4. Die Finanzierung der Ausbildung ist nicht gesichert.
5. Eine höhere Professionalisierung des nichtärztlichen Rettungsdienstes wird im Vergleich zu den klinischen nichtärztlichen Berufsbildern nicht erreicht.
6. Die Ausbildung kann die definierten Ziele nicht garantieren. Dies betrifft insbesondere die praktische Ausbildung im Krankenhaus.
7. Das Einstiegsalter für die Ausbildung ist falsch gewählt.
8. Die Patientensicherheit ist gefährdet, sodass die Patientenrechte nicht gestärkt werden. Damit könnten auch die Schadensersatzansprüche zunehmen.

Aus den genannten Gründen weist der 116. Deutsche Ärztetag 2013 mit großer Deutlichkeit darauf hin, dass mit diesem Gesetz der falsche Weg zu einer notwendigen Verbesserung der Qualität in der außerklinischen Notfallbetreuung gegangen wird.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Therapiefreiheit, ein "Grundrecht der Patienten"

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Grauduszus, Frau Dr. Stauch und Herrn Dr. Loula (Drucksache I - 52) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Entgegen gängiger Meinung gehört die Therapiefreiheit nicht primär zum vermeintlichen Besitzstand der Ärzteschaft. Vielmehr stellt sie ein elementares Recht der Patienten auf die für sie beste Therapie dar. Dieses Recht haben Ärzte treuhänderisch zu verteidigen, zu pflegen, zu bewahren und umzusetzen.

Insofern fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 den Gesetzgeber auf, Ärzte unverzüglich wieder in die Lage zu versetzen, die Therapiefreiheit voll umfänglich und frei von Angst vor Regressen jeglicher Art umsetzen zu können. Dies umso mehr, als nur so die Compliance der Patienten als unverzichtbarer Bestandteil einer zum Erfolg führenden Therapie und abschließenden Behandlung wiederherzustellen und zu gewährleisten ist.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 stellt fest, dass dem berechtigten gesellschaftlichen Anspruch auf eine umfassende diagnostische, therapeutische und ethische Betreuung der Patienten, entsprechend der ärztlichen Berufsordnung ("Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten"), eben nur dann verantwortungsvoll entsprochen werden kann, wenn die uneingeschränkte Therapiefreiheit wiederhergestellt und ihr Bestand dauerhaft garantiert wird. Nur so können die Compliance gestärkt und Behandlungserfolge optimiert werden - was die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mittelfristig entscheidend senken wird.

Begründung:

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgestellten fünf ineinander greifenden Ebenen für eine funktionierende Compliance sind in ihrer Komplexität in Deutschland seit Jahren gestört. Bezogen auf die "gesundheitssystemabhängigen Faktoren" (Ebene 5) werden hier zwischen Arzneimittelbudget, Plausibilitätszumutungen und Rabattverträgen die Compliance und damit unmittelbar zusammenhängend auch die Therapiefreiheit ausgehebelt. Dies widerspricht eklatant der grundgesetzlich garantierten freien ärztlichen Berufsausübung ebenso wie dem Recht der Patienten auf freie Ärzte.



TOP II Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

- II - 01 Gesundheitliche Ressourcen sozial Benachteiligter stärken
- II - 02 Befunderhebung und Befunddokumentation bei akut
traumatisierten Patienten
- II - 03 Gesundheitliche Chancengleichheit
- II - 04 Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer
Ungleichheit



TOP II Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

Titel: Gesundheitliche Ressourcen sozial Benachteiligter stärken

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 stellt fest, dass zwischen den oberen und unteren Einkommenschichten auch in Deutschland trotz eines relativ hohen Wohlstandsniveaus ein deutlicher Unterschied hinsichtlich Lebenserwartung und Krankheitslast besteht. Während weibliche Angehörige der untersten Einkommensgruppe bei Geburt eine um etwa sieben Jahre geringere Lebenserwartung als die der obersten Einkommensgruppe haben, beträgt der Unterschied bei Männern sogar etwa zehn Jahre. Das Risiko, z. B. einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, ist in der untersten Einkommensgruppe im Vergleich zur obersten um das Zweifache erhöht.

Deutliche schichtbezogene Unterschiede in der Kinder- und Jugendgesundheit hat auch die KiGGS-Studie (Studie des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) zu Tage gefördert. Demnach sind Kinder der untersten Sozialschicht dreimal häufiger von einer Adipositas betroffen als Kinder der obersten Sozialschicht. Hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten beträgt das Verhältnis etwa 1,5 zu 1, wobei zugleich ein erhebliches soziales Gefälle bei der Inanspruchnahme therapeutischer Interventionen besteht.

Die beobachtbaren Unterschiede korrelieren mit unterschiedlichen materiellen Lebensbedingungen, der Verteilung psychosozialer Belastungsfaktoren, Unterschieden des Gesundheitsverhaltens sowie Faktoren der gesundheitlichen Versorgung. Auch die Unterschiede in der Wahrnehmung von Bildungschancen spielen eine wichtige kausale Rolle.

Als Ärzteschaft sehen wir unsere Verantwortung vor allem darin, auf eine Verringerung schichtenspezifischer Unterschiede in den Zugangsmöglichkeiten, in der Inanspruchnahme und Verfügbarkeit gesundheitlicher Leistungen einzuwirken.

Ärztinnen und Ärzte können sozial benachteiligten Personengruppen Unterstützung bei der Stärkung ihrer gesundheitlichen Ressourcen, der Identifikation von Belastungsfaktoren und der Erschließung von Hilfsangeboten bieten.

Wir sind der Überzeugung, dass die erwartbaren Effekte präventiver und therapeutischer Bemühungen umso größer sind, je früher diese in der biografischen Entwicklung



ansetzen.

Deshalb spricht sich der 116. Deutsche Ärztetag 2013 zur Verringerung sozial bedingter Unterschiede in Schwangerschaft und Kindheit dafür aus, dass

- die Information und Ansprache zur Wahrnehmung der Schwangerenvorsorgeuntersuchungen vor allem bei solchen Frauen verbessert und intensiviert werden, die im besonderen Maße psychisch und sozial belastet sind. Dies sind insbesondere alleinerziehende Mütter, die über geringe finanzielle Mittel verfügen bzw. alleinerziehende Mütter mit Migrationshintergrund.
- Schwangere entsprechend der 2011 novellierten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ("Mutterschafts-Richtlinien") eingehend über die Gefahren des Konsums von Alkohol, Tabak und anderer psychotrop wirkender Substanzen während der Schwangerschaft aufgeklärt und zur Abstinenz motiviert werden.
- im Rahmen der Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V verstärkt auch psychische und soziale Belastungsfaktoren bei Eltern und Kindern erhoben und Betroffene an entsprechende Beratungs- und Hilfsangebote weitervermittelt werden. Hierfür sind geeignete Instrumente zu entwickeln und Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen; der erforderliche Mehraufwand ist in der ärztlichen Vergütung abzubilden.
- im Rahmen früherer Hilfen eine bessere Verzahnung ärztlicher Hilfen rund um die Geburt und in früherer Kindheit mit den Hilfsangeboten nach SGB VIII und nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) erfolgt und entsprechende Leistungen auch im SGB V abgebildet werden. Ärztinnen und Ärzten müssen eine aktive Mitwirkung in den aufzubauenden regionalen Netzwerken "Frühe Hilfen" gemäß § 3 Abs. 2 KKG ermöglicht und bei Fragen zu Kindesvernachlässigung oder -missbrauch ärztliche Ansprechpartner zur Verfügung gestellt werden.
- die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) durchgeführten Schuluntersuchungen flächendeckend erhalten und weiter ausgebaut werden. Durch sie kann der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen sozialschichtübergreifend erfasst und an erforderliche Hilfsangebote weitervermittelt werden.
- Kinder- und Hausärzten ausreichende Heilmittelbudgets zur Verfügung gestellt werden, sodass in ihrer Entwicklung beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen die erforderlichen therapeutischen Hilfen ermöglicht werden können.
- Angebote der Gesundheitsförderung an Kindertagesstätten und Schulen weiter ausgebaut werden, sodass Kinder aller Sozialschichten davon profitieren können.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2103 begrüßt die im vorliegenden Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention vorgesehene Ausweitung der Kinderuntersuchungen bis zum zehnten Lebensjahr und die "Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und eine



darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung" (siehe Koalitionsentwurf für ein Gesetz zur Förderung der Prävention § 26 Abs. 1 SGB V). Dadurch können gesundheitliche Fehlentwicklungen besser erfasst und erforderliche Interventionen frühzeitiger eingeleitet und engmaschig begleitet werden.

Zur Verringerung sozialschichtbedingter gesundheitlicher Ungleichheit bei Personen im mittleren und höheren Lebensalter spricht sich der 116. Deutsche Ärztetag dafür aus,

- Langzeitarbeitslosen im besonderen Maße Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention von Erkrankungen verfügbar zu machen und sie an diese heranzuführen.
- ein flächendeckendes Netz aufsuchender medizinischer Hilfen für Wohnungslose aufzubauen, Hürden in der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln abzubauen und weitere sozialkompensatorische Hilfen zur Verfügung zu stellen.
- dass bestehende rechtliche, finanzielle und bürokratische Hürden für eine angemessene medizinische Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus abgebaut werden (siehe Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten [Zentrale Ethikkommission] bei der Bundesärztekammer "Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund" vom 03.05.2013).
- den ÖGD zu stärken, um auch den Patientengruppen eine angemessene gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen, die durch die Regelversorgung nicht mehr erreicht werden oder diese selber nicht mehr wahrnehmen können (wie z. B. psychisch Kranke, Drogenabhängige).
- dass die gesundheitlichen Ressourcen älterer Menschen gestärkt und präventive Angebote zum Erhalt ihrer Gesundheit ausgebaut werden. Dadurch kann ein wesentlicher Beitrag zur Vermeidung, Verzögerung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit geleistet werden, die bei vielen älteren Menschen zum Verlust angesparten Vermögens und damit in die Armut führen kann.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 begrüßt die im Koalitionsentwurf für ein Gesetz zur Förderung der Prävention vorgesehene Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Ausweitung der bestehenden Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen. Durch diese Maßnahmen können besonders belastete und präventionsferne Bevölkerungsgruppen besser identifiziert und entsprechend beraten werden.



TOP II Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

Titel: Befunderhebung und Befunddokumentation bei akut traumatisierten Patienten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. König, MPH, Herrn Dr. Rehorn, Frau Löber-Kraemer, Herrn Dr. Loula, Herrn Dr. Hammer, Herrn Dr. Holzborn, Herrn Zimmer, Frau Dr. Friedländer, Herrn Dr. Heister, Frau Dr. Stauch und Herrn Dr. Funken (Drucksache II - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Gewalt ist ein weitverbreitetes Phänomen in unserer Gesellschaft. Alle Bevölkerungs- und Altersschichten können Gewalttätigkeiten ausgesetzt sein. Allerdings gibt es deutliche Unterschiede innerhalb der sozialen Schichten. Menschen, die in unteren sozialen Schichten oder in Armut leben, sind deutlich häufiger Opfer akuter Traumatisierungen.

Die Bundesärztekammer wird beauftragt, anhand vorhandener Konzepte ein einfaches Modul zur Befundaufnahme und Befunddokumentation bei akut traumatisierten Patienten zu erarbeiten und den einzelnen Landesärztekammern zur Verfügung zu stellen. Bereits in der Praxis bewährte Maßnahmen sowie gut evaluierte Checklisten sollen dafür als Grundlage dienen. Die Landesärztekammern können dieses Konzept dann über die Kreisstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kammern an alle Ärztinnen und Ärzte in den Praxen, an die Notfallpraxen und Krankenhäuser weiterleiten.

Ziel soll sein, dass sich innerhalb von maximal einem Jahr die Kenntnisse und Vorgehensweise bei der Befunderhebung und Befunddokumentation deutlich bessern.



TOP II Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

Titel: Gesundheitliche Chancengleichheit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Huber (Drucksache II - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, sich als Partner an der Gemeinschaftsinitiative zur Unterstützung des Kongresses "Armut und Gesundheit", der bereits von der Ärztekammer Berlin gefördert wird, zu beteiligen.

Begründung:

"Soziale Lage und Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang. Die Lebenserwartung hängt in Deutschland stark vom Einkommen, vom Bildungsstand und von der beruflichen Stellung ab: Männer des unteren Einkommensviertels sterben im Durchschnitt rund elf Jahre früher als Männer im oberen Einkommensviertel. Bei Frauen beträgt der Unterschied rund acht Jahre." (<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/hintergruende-daten-materialien/soziale-lage-und-gesundheit-daten-fakten>).

Die wissenschaftliche Datenlage zeigt eindeutig:

- Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen haben eine geringere Lebenserwartung
- von Armut betroffene Personen sind häufiger aufgrund von Gesundheitsproblemen in der Alltagsbewältigung eingeschränkt
- gesundheitsriskante Verhaltensweisen sind bei Personen, die in Armut leben, stärker verbreitet
- Armut geht mit einer geringeren sozialen Unterstützung einher
- der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit hat sich in den letzten Jahrzehnten nicht verringert

Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung aus dem Jahre 2013 bestätigt, dass über 15 Prozent der Bevölkerung in Armut leben. Dies entspricht einer Zahl von ca. 12 Mio. Menschen. Allein 2,5 Mio. Kinder sind betroffen.

Der Kongress "Armut und Gesundheit" ist die größte regelmäßig stattfindende Public-



Health-Veranstaltung in Deutschland und thematisiert in zahlreichen Einzelveranstaltungen Strategien zur Verbesserung der Gesundheitschancen sozial Benachteiligter.



TOP II Gesundheitliche Auswirkungen von Armut

Titel: Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Scholze, Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Herrn Dr. Huber und Herrn Dr. Rühmkorf (Drucksache II - 04) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 hält es für erforderlich, dass die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit wesentlich stärkere Berücksichtigung finden, dies insbesondere in den Bereichen Prävention, Diagnostik und Therapie.

Deshalb spricht sich der 116. Deutsche Ärztetag 2013 dafür aus, Zusammenhänge zwischen Krankheit und Armut sowie Zusammenhänge zwischen Krankheit und sozialer Ungleichheit strukturiert in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung zu implementieren.

Des Weiteren sollen neue Präventions- und Behandlungskonzepte entwickelt werden, die der höheren Erkrankungsrate im Falle von Armut und sozialer Ungleichheit Rechnung tragen.

Begründung:

Eine Reihe epidemiologischer Studien zeigt: Das Ausmaß gesundheitlicher Störungen korreliert in einem Land sehr eng mit dem Grad an Armut und sozialer Ungleichheit. Industrienationen mit höherer Ungleichheit bei der Einkommensverteilung schneiden bei Lebenserwartung, Säuglingssterblichkeit, Fettleibigkeit, psychischen Erkrankungen, einschließlich Alkohol- und Drogensucht und Suizidrate, sehr viel ungünstiger ab als Industrienationen mit weniger sozialer Ungleichheit (u. a.: Wilkinson und Pickett 2009).



TOP III Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung

- III - 01 Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung
- III - 02 Novellierung der (Muster-)Fortbildungsordnung



TOP III Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung

Titel: Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Buckisch-Urbanke, MPH, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther, Herrn Wagenknecht und Herrn Lange (Drucksache III - 01-01) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Der 116. Deutsche Ärztetag beschließt die überarbeitete (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) gemäß **Anlage** und bittet die Landesärztekammern, diese bundeseinheitlich und zeitnah in den Kammerbereichen umzusetzen.



TOP III Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung

Titel: Novellierung der (Muster-)Fortbildungsordnung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Schulze, Herrn Dr. Fabian, Herrn Prof. Dr. Knichwitz, Herrn Dr. Mitrenga und Herrn Prof. Dr. Haubitz (Drucksache III - 02) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Die 2004 erstmalig beschlossene (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) hat sich als anwendungssicher, unbürokratisch und allen Arztgruppen gleichermaßen gerecht werdend erwiesen. Voraussetzung hierfür war der für alle Ärztinnen und Ärzte freie und gleiche Zugang zu Fortbildung und zur Fortbildungspunkten, wesentlich basierend auf dem Gebot der Arztöffentlichkeit von Fortbildung und der freien Wahl von Fortbildungsinhalten und -methoden.

Alle Vorschläge zur Novellierung der MFO werden sich daher daran messen lassen müssen, ob sie einen Beitrag dazu leisten, die oben genannten Charakteristika der MFO zu erhalten bzw. zu stärken.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Kompetenzbasierte Weiterbildung

Abschnitt A (§§-Teil)

Abschnitte B und C

Befugnis

Übergreifendes

Allgemeines

Verfahren der Novellierung

Evaluation der Weiterbildung

Ambulante Weiterbildung



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Kompetenzbasierte Weiterbildung

- IV - 06 Kompetenzorientierte Weiterbildung stärken
- IV - 36 (Muster-)Weiterbildungsordnung überprüfen
- IV - 29 Löst die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung die alten Probleme? - Kriterienkatalog erarbeiten
- IV - 20 Vertiefung der ärztlichen Kompetenz während der Weiterbildung
- IV - 21 Kompetenzbasierte Weiterbildung - Verzicht auf Level 4
- IV - 14 Curriculum für die ärztliche Weiterbildung
- IV - 15 Dokumentation der Kompetenzen in der Weiterbildung
- IV - 18 Inhaltliche Ausrichtung der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- IV - 19 Inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Kompetenzorientierte Weiterbildung stärken

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 06) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Ärztliche Weiterbildung ist seit jeher strukturierter Kompetenzerwerb. Die jetzt von der Bundesärztekammer angestoßene Diskussion im Sinne einer kompetenzorientierten Weiterbildung dient mithin der weiteren Differenzierung und Präzisierung des bisher verfolgten Konzeptes und damit der Glaubwürdigkeit von Weiterbildung und Weiterbildungern und wird vom 116. Deutschen Ärztetag 2013 ausdrücklich unterstützt.

Der medizinische Fortschritt hat es in den letzten Jahrzehnten mit sich gebracht, dass immer mehr Kenntnisse, Fähigkeiten und praktische Fertigkeiten in den einzelnen Fachgebieten im Rahmen der Weiterbildung vermittelt werden müssen. Dies führt unweigerlich dazu, dass bei nicht beliebig verlängerbarer Weiterbildungszeit nicht mehr alle Fähigkeiten und Fertigkeiten in gleichem Maße in der Weiterbildung vermittelt werden können.

Die jetzt von der Bundesärztekammer vorgeschlagene Darstellungssystematik anhand von vier Kompetenzebenen ist prinzipiell geeignet, eine fachlich identitätsstiftende, transparente und praktikable Darstellung der im Rahmen der Weiterbildung zu erwerbenden Kompetenzen zu erreichen. Dazu ist es aber unerlässlich, dass die Zuordnung zu den einzelnen Kompetenzebenen sowohl auf Kenntnisse als auch auf Fähigkeiten und praktische Fertigkeiten angewendet wird.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 votiert daher dafür, die bisher vorgelegten Konzepte unter Beachtung der weiteren Kommentare der Fachgesellschaften und Berufsverbände zu überarbeiten und anzupassen. Dabei ist zur Wahrung der jeweiligen fachärztlichen Identität auch sicherzustellen, dass erkennbar wird, dass die einzelnen Kompetenzebenen sinnvoll miteinander zu verknüpfen sind.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: (Muster-)Weiterbildungsordnung überprüfen

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Wesiack, Herrn Zimmer, Herrn Dr. Römer, Herrn Prof. Dr. Schwantes, Herrn Dr. Reinhardt und Herrn Dr. Mitrenga (Drucksache IV - 36) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Die jetzige (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) orientiert sich zu sehr an Leistungszahlen. Mit der starken Betonung von beschriebenen Kompetenzen soll dieses Manko behoben werden. Dazu wurde eine Struktur hierarchisch gegliederter Kompetenzebenen vorgegeben. Sowohl die Bundesärztekammer als auch die wissenschaftlichen Gesellschaften haben sich Mühe gegeben, dieses Konzept durch sachkundige Arbeit inhaltlich auszufüllen.

Damit wird es dem Deutschen Ärztetag ermöglicht, das Konzept der Kompetenzebenen grundsätzlich daraufhin zu überprüfen, ob die wesentlichen Forderungen, die an eine funktionierende Weiterbildungsordnung gestellt werden müssen, auch erfüllt werden.

Das Modell der Kompetenzlevel/-ebenen basiert auf einer hierarchisch orientierten Struktur, die zu einzelnen Fachgebieten passt. Ob sie auf alle Fachgebiete übertragbar ist, muss überprüft werden.

Insbesondere in der Allgemeinmedizin, deren Kompetenz sich mehr an einem breit angelegten Wissen ohne Spezialisierung orientieren muss, und in der Inneren Medizin mit ihren Schwerpunkten, die sowohl die klinische Breite als auch das spezialisierte Wissen in den Schwerpunkten durch Kompetenzebenen abbildet, muss die Anwendung der Kompetenzlevel/-ebenen besonders analysiert werden.

Folgende Essentials einer funktionierenden MWBO müssen deshalb überprüft werden:

- Umsetzung einer qualifizierten Weiterbildung in einer angemessenen Weiterbildungszeit
- Einbindung der ambulanten Versorgungsinhalte in die Weiterbildung, um wieder alle notwendigen Inhalte abzubilden
- rechtssichere Definition der Fachgebietsinhalte über das System der Kompetenzebenen
- sozialrechtliche Konsequenz mit rechtssicherer Definition der Leistungskataloge der Fachgebiete und Schwerpunkte, um die Grundlage für die Struktur und die Finanzierung in Praxis und Klinik abzubilden



- Erhalt der fachlichen Identität der Fachgebiete und ihrer Schwerpunkte

Die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern und die Berufsverbände werden aufgefordert, gemeinsam zu überprüfen, ob diese Essentials ausreichend in dem auf der Basis von Kompetenzebenen vorgelegten Entwurf abgebildet werden. Eine Beschlussfassung über die Reform der MWBO durch den Deutschen Ärztetag kann erst nach gemeinsamer Festlegung der Struktur dieser neuen Weiterbildungsordnung erfolgen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Löst die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung die alten Probleme? -
Kriterienkatalog erarbeiten

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Fabian, Herrn Dr. Schulze, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Prof. Dr. Knichwitz, Herrn Dr. Voigt und Herrn Prof. Dr. Haubitz (Drucksache IV - 29) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 begrüßt die ersten konkreten Schritte hin zu einer neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). Um aber eine tatsächliche Verbesserung der Weiterbildung zu erreichen, bedarf es einer ständigen Evaluation des Erreichten und einer eindeutigen Begriffsfestlegung.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 beauftragt die Bundesärztekammer, den Mehrwert der neuen MWBO bis zum 117. Deutschen Ärztetag 2014 darzustellen. Die auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 vorgelegten Vorschläge der Fachgesellschaften zur neuen kompetenzorientierten MWBO sind mit der Hilfe der Landesärztekammern und Berufsverbände einer gründlichen Prüfung zu unterziehen, die feststellt, ob die Anforderungen an eine neue Weiterbildungsordnung auf dem jetzt beschrittenen Weg besser erreicht werden können als bisher.

Die Prüfkriterien sind durch den Deutschen Ärztetag bereits beschlossen (siehe Beschlüsse 112. Deutscher Ärztetag 2009: Drs. IV-05, IV-07, IV-30, Drs. IV-02 und IV-31 und 113. Deutscher Ärztetag 2010: Drs. III-09).



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Vertiefung der ärztlichen Kompetenz während der Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 20) 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, in der Novelle der MWBO zu unterscheiden, in welcher Tiefe ein Weiterzubildender über die jeweilige Kompetenz verfügt. Die Vertiefung der zu erlangenden Kompetenzen von Beginn der Weiterbildung an bis zur Facharztstufe muss im Sinne eines Spiralcurriculums, in dem sich die Inhalte zwar wiederholen und vertiefen, aber nicht redundant sind, angeordnet werden.

Beispiel:

Kompetenzebene 3a:

Beherrschung einer Kompetenz unter direkter Supervision

Kompetenzebene 3b:

Selbstständige Beherrschung einer Kompetenz mit Unterstützung auf Anfrage

Kompetenzebene 3c:

Eigenverantwortliche Beherrschung einer Kompetenz (Facharztstufe)

Begründung:

Die derzeit vorgegebenen Kompetenzebenen sind nicht förderlich für die Formulierung eines kompetenzbasierten Curriculums, sondern stellen vielmehr einen Rahmen für die Aufgliederung der Inhalte der ärztlichen Tätigkeit dar.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Kompetenzbasierte Weiterbildung - Verzicht auf Level 4

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 21) 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 bislang vorgesehene Level 4 (Dokumentation der Richtzahlen) mit Umsetzung einer kompetenzbasierten Weiterbildung entfallen zu lassen.

Begründung:

Die für Level 4 vorgesehenen Richtzahlen sind bei einer Kompetenzbasierung nicht nur überflüssig, sondern konterkarieren die Etablierung und konsequente Umsetzung einer kompetenzbasierten Weiterbildung. Das Erreichen der Richtzahlen in der Levelaufteilung wird dem Erreichen der tatsächlichen Kompetenz übergeordnet. Dies bedingt einen "Wertverlust" für den Kompetenzbegriff: In dem Moment, in dem die Richtzahlen erfüllt sind, muss der Weiterbilder sich nicht mehr fragen, ob die Kompetenz erreicht wurde. Gegebenenfalls sind sogar die Richtzahlen erreicht, bevor der Weiterzubildende über die Kompetenz verfügt - trotzdem wird die Kompetenz bescheinigt! Diese Gefahr besteht umso mehr, wenn die Richtzahlen reduziert werden.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Curriculum für die ärztliche Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 14) 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 Curriculum der ärztlichen Weiterbildung so zu konzipieren, dass definierte Kompetenzniveaus je nach Stand der Weiterbildung im Curriculum vorgesehen sind, aufeinander aufbauen und sich longitudinal während der Weiterbildung vertiefen.

1. Dies bedeutet, dass nicht alle Kompetenzen in den ersten Jahren begonnen werden und leichter zu erlernende Kompetenzen am Anfang stehen sollten.
Beispiel: Durchführung einer Appendektomie im ersten Weiterbildungsjahr und einer Hemikolektomie im dritten oder vierten Jahr.
2. Dies bedeutet, dass die Komplexität der Kompetenzen während der Weiterbildung zunimmt.
Beispiel: Blutdruckeinstellung beim sonst gesunden Patienten gegenüber der beim polymorbiden Patienten.
3. Dies bedeutet, dass die Kompetenzniveaus über die Dauer der Weiterbildung vertieft werden sollten.
Beispiel: Anfangs Therapieplanung unter direkter Supervision, wohingegen später bei selbiger nur noch Rücksprache beim Auftreten von Problemen erforderlich ist.

Begründung:

In dem bislang bekannten, beispielhaften Curriculumsentwurf ist keine Entwicklung der Kompetenzen im Sinne eines Spiralcurriculums vorgesehen, vielmehr scheinen die verschiedenen Kompetenzen nacheinander "abgearbeitet" zu werden. Zudem entsteht der Eindruck, dass eine einheitliche Struktur für alle Weiterbildungsstätten gewünscht ist, was der unterschiedlichen Ausrichtung der Kliniken und Abteilungen nicht gerecht werden kann.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Dokumentation der Kompetenzen in der Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 15) 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, die Novellierung der MWBO so zu gestalten, dass nicht erst am Ende der Facharztweiterbildung eine Bescheinigung über alle Kompetenzen ausgestellt wird. Vielmehr sollte in dem Moment, in dem ein Weiterzubildender über die jeweilige Kompetenz verfügt, diese auch dokumentiert werden.

Beispiel:

Die Befähigung zur EKG-Befundung wird je nach Lernkurve z. B. nach fünf Monaten dokumentiert, wohingegen die Kompetenz der Indikationsstellung zur Elektrokardioversion später erreicht wird.

Begründung:

In dem Moment, in dem eine Kompetenz beherrscht wird, ist die Weiterbildung für diese definierte Kompetenz beendet.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Inhaltliche Ausrichtung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 18) 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, die Kompetenzen eines jeden Facharztes an den verschiedenen durch einen Arzt auszufüllenden Rollen zu orientieren, wie sie z. B. in den CanMEDs (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's physician framework for medical education) definiert werden.

Begründung:

Die bislang vorgenommene Zuordnung der zu definierenden Kompetenzen zu verschiedenen Kompetenzblöcken lässt vermissen, dass sich die Kompetenzen in einen Gesamtzusammenhang einfügen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike und Frau Dr. Müller-Dannecker (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, bei der Definition der Facharztkompetenzen darauf zu achten, dass diese direkt an die Inhalte der ärztlichen Ausbildung anschließen. Um dies sicherzustellen, sollte an den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), welcher gerade für die Kompetenzbasierung des Medizinstudiums erarbeitet wird, angeknüpft werden. Sowohl die Erstellung des NKLM als auch die Novelle der MWBO stellen einen außerordentlichen Aufwand für alle involvierten Organisationen und Gremien dar, sodass sinnvollerweise zu einem möglichst frühen Zeitpunkt die inhaltliche Abstimmung erfolgen soll, um Mehrarbeit möglichst zu vermeiden.

Begründung:

Die Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) wurden 2008 mit der Erarbeitung eines Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) von der Kultusministerienkonferenz (KMK) beauftragt, um so einen kompetenzorientierten Katalog zu erstellen, der sich am Berufsziel des Arztes orientiert. Da nun die Facharztweiterbildung reformiert und dann ebenfalls kompetenzbasiert formuliert werden soll, muss auf den lückenlosen Anschluss an die Ausbildungsziele geachtet werden. Außerdem sollen durch die Berücksichtigung der im NKLM definierten Ziele didaktisch nicht wertvolle Redundanzen vermieden werden.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Abschnitt A (§§-Teil)

- IV - 11 Strukturierte Weiterbildung auch bei Teilzeittätigkeiten sicherstellen!
- IV - 32 Einzelfallentscheidungen zur Anerkennung von Weiterbildungszeiten



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Strukturierte Weiterbildung auch bei Teilzeittätigkeiten sicherstellen!

Beschluss

Auf Antrag von Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lücke (Drucksache IV - 11) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Ärztekammern und Weiterbilder auf, Regelungen zu schaffen, die eine strukturierte Weiterbildung auch im Rahmen von Teilzeittätigkeiten und im Verlauf von Schwangerschaftszeiten sicherstellen.

Begründung:

Eine strukturierte Weiterbildung bei Teilzeittätigkeiten ist in vielen Häusern nicht sichergestellt, da Dienstpläne und Weiterbildungscurricula in der Regel auf Vollzeitbeschäftigung ausgelegt sind und Teilzeitbeschäftigte daher häufig als "Springer" eingesetzt werden.

Die Ärztekammern sollten daher die Vergabe von Befugnissen an Curricula knüpfen, die eine Weiterbildung in Teilzeittätigkeit berücksichtigen. Es ist seitens der Kammern notwendig, Teilzeittätigkeiten auf die Weiterbildung anzurechnen. Es genügt jedoch im Hinblick auf den gesetzlichen Auftrag der Ärztekammern nicht allein, die Facharztausbildung auch qualitativ sicherzustellen.

Die Arbeitgeber sind ihrerseits aufgefordert, intelligente Arbeitszeitmodelle zu entwickeln und anzubieten, die eine Weiterbildung in Teilzeit problemlos ermöglichen, und/oder die Voraussetzungen für eine Vollzeitbeschäftigung auch junger Eltern zu schaffen (z. B. Betriebskita).



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Einzelfallentscheidungen zur Anerkennung von Weiterbildungszeiten

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker und Frau Kulike (Drucksache IV - 32) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau Dr. Groß, M.A. (Drucksache IV - 32a) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf werden die Landesärztekammern aufgerufen, die geltenden Weiterbildungsordnungen so zu handhaben, dass allen Ärztekammern vermehrt Einzelfallentscheidungen möglich sind, die auch kürzere Abschnitte oder geringere Teilzeitanteile anerkennungsfähig machen, sofern weiterbildungsrelevante Inhalte erworben und nachgewiesen werden.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte, die sich bei dem Versuch, Familie und Arztberuf zu vereinen, für eine Teilzeittätigkeit entschieden haben, sollten, gerade auch angesichts der Diskussion um die Attraktivitätssteigerung des Arztberufes für den ärztlichen Nachwuchs, der sich unter anderem durch einen steigenden Frauenanteil auszeichnet, unterstützt werden. Auch angesichts der geplanten Kompetenzorientierung der ärztlichen Weiterbildung ist es schlüssig, sich mehr an den Inhalten der beruflichen Tätigkeit als an formalen Kriterien zu orientieren.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Abschnitte B und C

- IV - 25 Zusammenlegung der Fachärzte für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie
- IV - 42 Röntgendiagnostik ist integraler Bestandteil des Facharztes Orthopädie und Unfallchirurgie
- IV - 12 Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie intensivieren, nicht zeitlich ausweiten



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Zusammenlegung der Fachärzte für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike, Herrn Dr. Thierse und Herrn Dr. Albrecht, MBA (Drucksache IV - 25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Fachärzte für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie sollen in einem gemeinsamen Facharzt (Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie) zusammengelegt werden, da sich die inhaltlichen Anforderungsprofile der beiden Fachärzte kaum mehr unterscheidet. Für die Ausgestaltung der Zusammenlegung muss die geltende EU-Richtlinie berücksichtigt werden, um die europäische Mobilität nicht zu gefährden.

Zusätzlich ist die Einführung einer neuen Zusatz-Weiterbildung "Spezielle Viszeralchirurgie" für den viszeralchirurgischen Spezialisten erforderlich.

Begründung:

Seitdem bereits einige Landesärztekammern die geforderten Operationszahlen im Logbuch zum Facharzt für Viszeralchirurgie deutlich reduziert und damit der tatsächlichen Weiterbildungsrealität in den Kliniken angepasst haben, sind qualitative Unterschiede in den Fachärzten für Viszeralchirurgie und Allgemeine Chirurgie kaum mehr zu belegen. Weder Kliniken der Grund- und Regelversorgung und der Maximalversorgung noch die Universitätskliniken können offensichtlich die geforderten Inhalte in der gewünschten Zeit, in der gewünschten Qualität und in den bislang für den Facharzt für Viszeralchirurgie geforderten Mindestzahlen weiterbilden. Somit war die Reduzierung der Operationszahlen folgerichtig und sinnvoll, auch um die "Zahlenehrlichkeit" zu fördern.

Ein weiterer zwingender Grund für die Zusammenlegung der beiden Gebiete ist die Erkenntnis, dass die verpflichtende Rotation im Gebiet Allgemeine Chirurgie in die Orthopädie/Unfallchirurgie für ein Jahr meist nicht funktioniert. Diese "Pflichtrotation" ist nur einseitig von der Allgemeinen Chirurgie zur Orthopädie/Unfallchirurgie vorgeschrieben, jedoch nicht umgekehrt. Dadurch fehlt es an interessierten "Tauschpartnern". Eine zwangsläufige Folge davon ist, dass die "Fremdlinge" kaum oder nur bei kleinsten Operationen zum selbstständigen Operieren eingeteilt werden. Damit werden die geforderten unfallchirurgischen Operationszahlen, vor allem die



Osteosynthesen, in dieser Zeit in der Regel nicht erworben.

So ist der Facharzt für Allgemeine Chirurgie, der in der Lage sein soll, eigenständige Operationen sowohl auf dem Gebiet der Unfallchirurgie/Orthopädie als auch der Viszeralchirurgie durchzuführen, in der heutigen Klinikrealität und angesichts der veränderten Arbeitszeitmodelle in einer angemessenen Weiterbildungszeit nicht weiterbildbar.

Damit stimmt der bisherige Anspruch nicht mehr, dass der Facharzt für Allgemeine Chirurgie nachts notfallmäßig selbstständig ebenso eine Schenkelhalsfraktur oder Sprunggelenksfraktur operieren kann. Dies sollte er mit der geringen Weiterbildung auch nicht mehr tun.

Für den zusammengelegten Facharzt für "Allgemeine Viszeralchirurgie" ist es dann ausreichend, unfallchirurgische Basiskenntnisse nachzuweisen. Das "gewonnene" Jahr kann zur dringend notwendigen Vertiefung der allgemein-/viszeralchirurgischen Weiterbildung genutzt werden.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Röntgendiagnostik ist integraler Bestandteil des Facharztes Orthopädie und Unfallchirurgie

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Miller, Herrn Dr. Roder und Herrn Prof. Dr. Hettenbach (Drucksache IV - 42) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Die Inhalte der fachgebundenen Röntgendiagnostik werden (wieder) in die Facharztweiterbildung aufgenommen.

Begründung:

Die aktuelle (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) fordert für Fachärzte generell eine Zusatz-Weiterbildung im fachgebundenen Röntgen. Im Fall der Orthopädie und Unfallchirurgie geht die tägliche Weiterbildung im Röntgen in Diagnostik und Verlaufskontrolle weit über das intraoperative Röntgen hinaus.

Diese Realität hat sich auch in den vergangenen zehn Jahren nicht geändert. Die Korrektur der MWBO in diesem Detail soll dem täglichen Arbeiten gerecht werden. Die aktuell geforderte zusätzliche Prüfung bei kompletter Anrechenbarkeit der Weiterbildungszeiten führt lediglich zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten.

Ausdrücklich begrüßt wird die geforderte Zusatzqualifikation für Fachärzte, die die Röntgendiagnostik nicht (mehr) innerhalb der Weiterbildung erwerben können.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie intensivieren, nicht zeitlich ausweiten

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Reuther, Herrn Dr. Gehle und Herrn Dr. Schulze (Drucksache IV - 12) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Die Facharztweiterbildungszeit im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie soll weiterhin, wie in den meisten anderen Fachgebieten, fünf Jahre betragen.

Begründung:

Im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie ist der Mangel an Ärztinnen und Ärzten, die sich hier weiterbilden lassen möchten, besonders eklatant. Die zuständige Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) macht nun Versuche, diesen Umstand dadurch zu lösen, dass sie eine Verlängerung der Weiterbildungszeit von fünf auf sechs Jahre durchzusetzen versucht. Rein rechnerisch stünden hierdurch weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte länger zur Verfügung. Die Fachgesellschaft bedient sich zur Begründung des Arguments, dass der neue, von ihr vorgeschlagene erweiterte Umfang der Weiterbildung nicht in fünf Jahren vermittelt werden könne. Eine zeitliche Verlängerung der Weiterbildungszeit würde junge Ärztinnen und Ärzte jedoch eher davon abschrecken, dieses Fachgebiet zu ergreifen. Früher mussten Assistentinnen und Assistenten in der Psychiatrie Tausende von Euro für Pflichtkurse bezahlen, die nunmehr zumeist von den Arbeitgebern angeboten werden. Daher befremdet es, dass diese nun mit neuerlichen Maßnahmen überzogen werden sollen, die das Fach für sie unattraktiv machen. Eine bessere Strukturierung mit Kondensierung der Weiterbildung kann auch unter den aktuellen Erfordernissen des Fachs weiterhin eine Facharztreihe in fünf Jahren Weiterbildungszeit ermöglichen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Befugnis

- IV - 24 (Muster-)Weiterbildungsordnung - Richtlinien Weiterbildungsbefugte
- IV - 17 Unterstützung der Weiterbildungsbefugten



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: (Muster-)Weiterbildungsordnung - Richtlinien Weiterbildungsbefugte

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Müller und Frau Dr. Lux (Drucksache IV - 24) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, im Rahmen der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) auch grundsätzliche Empfehlungen für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis und für die Durchführung der Weiterbildung in Praxis und Klinik zu erarbeiten.

Diese sollen der Qualitätssicherung in der Weiterbildung und der einheitlichen Umsetzung und Anwendung der MWBO in den einzelnen Kammern dienen.

Begründung:

Bereits der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel hatte auf Antrag von Herrn PD Dr. Dr. Preclik und Herrn Hesse (Drs. IV-04) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Dr. Herrmann (Drs. IV-04a) diesen Auftrag an die Bundesärztekammer erteilt, der jedoch nicht umgesetzt wurde (Tätigkeitsbericht 2011 der Bundesärztekammer, Seite 509). Der Ausschuss "Ärztliche Weiterbildung" beschloss in der Sitzung vom 19.09.2011, dass dieses Thema bei der Überarbeitung/Novellierung der MWBO wieder aufgegriffen werden könne.

In der Begründung zu Antrag IV-4 wurde darauf hingewiesen, dass im Gegensatz zu der einheitlich angewendeten Weiterbildungsordnung die Kriterien, nach denen die Befugnis zur Weiterbildung beurteilt und vergeben wird, nicht transparent und in den Ländern erheblich different seien. Dies bedinge erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Organisation und der Durchführung der Weiterbildung. Hier können grundsätzliche Empfehlungen die Bedingungen vereinheitlichen.

Gerade im Zuge der Novellierung der MWBO und ihrer Umsetzung in den Landesärztekammern werden bei der zunehmenden Betonung der Weiterbildungsinhalte die Weiterbildungsbefugnisse und die Kriterien ihrer Erteilung weiter an Bedeutung zunehmen. Daher sind Empfehlungen zu den Kriterien von besonderer Wichtigkeit.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Unterstützung der Weiterbildungsbefugten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 17) 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, die Weiterbildungsbefugten in der Umsetzung einer derart ambitionierten Novelle der MWBO zu unterstützen. Dafür empfiehlt der 116. Deutsche Ärztetag 2013, dass

1. die Weiterbilder ein Schulungsangebot erhalten, wie sie kompetenzbasiert weiterbilden und die erlangten Kompetenzen auch dokumentieren können. Sie sollen auch bei der weiterbildungsstätten-spezifischen Umsetzung des angestrebten Curriculums beraten werden.
2. die Weiterbilder in der direkten Weiterbildungstätigkeit durch Mentoren unterstützt werden.
3. die Qualität der Weiterbildung überprüft wird und wo nötig, die Weiterbildungsbefugten Unterstützung durch die jeweilige Landesärztekammer erfahren, um die Qualität der ärztlichen Weiterbildung zu verbessern.

Begründung:

Bislang ist nicht klar, wie ein so umfangreicher Kulturwandel hin zur kompetenzbasierten Weiterbildung in der Praxis realisiert werden soll.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Übergreifendes

- IV - 07 Simulatortraining ist eine sinnvolle Ergänzung in der kompetenzorientierten Weiterbildung
- IV - 13 Psychosomatische Grundversorgung in den somatischen Fächern
- IV - 23 Rehabilitation in der fachärztlichen Weiterbildung
- IV - 33 Ärztliche Weiterbildung - Fachübergreifende Kurse
- IV - 40 Konservative Weiterbildungsinhalte in gemischten Fächern



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Simulatortraining ist eine sinnvolle Ergänzung in der kompetenzorientierten Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Reuther, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Prof. Dr. Knichwitz (Drucksache IV - 07) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Die unterstützende Einführung eines Simulatortrainings als zusätzliches didaktisches Weiterbildungsangebot wird vom 116. Deutschen Ärztetag 2013 ausdrücklich begrüßt.

Voraussetzung für ein sinnvolles Simulatortraining ist Freiwilligkeit, Zertifizierung von der Ärztekammer und Durchführung von einem nach den Regeln der Weiterbildungsordnung befugten Weiterbilder.

Das bekannteste Beispiel, das Reanimationstraining (Mega-Code-Training), ist bereits seit Jahren ein unverzichtbarer Bestandteil, um die Reanimation bei Kindern und Erwachsenen regelmäßig zu trainieren.

Ähnlich wie bei der Pilotenausbildung gibt es mittlerweile auch ein vielfältiges Angebot an ärztlichen Simulationsmodellen: Sonografie, ossäre Punktion, Endoskopie und Bronchoskopie, bis hin zum Patientengespräch im Simulationszentrum zur studentischen Ausbildung und in sogenannten Skills Lab.

Die ärztliche Weiterbildung kann von der strukturierten Einführung dieser Modelle erheblich profitieren.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Psychosomatische Grundversorgung in den somatischen Fächern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Berneburg, Frau Löber-Kraemer, Frau Dr. Pfaffinger und Frau Dr. Groß, M.A. (Drucksache IV - 13) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Rahmen der neu zu gestaltenden (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) soll in allen Fachgebieten mit direktem Patientenbezug die psychosomatische Grundversorgung festgeschrieben werden. Diese Kompetenz ist als 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung in die Weiterbildungsinhalte der Gebiete obligat zu integrieren.

Begründung:

In aktuellen Statistiken der Ursachen von Arbeitsfehlzeiten und Gründen für vorzeitige Berentung nehmen die psychischen und psychosomatischen Leiden einen immer größeren Stellenwert ein.

Immer häufiger wird erkannt, dass eine Vielzahl von organbezogenen Krankheitssymptomen nicht allein durch morphologische Veränderungen oder Funktionspathologien erklärbar sind. Weiterhin gelangen die psychischen Folgen und Begleiterscheinungen einer körperlichen Erkrankung mehr und mehr in den Fokus der Medizin. Auch in den Fächern der Organmedizin ist es unumgänglich, dass Kompetenzen zur Erkennung dieser Zusammenhänge und zum Umgang mit diesen Aspekten eines Krankheitsbildes zum fachärztlichen Wissen gehören müssen. Hierdurch besteht die Möglichkeit, den Behandlungsverlauf einer Erkrankung zum Vorteil der Patienten zu optimieren, unnötige somatische Interventionen zu vermeiden und somit auch Fehlallokationen medizinischer Ressourcen zu verringern.

Nur die Fachärzte für Allgemeinmedizin und Gynäkologie und Geburtshilfe sind neben den sogenannten Psych-Fachärzten, den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die einzigen Fachgruppen, die die psychosomatische Grundversorgung obligat in der MWBO inkludiert haben.



Zwar wird die Psychosomatik in der Fachgebietsdefinition erwähnt und werden auch einige spezielle Kenntnisse aufgeführt, was aber fehlt, ist der 80 Stunden Kurs - Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung, wie es in der MWBO der Bundesärztekammer von 2010 für die Fächer Allgemeinmedizin und Gynäkologie und Geburtshilfe steht.

Nur besonders weitergebildete Fachärzte mit Absolvierung des Kurses für psychosomatische Grundversorgung oder der Zusatzbezeichnung Psychotherapie - fachgebunden - können diese Leistungen abrechnen.

Um diesen Mangel zu beheben, ist es notwendig, in allen Fachgebieten mit direktem Patientenbezug diesen Weiterbildungsinhalt einzuführen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Rehabilitation in der fachärztlichen Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Albrecht, MBA, Herrn Dr. Bobbert, Herrn Brost, Herrn Dr. Thierse und Herrn Dr. Jonitz (Drucksache IV - 23) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert, dass Aspekte und Schwerpunktthemen der Rehabilitation in die fachärztliche Weiterbildung aufgenommen werden. In der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) soll dies zunächst für Fachärzte mit einem breiten Versorgungsauftrag wie Allgemeinmediziner, Internisten, Orthopäden und Unfallchirurgen sowie Neurologen festgelegt werden.

Begründung:

Ärzte haben in ihrem beruflichen Alltag neben ihren diagnostischen und kurativen Aufgaben den Auftrag, für eine ganzheitliche Versorgung zu sorgen und diese auch zu sichern. Neben der Akutversorgung gehört dazu auch die Nutzung zusätzlicher Angebote der therapeutischen Kette, wie beispielsweise der Rehabilitation.

Grundkenntnisse dazu werden nur in geringem Maße im Rahmen des Medizinstudiums vermittelt, zudem wird deren Relevanz durch die in diesem Stadium der Ausbildung fehlende Beschäftigung und Erfahrung in diesem Bereich meist nicht deutlich. Während der klinischen Weiterbildung und Fachspezialisierung ist zwar die Anschlussheilbehandlung den meisten Ärzten geläufig, andere rehabilitative Möglichkeiten treten dagegen häufig in den Hintergrund, werden also nicht vertieft. Dabei sind angesichts des demografischen Wandels und der zu erwartenden wachsenden Zahl chronisch kranker Menschen neben den akutmedizinischen auch fundierte rehabilitationsmedizinische Kenntnisse gefragt, um Patientinnen und Patienten bei der Steuerung im System der sozialen Sicherheit optimal unterstützen und Sozialleistungsträger in geeigneter Weise in Fragen der medizinischen und rehabilitativen Versorgung beraten zu können.

Um die Versorgungssicherheit hier weiter zu verbessern, wird die Aufnahme von grundlegenden rehabilitationsmedizinischen Aspekten in die Facharztweiterbildung angeregt.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Ärztliche Weiterbildung - Fachübergreifende Kurse

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Müller-Dannecker und Frau Kulike (Drucksache IV - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert, dass im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung fachübergreifende Kurse angeboten werden, die Themen wie Kompetenzen in Kommunikation, Qualitäts- und Prozessmanagement, Ethik, Ökonomie, Führung und Recht aufgreifen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Konservative Weiterbildungsinhalte in gemischten Fächern

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Bärtil, Herrn Dr. Schwiersch, Herrn Dr. Pilz, Frau Haus und Herrn Zimmer (Drucksache IV - 40) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

In der zu novellierenden (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) soll in den Fächern, die sowohl konservativ als auch operativ arbeiten, die Vermittlung von Kompetenzen in konservativen Behandlungsverfahren gestärkt werden.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Allgemeines

- IV - 05 Kompatibilität von Berufs- und Sozialrecht
- IV - 28 Weiterbildungsordnung ist kein Instrument des Sicherstellungsauftrages
- IV - 34 Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung
- IV - 37 Vorrang der (Muster-)Weiterbildungsordnung vor Bundesmantelvertrag
- IV - 35 (Muster-)Weiterbildungsordnung an medizinischen Fortschritt anpassen



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Kompatibilität von Berufs- und Sozialrecht

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lücke (Drucksache IV - 05) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sind als zuständige Institutionen aufgefordert, in einer konzertierten Aktion hinsichtlich der Qualifikationsvoraussetzungen für die GKV-Abrechnungen Berufsrecht und Sozialrecht kompatibel zu machen. In diesem Sinne sind die Anforderungen der Weiterbildungsordnungen sowie die Anforderungen für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zu synchronisieren.

Im Grundsatz ist anzustreben, dass mit dem Erwerb des Facharztstatus die Abrechnungsbefähigung der zum Fach gehörenden ärztlichen Leistungen nach erfolgter Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung immanent verbunden ist.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildungsordnung ist kein Instrument des Sicherstellungsauftrages

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Fabian, Herrn Dr. Schulze, Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Prof. Dr. Knichwitz und Herrn Prof. Dr. Haubitz (Drucksache IV - 28) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) hat die Aufgabe, die grundlegende Qualität der Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Hierzu regelt sie Facharzt- und Gebietsgrenzen.

Darüber hinaus muss die sozialrechtliche Konsequenz der MWBO mit rechtssicherer Definition der Leistungskataloge der Fachgebiete und Schwerpunkte dringend weiter entwickelt werden.

Die MWBO ist kein Instrument, um den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu regeln.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker und Frau Kulike (Drucksache IV - 34) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert eine angemessene Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im klinischen und niedergelassenen Sektor. Zur Sicherung einer guten Weiterbildung müssen Abteilungen eine ausreichende Besetzung mit Fachärzten haben, die Zeit für eine Anleitung haben.

Begründung:

Ärztliche Weiterbildung ist nicht zum Nulltarif zu haben.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Vorrang der (Muster-)Weiterbildungsordnung vor Bundesmantelvertrag

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Damerau-Dambrowski und Herrn Dr. Funken (Drucksache IV - 37) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden aufgerufen, die Vorrangigkeit der Weiterbildungsordnungen der Kammern bei der Formulierung des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 des Bundesmantelvertrages) zu beachten.

Dazu gehört insbesondere, dass Änderungen in der Gebietsdefinition und bei den Inhalten der Weiterbildungsordnung im Bundesmantelvertrag nachvollzogen werden.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: (Muster-)Weiterbildungsordnung an medizinischen Fortschritt anpassen

Beschluss

Auf Antrag von Herrn PD Dr. Heep, Herrn Dr. Botzlar und Herrn Mälzer (Drucksache IV - 35) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 beschließt, den medizinischen Fortschritt der Gebiete in Verfahren und Fertigkeiten in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) stärker als bisher zu berücksichtigen.

Begründung:

Die Überarbeitungen der MWBO haben in der Vergangenheit zu wenig den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. Verfahren und Fertigkeiten in Diagnostik und Therapie sind zum Teil veraltet oder finden keine Anwendung mehr. Dies führt zur Verunsicherung bei Weiterzubildenden und Weiterbildern und gelegentlich auch zu Verschiebungen und Kompetenzstreitigkeiten zwischen einzelnen Gebieten. Die Novellierung der MWBO will gemeinsame Kompetenzen fördern. Den einzelnen Gebieten sollte über die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände die Möglichkeit gegeben werden, in der Novellierung diese Kompetenzen einzubringen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Verfahren der Novellierung

- IV - 22 Kompetenz zur Formulierung einer kompetenzbasierten Weiterbildung
- IV - 01 Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- IV - 44 Leserecht für alle



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Kompetenz zur Formulierung einer kompetenzbasierten Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Kulike und Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache IV - 22) 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, der Novellierung der MWBO hin zu einer Kompetenzbasierung so viel Zeit zu geben, dass die in den entsprechenden Organisationen und Gremien Verantwortlichen die notwendige medizindidaktische Fortbildung erhalten, um ein kompetenzbasiertes Weiterbildungscurriculum sinnvoll entwerfen und ausarbeiten zu können.

Begründung:

Angesichts der großen Herausforderung einer kompetenzbasierten MWBO wird der Bedarf gesehen, das didaktische und pädagogische Wissen zu stärken und die Kompetenz der Fachgesellschaften, Berufsverbände und Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung zur Formulierung und Ausarbeitung eines kompetenzbasierten Weiterbildungscurriculums auszuweiten.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 nimmt den aktuellen Sachstand über die Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zur Kenntnis und bittet die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern, die vorgelegten Vorschläge der Berufsverbände und Fachgesellschaften noch im laufenden Jahr im Konvergenzverfahren zu beraten und möglichst dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 eine beschlussreife Novelle vorzulegen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Leserecht für alle

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Johanning und Frau Kulike (Drucksache IV - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 beschließt ein Leserecht für WIKI-BAEK für alle Ärztinnen und Ärzte.

Begründung:

Bisher sind die Novellierungspläne im Detail nur einer eingeschränkten Öffentlichkeit zugänglich. Wenn der "Kulturwandel" zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung gelingen soll, ist Transparenz für die gesamte Ärzteschaft unabdingbar.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Evaluation der Weiterbildung

- IV - 02 Evaluation der Weiterbildung
- IV - 10 Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung
- IV - 31neu Regelmäßige Evaluation der Weiterbildung



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Evaluation der Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 02) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird gebeten, die Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung aktiv aufzugreifen, um im Jahr 2015 die nächste bundesweite Befragung zur Qualität der Weiterbildung durchzuführen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gehle, Herrn Henke, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache IV - 10) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Die Bundesärztekammer wird beauftragt, bis 2014 für die neukonzipierte Evaluation der Weiterbildung eine konsentierende Pilotversion vorzulegen, die von den dazu bereiten Landesärztekammern einheitlich als Pretest genutzt werden soll.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Regelmäßige Evaluation der Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Buckisch-Urbanke, MPH, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gehle und Herrn Dr. Reuther (Drucksache IV - 31neu) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Bei der Aufstellung künftiger Haushalte der Bundesärztekammer sind die zu einer ordnungsgemäßen Umsetzung der Evaluation der Weiterbildung erforderlichen Haushaltsmittel wieder vorzusehen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Ambulante Weiterbildung

- IV - 03 Stärkung der ambulanten Weiterbildung
- IV - 38 neu Weiterbildung in der ambulanten Versorgung
- IV - 43 Ambulante Weiterbildung
- IV - 04 Weiterbildung in der ambulanten Medizin
- IV - 30 Ambulante Weiterbildung
- IV - 08 Weiterbildung im ambulanten Bereich
- IV - 41 Förderung der ambulanten Weiterbildung in Deutschland



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Stärkung der ambulanten Weiterbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 03) unter Berücksichtigung der Anträge von Herrn Dr. Schweizer (Drucksache IV - 03a) Herrn Dr. Gehle (Drucksache IV - 03b) fasst der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten findet derzeit überwiegend im stationären Bereich statt. Aufgrund der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich wird es zunehmend problematisch, die zum Erwerb der Facharztkompetenz erforderlichen Weiterbildungsinhalte ausschließlich im stationären Bereich zu vermitteln. Zudem lassen sich Krankheitsverläufe und unterschiedliche Schweregrade von Erkrankungen, die eine sektorenübergreifende Behandlung erfordern, besser bei einer sektorenübergreifenden Weiterbildung vermitteln. Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, dass mehr Weiterbildung im ambulanten Bereich, insbesondere in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, stattfindet.

Die ambulante Weiterbildung muss über ihre Inhalte definiert werden. Eine ärztliche Weiterbildung, welche sich primär an den Sektorengrenzen "Vertragsarztpraxis" oder "Krankenhaus" orientiert, kann nicht die Lösung sein. Die Weiterbildung sollte sich, in ihrer Struktur flexibel, an den Erfordernissen des jeweiligen Fachgebietes bzw. Schwerpunktes orientieren.

Ein wesentliches Hindernis für die Weiterbildung in Arztpraxen ist vor allem die Gewährleistung einer angemessenen Vergütung der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte. Eine Ausweitung der ambulanten Weiterbildung darf nicht zu deren Lasten gehen. Unabhängig vom Beschäftigungsort, ob Krankenhaus, Arztpraxis oder eine andere Weiterbildungsstätte, ist ein Tarifgehalt zu zahlen. Somit ist unerlässliche Voraussetzung für die Stärkung der ambulanten Weiterbildung die (Re-)Finanzierung der in § 4 Abs. 1 Satz 3 (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) vorgeschriebenen angemessenen Vergütung der Berufstätigkeit der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte.

Lösungsvorschläge und Forderungen:

- Flexibilisierung des Weiterbildungsrechtes

Gemäß der derzeit geltenden MWBO kann Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich stattfinden. Im Rahmen des anstehenden Novellierungsprozesses



der MWBO wird die Stärkung der ambulanten Weiterbildung dadurch angestrebt, dass sich die für die ambulante Versorgung relevanten Weiterbildungsinhalte ausdrücklich in der MWBO wiederfinden. Die für die ambulante Versorgung relevanten Inhalte sollten - wo sinnvoll und notwendig - in den definierten Kompetenzblöcken aufgegriffen werden.

Weiterbildung soll sich zukünftig weniger an formalen Kriterien (Weiterbildungszeiten) orientieren als vielmehr an inhaltlich definierten Erfordernissen, zu denen u. a. das Kennenlernen von Krankheitsverläufen und unterschiedlichen Schweregraden von Erkrankungen gehören.

Zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung kann ferner beitragen, zukünftig Befugnisse über die gesamte, zur Erlangung einer Facharztkompetenz vorgeschriebene Weiterbildung an einen Gesamtverantwortlichen zu erteilen. Dieser Gesamtverantwortliche hätte dann zu gewährleisten, dass alle vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte vollständig vermittelt werden. Sofern dies nicht an der Weiterbildungsstätte, an der der gesamtverantwortliche Arzt tätig ist, möglich ist, wäre er für die Organisation einer Kooperation zwischen verschiedenen Weiterbildungsstätten bzw. eines Weiterbildungsverbundes verantwortlich. Hierbei bietet sich eine Unterstützung durch Koordinierungsstellen an. Gerade über Weiterbildungsverbünde im fachärztlichen Bereich könnte eine sektorenübergreifende Weiterbildung ohne Unterbrechung sichergestellt werden.

Darüber hinaus sieht das neue Weiterbildungskonzept vor, dass Weiterbildungsinhalte in begrenztem Umfang auch in definierten Zeitabschnitten (durch eine tages- oder stundenweise Tätigkeit bzw. kumulative Ableistung praktischer Inhalte) an einer anderen Weiterbildungsstätte erlernt werden können. Beispielsweise wäre in einer fortgeschrittenen Weiterbildungsphase eine Tätigkeit an einem oder einem halben Tag pro Woche in der Praxis eines niedergelassenen Facharztes neben der Tätigkeit im Krankenhaus denkbar.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 unterstützt alle Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Weiterbildung und begrüßt die Absicht der Bundesärztekammer, über eine Flexibilisierung des Weiterbildungsrechtes dieses Anliegen bei der Novellierung der MWBO zu berücksichtigen.

- Vergütung der weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzte

Zur Finanzierung der Weiterbildung im vertragsärztlichen Bereich wird eine gesetzliche Regelung gefordert. Hierfür ist insbesondere in § 73 Abs. 1a SGB V klarzustellen, dass an der haus- und fachärztlichen Versorgung auch Weiterzubildende unter entsprechender Anleitung eines weiterbildungsbefugten Facharztes des betreffenden Fachgebietes teilnehmen können.

Vertragsarztrechtlich ist klarzustellen, dass eine angemessene Finanzierung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung sichergestellt wird. Hierfür ist die Gesamtvergütung im



notwendigen Umfang zu erhöhen.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass auch in Zukunft während der Facharztweiterbildung das breite Spektrum aller wesentlichen Krankheitsbilder und Handlungsfelder sektorenübergreifend in Diagnose und Therapie vermittelt werden kann.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildung in der ambulanten Versorgung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Windau, Herrn Dr. Heinrich, Frau Dr. Bubel, Herrn Dipl.-Med. Schulz, Herrn Dr. Liebscher, Herrn Dr. Bärtl, Frau Dr. Schmidt, Herrn Dr. Hellmann, Frau Dr. Heinemann-Meerz, Frau Dr. Lundershausen, Herrn Dr. Große-Leege, Frau Haus, Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Dipl.-Med. Menzel, Herrn Dr. Windhorst, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Wesiack, Herrn Zimmer, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gehle und Herrn Dr. Fischbach (Drucksache IV - 38 neu) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

1. Aus den im Entschließungsantrag des BÄK-Vorstands zutreffend beschriebenen Sachverhalten müssen in einer (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) mit sektorenübergreifendem Charakter nur in der ambulanten Versorgung vermittelbare Kompetenzen und Inhalte in der ambulanten Versorgung, nur in der stationären Versorgung vermittelbare Kompetenzen und Inhalte in der stationären Versorgung und in beiden Bereichen vermittelbare Kompetenzen und Inhalte wahlweise in einem der beiden Bereiche vermittelt werden. Um dies im notwendigen Umfang zu ermöglichen, muss eine sozialrechtlich geregelte Verpflichtung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung geschaffen werden. Die MWBO kann erst nach Erfüllung der im Folgenden beschriebenen Voraussetzungen in entsprechender Weise verändert werden.
2. Die Wahl der Weiterbildungsstätte¹ ist den Weiterzubildenden selbstverständlich auch im ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsbereich freigestellt. Es muss sich allerdings um weiterbildungsrechtlich zugelassene Weiterbildungsstätten handeln. § 6 der MWBO enthält Regelungen über die Zulassung als Weiterbildungsstätte. Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 MWBO können dazu auch Praxen niedergelassener Ärzte zählen.
3. Um den Weiterzubildenden eine effiziente sektorenübergreifende Weiterbildung zu garantieren, werden bei den Landesärztekammern "Organisationsstellen ambulante Weiterbildung" aufgebaut. Diese gewährleisten die vollständige Vermittlung aller im ambulanten Bereich vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und ermöglichen einen reibungslosen und unterbrechungsfreien Übergang zwischen den Weiterbildungsstätten. In den Organisationsstellen soll der ärztliche Sachverstand der Weiterbildungsbefugten repräsentiert sein.
4. Den Weiterzubildenden in einer ambulanten Weiterbildungsstätte muss garantiert



werden, dass sie mindestens die gleichen tariflichen Konditionen wie an einer stationären Weiterbildungsstätte vorfinden. Hierzu wird mit der für die im stationären Versorgungsbereich für die Tarifgestaltung ärztlicher Vergütungen maßgeblichen ärztlichen Organisation ein Vertrag abgeschlossen, der dies sicherstellt. Für die arbeitgeberseitige Vertragspartnerschaft wird zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den betroffenen ärztlichen Berufsverbänden ein funktionsfähiges Organisationsmodell entwickelt.

5. Der zusätzliche Aufwand, den eine Weiterbildungsstätte neben der Vergütung von Weiterzubildenden hat, wird durch einen Zuschlag zum Orientierungswert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V vergütet. Hierzu ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.
6. Die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden wohnortnahe n ambulanten Versorgungsstruktur mit Haus- und Fachärzten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb muss die Finanzierung der Mittel für die unter Punkt 3., 4. und 5. beschriebenen Maßnahmen dauerhaft aus dem Gesundheitsfonds und somit aus den entsprechend erhöhten Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen. Diese Mittel werden auf Nachweis von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) abgerufen. Über die Mittelanforderung und -verwendung wird neben den an dem Verfahren Beteiligten jährlich dem deutschen Bundestag und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berichtet. Der Bericht wird veröffentlicht. Das Förderprogramm Allgemeinmedizin gemäß Art. 8 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) wird solange weitergeführt und kann dann durch die beschriebene Finanzierung ersetzt werden. Zur Umsetzung dieses Verfahrens ist eine gesetzliche Regelung erforderlich.

¹ Die Verwendung des Begriffes "Weiterbildungsstätte" umfasst in freier Praxis niedergelassene oder als angestellte tätige Vertragsärztinnen und -ärzte, ermächtigte Ärzte, Einrichtungen, Medizinische Versorgungszentren und Institutionen, auch im Zusammenhang mit einer Zulassung gemäß § 116b SGB V.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Ambulante Weiterbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Wesiack, Herrn Zimmer und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache IV - 43) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 unterstützt die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach einer sozialrechtlich geregelten Verpflichtung der Finanzierung der ambulanten Weiterbildung.

Eine solche Finanzierung sollte von den stationären Tarifbedingungen nicht abweichen. Ein entsprechendes Organisationsmodell ist zwischen Bundesärztekammer und KBV unter Einbeziehung der Berufsverbände zu erarbeiten und dem Deutschen Ärztetag zur Entscheidung vorzulegen.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildung in der ambulanten Medizin

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Gitter, Herrn Dr. Grundmann, Herrn Dr. Haug, Frau Rakowitz und Herrn Dr. Wurche (Drucksache IV - 04) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 unterstützt die Weiterbildung in der ambulanten Medizin. Er fordert angemessene Erlöse auch für die Leistungen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.

Die ärztliche Weiterbildung in der ambulanten Medizin nimmt weiter an Bedeutung zu. Schon heute werden viele Weiterbildungsinhalte an Weiterbildungsstätten der ambulanten Versorgung erlernt.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 begrüßt daher, dass die Weiterbildungsordnung zukünftig noch mehr an Inhalten und Kompetenzen orientiert sein soll. Damit können Pflichtvorgaben hinsichtlich anderer Vorschriften (Zeiten, Weiterbildungsstätten) auf das notwendige Minimum reduziert werden. Entscheidend für die Zulassung zur Prüfung wird dann sein, ob die verlangten Inhalte und Kompetenzen nachgewiesen werden und die Weiterbildungsbefugten das Weiterbildungsziel als erreicht bestätigen.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt unnötige, die Weiterbildung hemmende Vorschriften ab. Bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ist zu prüfen, welche Inhalte und Kompetenzen in der ambulanten Medizin erworben werden sollen. Eine verstärkte Weiterbildung in der ambulanten Medizin ist zu unterstützen.

Die ärztliche Arbeit ist auch während der Weiterbildung angemessen zu vergüten, dies gilt für Klinik und Praxis. Die Leistung von jungen weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten muss sich - wie im stationären Bereich - in den Praxiserlösen widerspiegeln, um eine solche Vergütung zu ermöglichen. Die Honorare für die vertragsärztliche Versorgung müssen dies gewährleisten.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Ambulante Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Junker (Drucksache IV - 30) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 stellt fest, dass in vielen Fächern mit direktem diagnostischen und therapeutischen Patientenkontakt die notwendigen Weiterbildungsinhalte sich in der jetzigen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) nicht mehr vollständig abbilden, da sie teilweise nur in niedergelassenen Praxen erlernt werden können. Bestimmte Krankheitsbilder des Alltags kommen in Krankenhäusern nicht oder nur mehr selten vor. Deshalb muss eine praxisnahe Weiterbildung in niedergelassener Praxis in die MWBO integriert werden.

1. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird daher aufgefordert, zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), den Verbänden und allen im Leit Antrag des Vorstands aufgeführten Organisationen in den politischen Gremien sowie mit den anderen Trägern im Gesundheitswesen finanzielle Lösungen auszuarbeiten, die einen solchen Weiterbildungsabschnitt der entsprechenden Fächer ermöglichen und absichern. Diese sollen dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 zur Verabschiedung vorgelegt werden.
2. Der Vorstand der Bundesärztekammer sowie der Weiterbildungsausschuss sollen zum 117. Deutschen Ärztetag 2014 die entsprechenden Änderungen der MWBO mit den zu vermittelnden Inhalten ausarbeiten und zur Entscheidung vorlegen. Dabei ist festzulegen, dass sich diese Weiterbildungszeit, frühestens zwei Jahre nach Beginn, nahtlos in die übrige Weiterbildung einreicht.
3. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die KBV auf, bei Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten für eine angemessene Aufhebung der finanziellen Begrenzungsregelungen in der Praxis zu sorgen. Eine solche Regelung sollte bis zur Neuregelung der MWBO umgesetzt sein.
4. Die Bundesärztekammer sowie die Länderkammern, die KBV und die KVen werden aufgefordert, Listen über die weiterbildungswilligen Ärztinnen und Ärzte in niedergelassener Praxis aufzustellen und eine gemeinsame, bundesweite Vermittlungsstelle einzurichten.

Begründung:



Bei fast allen Facharztweiterbildungszeiten wird auf die Möglichkeit der Anrechenbarkeit ambulanter Tätigkeit in niedergelassenen Facharztpraxen, zwischen sechs und 24 Monaten, hingewiesen. Dies unterstreicht und belegt die Wichtigkeit einer solchen Weiterbildung. Aber nur mit einer angemessenen Weiterbildungszeit in niedergelassener Praxis lernt der "Spezialist" noch das gesamte Spektrum seines Faches kennen und beherrschen. Seit langem können Kenntnisse des gesamten medizinischen Krankheitsbildes mit den Alltäglichkeiten des Lebens sowie den Zwängen und Einschränkungen des Gesundheitswesens im niedergelassenen Bereich in der Klinik nicht ausreichend vermittelt werden. Das erschwert oft den Einstieg in die niedergelassene Tätigkeit erheblich und verursacht sogar existenzielle Probleme (z. B. Regresse etc.) zu Beginn der freiberuflichen Tätigkeit. Von der Kenntnis der vertragsärztlichen Realität kann aber auch ein Klinikarzt profitieren.

Darüber hinaus wird durch einen solchen direkten Praxiskontakt manche Verbindung geknüpft, die für die Kommunikation und Integration zwischen Klinik und Praxis, und umgekehrt, aber auch für die spätere Praxisnachfolge von größter Wichtigkeit sind.

Weiterbildung ist kein "Abfallprodukt ärztlicher Leistung". Sie ist in Teilen eine allgemeinpolitische Aufgabe - wie das Studium. Daher ist auch hierfür, wie für das Studium, eine allgemeinpolitische Mitfinanzierung erforderlich.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Weiterbildung im ambulanten Bereich

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gehle, Herrn Henke, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Reuther, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Krakau (Drucksache IV - 08) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Eine Verlagerung von Leistungen der Krankenversorgung vom stationären in den ambulanten Bereich sollte sinnvollerweise den sektorenübergreifenden Erwerb von Weiterbildungsinhalten ermöglichen. Dazu müssen ausreichend Kapazitäten im ambulanten Bereich vorhanden sein.

Die Weiterbildung sollte sich flexibel an den Erfordernissen des jeweiligen Fachgebietes bzw. Schwerpunktes orientieren.

Weiterbildungsrecht

Gemäß der derzeit geltenden (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) kann Weiterbildung bereits heute im stationären und im ambulanten Bereich stattfinden. Die für die ambulante Versorgung relevanten Inhalte sollen - wo bisher nicht bereits geschehen, wo sinnvoll und notwendig - stärker aufgegriffen werden.

Weiterbildungsverbände von weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte sind ein geeignetes Mittel, eine sektorenübergreifende Weiterbildung ohne Unterbrechung sicherzustellen.

In begrenztem Umfang soll die Weiterbildung auch durch Hospitationen bzw. kumulative Ableistung praktischer Inhalte durch Abordnungen ermöglicht werden.

Vergütung

Grundvoraussetzung für eine Weiterbildung im ambulanten Bereich ist die Zahlung eines tariflichen Entgelts an die Ärztinnen und Ärzte.

Um die bewährte Vergütungspraxis aus dem stationären Bereich annähernd adaptieren zu können, müssen auch die Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Weiterbildung im haus- und fachärztlichen Bereich befinden, unter Anleitung eines weiterbildungsbefugten Facharztes an der Versorgung teilnehmen können. Die Praxis muss die Leistungen abrechnen können.



TOP IV (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Förderung der ambulanten Weiterbildung in Deutschland

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Prof. Dr. Knichwitz, Herrn Dyk, Herrn PD Dr. Heep, Herrn Dr. Hülkamp, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn Dr. Windhorst und Herrn Krakau (Drucksache IV - 41) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer möge über die Landesärztekammern die Daten über die im ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzte während der Weiterbildung nach Gebieten geordnet öffentlich zur Verfügung stellen.

Die nur im ambulanten Sektor erwerbbareren Inhalte von Weiterbildung sollen identifiziert werden. Ziel ist die Darstellung dieser Inhalte in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO). Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Weiterbildung befinden, können dann frühzeitig ihre Weiterbildungslaufbahn planen. Die Landesärztekammern können die Ärztinnen und Ärzte während der Weiterbildung individuell beraten.

Vor einer möglichen Festschreibung einer ambulanten Weiterbildung oder Festlegung von ambulanten Weiterbildungszeiten sollte zunächst eine Bestandsaufnahme und Präzisierung der nur ambulant zu erwerbenden Weiterbildungsinhalte stehen.

Begründung:

Das deutsche Gesundheitswesen verändert sich rasant. Leistungen werden zunehmend aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert. Vertragsärzte arbeiten vermehrt an Krankenhäusern, Krankenhäuser erbringen vermehrt ambulante Leistungen. Die Sektorengrenzen werden - langsam - durchlässiger. Dies verändert auch die Weiterbildung. Exemplarisch zeigen dies Zahlen aus der Ärztekammer Westfalen-Lippe. So sind fast 50 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde - einem besonders von der Sektorenverlagerung betroffenen Fach - befinden, bereits im ambulanten Sektor tätig. Insgesamt sind in Westfalen-Lippe bereits über 300 Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung zu einer ersten Facharztqualifikation in Praxis oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätig, viele weitere erwerben in Praxen Zusatzbezeichnungen. Ambulante Weiterbildung findet heute also schon in beträchtlichem Umfang statt. Dies betrifft natürlich die Allgemeinmedizin, aber auch Augenheilkunde, Radiologie, Dermatologie und viele Zusatzbezeichnungen.



TOP V Deutscher Ärztetag

- V - 01 Änderung und Ergänzung der §§ 12 und 17 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage aufgrund der Beschlüsse des 115. Deutschen Ärztetages zur Einführung eines Antragsrechts "Schluss der Rednerliste"



TOP V Deutscher Ärztetag

Titel: Änderung und Ergänzung der §§ 12 und 17 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage aufgrund der Beschlüsse des 115. Deutschen Ärztetages zur Einführung eines Antragsrechts "Schluss der Rednerliste"

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V - 01) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit:

In Erfüllung der Beschlüsse des 115. Deutschen Ärztetages 2012 (Drs. VI-119, VI-121) wird folgender Beschlussantrag für eine mögliche Änderung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (GO DÄT) vorgelegt:

1. Nach § 12 Buchstabe f) wird folgende Bestimmung angefügt:

"g) wer Schluss der Rednerliste beantragen will."

2. § 17 wird wie folgt geändert:

a) § 17 Satz 5 ("Anträge auf Schluss der Rednerliste sind unstatthaft") wird gestrichen.

b) Die Regelungen des § 17 werden als Absatz 1 gefasst.

c) Nach § 17 Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt:

"(2) Schluss der Rednerliste kann nur von Abgeordneten beantragt werden, die sich an der Aussprache über den Gegenstand nicht beteiligt haben. Der Vorsitzende gibt einem Redner für und einem Redner gegen den Antrag auf Schluss der Rednerliste das Wort. Während dieser Aussprache können nur noch Geschäftsordnungsanträge eingebracht werden. Wird der Antrag abgelehnt, wird die Aussprache fortgesetzt."

Begründung:

Durch zwei Beschlüsse des 115. Deutschen Ärztetages 2012 (Drs. VI-119, VI-121) wurde die Bundesärztekammer beauftragt, für den 116. Deutschen Ärztetag 2013 einen Antrag



auf Änderung und Ergänzung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage vorzubereiten, der die Einführung eines Antragsrechts auf "Schluss der Rednerliste" zur Abstimmung stellt.

Nach bisheriger Rechtslage ist ein Antrag auf "Schluss der Rednerliste" gemäß § 17 Satz 5 GO DÄT explizit ausgeschlossen. Ein Antrag auf "Schluss der Rednerliste" zielt darauf ab, dass keine weiteren Wortmeldungen zur Aussprache des jeweiligen Tagesordnungspunktes mehr angenommen werden, die Aussprache aber weiter fortgesetzt wird. Die begehrte Ergänzung der GO DÄT bedarf einerseits der Streichung des § 17 Satz 5 GO DÄT und andererseits einer ausdrücklichen Aufnahme eines entsprechenden Antragsrechts. Dies ist systematisch unter § 12 GO DÄT zu verorten, da dort die Anträge im Zusammenhang mit der Aussprache geregelt sind. Ein Antragsrecht auf "Schluss der Rednerliste" führt bei einem entsprechenden Beschluss dazu, dass keine weiteren Redner zur Aussprache zugelassen werden. Hierdurch wird die Ausübung des Rederechts der Abgeordneten eingeschränkt. Um dem hohen Stellenwert des Rederechts nach § 3 GO DÄT gerecht zu werden, bedarf es einer angemessenen verfahrensrechtlichen Absicherung. Wie für das Antragsrecht auf "Schluss der Aussprache" in § 17 GO DÄT (alte Fassung) geregelt ist, soll daher vor der Abstimmung über den Antrag auf "Schluss der Rednerliste" jeweils einem Redner Gelegenheit zur Darlegung des Für und Widere des Antrags auf "Schluss der Rednerliste" gegeben werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Arbeitsbedingungen

Arbeitsmedizin

Arzneimittel/Medizinprodukte/BtM(Substitutionsbehandlung)

Ärztliche Psychotherapie/Psychiatrie

Ausbildung

117. Deutscher Ärztetag

Fortbildung

Honorarfragen

Krankenhaus

Menschenrechte

Prävention

SGB V/GKV

Telematik/Telemedizin/eHealth

Zulassung

Weitere Themen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Arbeitsbedingungen

- VI - 35 Ausbau bedarfsgerechter Betreuungseinrichtungen für Kinder von medizinischem Personal, insbesondere Ärztinnen und Ärzten
- VI - 98 Ärztinnen in leitenden Positionen
- VI - 55 Karriere trotz Teilzeit
- VI - 83 Arztberuf und Familie
- VI - 88 Humanitäre Hilfseinsätze/Entwicklungszusammenarbeit



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ausbau bedarfsgerechter Betreuungseinrichtungen für Kinder von medizinischem Personal, insbesondere Ärztinnen und Ärzten

Entschließung

Auf Antrag von Frau PD Dr. Borelli, Herrn Dr. Gerheuser, Herrn Dr. Emminger, Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Müller, Herrn Dr. Botzlar und Herrn Gutsch (Drucksache VI - 35) unter Berücksichtigung des Antrags von Frau PD Dr. Borelli, Herrn Dr. Gerheuser, Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Müller, Herrn Dr. Botzlar und Herrn Gutsch (Drucksache VI - 35a) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Arbeitgeber im Gesundheitswesen (Kliniken) auf, zeitnah bedarfsgerecht arbeitszeitkompatible und arbeitsplatznahe Betreuungseinrichtungen für die Kinder ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere auch der ärztlichen Mitarbeiter zu schaffen. Das alleinige "Freikaufen" von eigenen Kinderbetreuungseinrichtungen durch Zahlung an Agenturen, die Au-pairs oder Kinderfrauen vermitteln, ist abzulehnen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind zur Betreuung ihrer Kinder in besonderem Maße auf Krippen und Kindergärten mit arbeitszeitkompatiblen Öffnungszeiten angewiesen, da die meisten im Schichtdienst arbeiten oder auch an Feiertagen die Versorgung kranker Menschen gewährleisten.

Das Gesundheitssystem in Deutschland kann es sich nicht leisten, dass hochqualifizierte ärztliche und andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen mangels adäquater Kinderbetreuung ihrer Tätigkeit nicht nachgehen können.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztinnen in leitenden Positionen

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache VI - 98) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, Konzepte und Ideen zur Steigerung des Anteils von Ärztinnen in leitenden ärztlichen Positionen zu beschließen und öffentlich wirksam zu verbreiten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Karriere trotz Teilzeit

Beschluss

Auf Antrag von Frau PD Dr. Borelli, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Frau Dr. Lux, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Dr. Reuther (Drucksache VI - 55) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, einen Bereich auf der Website der Bundesärztekammer einzurichten, der erfolgreiche Modelle der Wahrnehmung von Leitungsfunktionen (Funktionsbereich, Oberarzt) in Teilzeittätigkeit sammelt bzw. angibt, wohin diese gemeldet werden können. Diese Modelle sind im Weiteren über die Website der Bundesärztekammer ohne Nennung von Namen und Ort (aber unter Nennung der Fachrichtung und der Klinikart: Universitätsklinikum, Krankenhaus der Maximalversorgung, Schwerpunktkrankenhäuser, Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung) der Öffentlichkeit bzw. der Ärzteschaft zugänglich zu machen.

Begründung:

Auch bei reduzierter Arbeitszeit ist eine Karriere (Oberarzt, Leitung von Funktionsbereichen) möglich. Vor dem Hintergrund des höheren Anteils an weiblichen Ärzten unter der Ärzteschaft und des Wunsches nach Teilzeittätigkeit auch unter den männlichen Ärzten ist es nötig, dass eine Karriere auch in Teilzeittätigkeit möglich ist/wird. Für Klinikchefs/Verwaltungen ist es wichtig zu wissen, dass Modelle dieser Art anderswo erfolgreich durchgeführt wurden, damit sie sich dazu bereit erklären, Funktionsbereiche/Oberärzte in Teilzeittätigkeit (z. B. mit zwei komplementär arbeitenden Ärzten) zu ermöglichen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Arztberuf und Familie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Dr. Müller-Dannecker (Drucksache VI - 83) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, das Buch "Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte - Lebensqualität in der Berufsausübung" neu aufzulegen und interessierten Chefärztinnen und Chefärzten oder Praxisinhabern zur Verfügung zu stellen.

Begründung:

Das Thema "Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte" gewinnt immer mehr an Relevanz. Das Handbuch der Bundesärztekammer enthält vielfältige gute Hinweise, die den Vorgesetzten als Hilfestellung dienen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Humanitäre Hilfseinsätze/Entwicklungszusammenarbeit

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Voigt und Frau Dr. Buckisch-Urbanke, MPH (Drucksache VI - 88) fasst der 116. Deutsche Ärztetag 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 VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Arbeitsmedizin

- VI - 04 Vorbeugen, Aufklären, Helfen - Betriebsärzte sind unverzichtbar. Resolution zur
Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses
- VI - 93 Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement/Arbeitsmedizin
- VI - 94 Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen - dringender
Regelungsbedarf/Arbeitsmedizin



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vorbeugen, Aufklären, Helfen - Betriebsärzte sind unverzichtbar. Resolution zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 04) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 begrüßt und unterstützt nachdrücklich die Resolution der Konferenz zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed) beim Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ((BMAS) am 14.01.2013 sowie das geplante Aktionsbündnis zur Förderung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses, für das Bundesministerin Dr. Ursula von der Leyen bereits die Übernahme der Schirmherrschaft zugesagt hat (**siehe Anlage**).

Die Bundesärztekammer wird darum gebeten, die Umsetzung der Positionen des 115. Deutschen Ärztetages 2012 zur Weiterentwicklung der Arbeitsmedizin und betriebsärztlichen Versorgung im Rahmen ihrer Beteiligung an dem Aktionsbündnis weiter voranzutreiben.

Begründung:

Am 14. Januar 2013 hat das BMAS alle am Arbeitsschutz und in den Betrieben beteiligten Institutionen und Organisationen zu einer Konferenz des Ausschusses Arbeitsmedizin (AfAMed) eingeladen. Solch ein "Spitzentreffen" der beteiligten Institutionen wie Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), BMAS, Länderministerien, Arbeitgeber und Arbeitnehmer hat es bislang noch nicht gegeben und zeigt die zunehmende Anerkennung des großen Stellenwertes der Arbeitsmedizin als Versorgungssektor für Wirtschaft und Gesellschaft.

In dieser Konferenz wurde insbesondere eine "Resolution zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses" verabschiedet, die sich die Positionen des 115. Deutschen Ärztetages in Nürnberg im Jahr 2012 zur Weiterentwicklung der Arbeitsmedizin und betriebsärztlichen Versorgung zu eigen gemacht hat.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement/Arbeitsmedizin

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn MR Dr. Groß, Herrn Prof. Dr. Schwantes, Herrn Dr. Wolter und Herrn Dr. Nowak (Drucksache VI - 93) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Zusammenarbeit von Hausärztinnen/Hausärzten und Betriebsärztinnen/Betriebsärzten beim betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement (BEM) sind durch die Intensivierung interdisziplinärer Zusammenarbeit zu stärken. Der Betriebsärztin/dem Betriebsarzt kommt durch die fachspezifischen Kenntnisse hierbei eine Lotsenfunktion zu. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit auf diesem Gebiet sollen gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen zum BEM durchgeführt werden.

Begründung:

Das BEM ist eine wichtige gesetzliche Vorgabe (§ 84 Abs. 2 SGB IX) und verpflichtet die Arbeitgeber, sich frühzeitig um die dauerhafte Wiedereingliederung langzeiterkrankter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres) zu kümmern. Ziel des BEM ist es zu klären, welche Voraussetzungen zu erfüllen sind, damit die betroffene Person gesundheitsverträglich weiterbeschäftigt werden kann. Voraussetzung für das BEM ist die Einwilligung des Betroffenen.

BEM kann nur erfolgreich durchgeführt werden, wenn alle Beteiligten (u. a. Arbeitgeber, erkrankte Person, Betriebsarzt, Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung [sofern ein schwerbehinderter Mensch betroffen]) gemeinsam agieren. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärztinnen/Hausärzten, die genaue Kenntnisse über den Gesundheitszustand der betroffenen Person haben, sowie Betriebsärztinnen/Betriebsärzte, die genaue Kenntnisse über entsprechende Belastungen und daraus resultierende Beanspruchungen im betrieblichen Umfeld haben, ist hierbei unerlässlich. Dies betrifft sowohl physische als auch psychische Erkrankungen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen - dringender
Regelungsbedarf/Arbeitsmedizin

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn MR Dr. Groß, Herrn Prof. Dr. Schwantes, Herrn Dr. Wolter und Herrn Dr. Nowak (Drucksache VI - 94) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Zusätzlich zur Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) werden Regelungen für Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen in einer Ergänzung oder separaten Verordnung gefordert.

Begründung:

Mit der ArbMedVV und der Einrichtung eines Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed) wurde im Jahr 2008 die individuelle arbeitsmedizinische Vorsorge gestärkt. Die in 2013 geplante Erste Änderungsverordnung entwickelt die arbeitsmedizinische Vorsorge weiter und passt sie an den Stand der Wissenschaft an. Der Datenschutz und die Selbstbestimmung der Beschäftigten sollen klarer formuliert und der Wunschvorsorge ein fester Platz eingeräumt werden. Zudem wird die Eigenverantwortung des Betriebsarztes/der Betriebsärztin bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge gestärkt.

Für Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen (insbesondere für Tätigkeiten mit Fremdgefährdung, wie Fahr- und Steuertätigkeiten) fehlen eindeutige und rechtsverbindliche Regelungen. Dieser Mangel bedroht den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Arzneimittel/Medizinprodukte/BtM(Substitutionsbehandlung)

- VI - 13 Arzneimitteltherapiesicherheit
- VI - 105 Verbesserungen zur Steigerung der Meldungen von unerwünschten
Arzneimittelnebenwirkungen
- VI - 84 Registrierung und Offenlegung aller klinischen Studien
- VI - 65 Unbedingte Beibehaltung der Tätigkeit von unabhängigen Ethikkommissionen bei der
Prüfung klinischer Studien
- VI - 63 Klarstellung von § 34 Abs. 1 Nr. 3 Apothekenbetriebsordnung
- VI - 49 Zulassung von Medizinprodukten
- VI - 41 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung behindert adäquate
Patientenversorgung
- VI - 102 Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung in der Substitution Opiatabhängiger in
der Selbstverwaltung
- VI - 46 Opiatabhängige sind krank und bedürfen ärztlicher Hilfe - keine Kriminalisierung der
behandelnden Ärztinnen und Ärzte
- VI - 51 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ist nicht praktikabel - keine
Kriminalisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte
- VI - 54 Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
- VI - 50 Appell an alle Landesärztekammern, das dringende Anliegen der
Substitutionsbehandlung zu unterstützen
- VI - 53 Gesundheitsminister der Länder mögen sich für eine Aktualisierung des Rechts im
Bereich der Substitutionsbehandlung einsetzen
- VI - 42 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - Berücksichtigung der Richtlinien der
Bundesärztekammer
- VI - 64 Fentanyl-Screeningtests



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Arzneimitteltherapiesicherheit

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 13) fasst der 116. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert zwingend die gleichberechtigte Einbeziehung von Ärzten sowie deren Landesorganisationen in Projekte, die das Ziel haben, Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) zu optimieren und Systeme zur Prüfung der AMTS zu etablieren.

Begründung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 begrüÙt Initiativen, die zu einer Erhöhung der Sicherheit der Arzneimitteltherapie führen. Daher werden elektronische Systeme begrüÙt, die Ärzten und Apothekern Informationen über verordnete, aber auch frei verkäufliche Medikamente, die der Patient einnimmt, zur Verfügung stellen.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 steht Projekten ablehnend gegenüber, die darauf abzielen, IT-gestützte Systeme der AMTS-Prüfung unter Ausschluss der verordnenden Ärzte zu entwickeln. Solche Initiativen verhindern die nur gemeinsam mögliche Optimierung der AMTS zum Wohle des Patienten und gefährden das kollegiale Miteinander von Ärzten und Apothekern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verbesserungen zur Steigerung der Meldungen von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen

Beschluss

Auf Antrag von Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 105) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Eigentlich verpflichtet der § 6 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) jede Ärztin und jeden Arzt, alle unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) zu melden. Faktisch ist es im ärztlichen Alltag aus vielerlei Gründen (u. a. zeitlicher Aufwand) offensichtlich problematisch, dieser Verpflichtung nachzukommen (siehe die geringen Zahlen von Meldungen im Rahmen der Pharmakovigilanz im Vergleich zu Häufigkeiten in kontrollierten Studien).

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 sieht mit großer Sorge, dass hierdurch die Qualität von UAW-Meldungen und das rechtzeitige Erkennen von neuen Nebenwirkungen in Frage gestellt werden.

Deswegen fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die Bundesärztekammer auf, ein Konzept und einfache Handlungshinweise für die Ärztinnen und Ärzte zu erarbeiten, um für eine qualitativ sinnvolle Steigerung von Meldungen von unerwünschten Nebenwirkungen zu erreichen. Denkbar sind einfache mediale Maßnahmen bis hin zu einer entsprechenden medialen Kampagne.

Begründung:

Wie schon durch die Juristen der Kammern festgestellt, ist die Änderung des § 6 der MBO zu Präzisierungen problematisch. Das Problem der "geringen" Zahl von Meldungen zu unerwünschten Nebenwirkungen würde vermutlich durch eine Paragrafenänderung auch nicht wirklich erreicht werden. Daher können die Ärztinnen und Ärzte nur durch die Ärztekammern ermuntert werden, der Verpflichtung der Berufsordnung nachzukommen. Gerade Ärztinnen und Ärzte liefern qualitativ höherwertige Meldungen im Rahmen der Pharmakovigilanz, bedingt durch ihre Ausbildung und beruflichen Erfahrungen, als dies Laien tun. Dies würde eine Steigerung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Arzneimitteltherapie bewirken.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Registrierung und Offenlegung aller klinischen Studien

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Kulike, Frau Dr. Müller-Dannecker, Herrn Dr. Albrecht, MBA, Frau Dr. Rothe-Kirchberger und Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache VI - 84) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 tritt für die vollständige Offenlegung der Methodik und der Ergebnisse von klinischen Studien ein.

Er fordert die Europäische Kommission und das Europäische Parlament, die nationalen Regierungen, die Zulassungsbehörden und die wissenschaftlichen Einrichtungen auf, entsprechende Maßnahmen umzusetzen.

Begründung:

Nach Expertenmeinung werden etwa 50 Prozent der klinischen Studien nicht veröffentlicht. Dies führt zur Verzerrung in der Einschätzung der Wirksamkeit sowie der unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln. Es zeigt sich, dass nur der vollständige Zugang zu den Daten und zur Methodik klinischer Studien und die Möglichkeit ihrer Überprüfung durch unabhängige Wissenschaftler die Aufdeckung fehlerhafter oder interessengeleiteter Verzerrungen von Studienergebnissen garantiert. Auch hierfür gibt es zahlreiche Beispiele. Die Vorenthaltung solcher Daten widerspricht dem Wesen von Wissenschaft, schadet Patienten und leitet Ärzte in der Behandlung ihrer Patienten fehl.

Probanden und Öffentlichkeit haben zudem ein Anrecht darauf, dass Studien, zu denen sie beitragen, auch veröffentlicht werden und in die Bewertung eingehen. Auch Studien mit negativen Ergebnissen haben einen Nutzen.

Dieser Antrag greift die Petition "All Trials Registered/All Results Reported" so wie die Berliner Erklärung 2012 an die europäische Zivilgesellschaft: "Die Verheimlichung von klinischen Studiendaten stoppen" auf, die auf die "Clinical Trials Regulation" der EU-Kommission und des EU-Parlaments abzielen.

Die Petition "All Trials Registered" wurde von der BMJ Group, dem Centre for Evidence Based Medicine, dem Arzt Ben Goldacre und der James Lind Alliance initiiert und inzwischen von zahlreichen wissenschaftlichen Organisationen und anderen



Gruppen/Verbänden unterstützt.

(s. a. www.alltrials.net und www.change.org/de/Petitionen/berliner-erklärung-2012-an-die-bürgerinnen-und-bürger-in-europa-die-verheimlichung-von-klinischen-studiendaten-stoppen)



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Unbedingte Beibehaltung der Tätigkeit von unabhängigen Ethikkommissionen bei der Prüfung klinischer Studien

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 65) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung sowie die deutschen Abgeordneten des Europäischen Parlaments auf, sich im Rahmen der weiteren Beratungen zum Entwurf einer Verordnung des Europäischen Parlaments über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln für die unbedingte Beibehaltung der ausdrücklichen Einbeziehung von unabhängigen Ethikkommissionen (in Trägerschaft der Landesärztekammern, Universitäten bzw. Länder) bei der Bewertung klinischer Prüfungen einzusetzen.

Begründung:

Durch den Mitte des Jahres 2012 vorgelegten Entwurf einer Verordnung des Europäischen Parlaments über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln sollen die ethischen Standards für klinische Studien mit Medikamenten empfindlich aufgeweicht werden. Das Schutzniveau für Minderjährige und für Nichteinwilligungsfähige würde deutlich herabgesetzt. Eine Beteiligung von Ethikkommissionen ist in dem aktuellen Verordnungsvorschlag nicht explizit vorgesehen.

Das bisherige Verfahren mit einer Beratung und Bewertung durch unabhängige Ethikkommissionen hat zu einer hohen Qualität der Studiendurchführung und zu einer sehr hohen Sicherheit für die betroffenen Patienten und Probanden sowie für die durchführenden Prüfärzte geführt. Bei einem Wegfall einer ausdrücklichen Beteiligung durch unabhängige Ethikkommissionen sehen wir einen großen Verlust der für die Patienten und Probanden zu gewährleistenden Sicherheit. Die hohe Qualität der derzeitigen Studiendurchführung wäre somit deutlich beeinträchtigt, zum gesundheitlichen Nachteil für den Patienten.

Die Beibehaltung des im Arzneimittelgesetz (AMG) festgelegten Schutzniveaus für Prüfungsteilnehmer und insbesondere für nicht einwilligungsfähige Patienten sollte unabdingbar sein.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Klarstellung von § 34 Abs. 1 Nr. 3 Apothekenbetriebsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Bodendieck und Herrn Prof. Dr. Niebling (Drucksache VI - 63) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Verordnungsgeber auf, die Regelung in § 34 Abs. 1 Nr. 3 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) dahingehend klarzustellen, dass von den Verordnungen des Arztes ohne Rücksprache mit diesem in keinem Fall abgewichen werden darf und damit sichergestellt bleibt, dass die diagnostische und therapeutische Letztverantwortung beim Arzt liegt. Diesbezüglich ist die novellierte ApBetrO auch im Hinblick auf die Regelungen zur Abgabe und Verblisterung von Medikamenten zu hinterfragen.

Begründung:

Dem Wortlaut des § 34 Abs. 1 Nr. 3 ApBetrO* nach sind Apotheker nicht in jedem Fall, insbesondere bei der Teilung von Tabletten, daran gehalten, ärztliche Verordnungen umzusetzen. Die Ärzteschaft verliert damit die Hoheit über die Behandlung von Patienten. Ungeachtet dessen bleibt jedoch die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung beim Arzt. Im Weiteren ergeben sich daraus besondere ökonomische Risiken für den verordnenden Arzt, da er durch diese Regelungen daran gehindert wird, sein Regressrisiko zu steuern.

*„(1) Im Qualitätsmanagementsystem nach § 2a sind insbesondere folgende Festlegungen zu treffen: ... 3. zur Entscheidung, in welchen Ausnahmefällen einer schriftlichen ärztlichen Anforderung über eine vor dem Stellen oder Verblistern vorzunehmende Teilung von Tabletten, soweit ansonsten die Versorgung nicht gesichert werden kann und bei nachgewiesener Validierung der Stabilität ihrer Qualität über den Haltbarkeitszeitraum des Blisters oder des wiederverwendbaren Behältnisses gegebenenfalls gefolgt werden kann, obwohl das nachträgliche Verändern des Fertigarzneimittels grundsätzlich verhindert werden sollte, ...“



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zulassung von Medizinprodukten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Herrn Dr. Scholze (Drucksache VI - 49) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert ein strengeres Zulassungsverfahren für Medizinprodukte. Eine CE-Zertifizierung ist für Produkte mit höchster Sicherheitsklassifizierung nicht ausreichend. Die Zulassung dieser Produkte ist über eine Bundesbehörde zu regeln und sollte im Prinzip den Anforderungen an die Arzneimittelzulassung entsprechen. Bei der Zulassung von Medizinprodukten müssen Sicherheit und Wirksamkeit an erster Stelle stehen.

Begründung:

Die Erfahrung hat gezeigt, dass das bisherige Zulassungsverfahren von Medizinprodukten nicht ausreichend ist, die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu garantieren. Dagegen führt die unkontrollierte Einführung neuer Behandlungsverfahren nicht selten zu deutlichen Kostensteigerungen ohne gesicherten Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren. Deshalb ist ein strengeres Zulassungsverfahren dringend erforderlich.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung behindert adäquate Patientenversorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache VI - 41) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, aus den Substitutionsvorschriften in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) jene Abschnitte herauszunehmen, die die ärztliche Tätigkeit und die Behandlung selbst reglementieren. Dies betrifft vor allem:

- die Zielsetzungen der Substitution (§ 5 Abs. 1)
- die Indikationen und Kontraindikationen
- Therapieziele und -empfehlungen
- Vorschriften zur Beendigung der Behandlung sowie der Einbezug der psychosozialen Betreuung (§ 5 Abs. 2)
- Wiedervorstellungsfrequenz der Substitutionspatientinnen und -patienten bei der Ärztin/beim Arzt (§ 5 Abs. 2)
- Regelungen zum "Beikonsum" (§ 5 Absätze 2 und 8, "Substanzen, die zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen können")

Die aufgezählten Regelungen sind in den Richtlinien der Bundesärztekammer festzuschreiben.

Die Verpflichtung zur Aushändigung von BtM-Rezepten durch den Arzt wird davon nicht berührt. Der § 5 BtMVV soll also nicht abgeschafft werden, sondern zukünftig lediglich den Verkehr, die Verschreibung und Dokumentation von Substitutionsmedikamenten regeln, so wie die BtMVV den Umgang mit entsprechenden Medikamenten in der Zahn- und Tiermedizin, in der ambulanten Palliativmedizin, im Rettungsdienst und auf "Kauffahrteischiffen" regelt.

Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Opiatsubstitutionsbehandlung sind infolgedessen zu überarbeiten. Änderungsbedarf ergibt sich ebenfalls für das Betäubungsmittelgesetz.



Begründung:

Erst jüngst kam es wieder zu einer Reihe von Verfahren gegen substituierende Ärztinnen und Ärzte, die in anderen Ländern mit ähnlich entwickelter Substitutionsbehandlung unvorstellbar sind. In der Folge herrscht eine abnehmende Bereitschaft in der Ärzteschaft, Opiatabhängige zu behandeln, weil die sehr unterschiedlichen Auslegungen des Substitutionsrechtes zu einer starken Rechtsunsicherheit in der Ärzteschaft, aber auch in der Justiz, geführt haben. Hinzu kommt, dass sich der wissenschaftliche Stand und die evidenzbasierten Erfahrungen sich weiter entwickelt haben und das Recht diesen Veränderungen nicht gefolgt ist. Nicht zuletzt besteht Anlass, das Substitutionsrecht zu überprüfen, weil in den nächsten Jahren viele der derzeit substituierenden Ärztinnen und Ärzte aus Altersgründen ausscheiden und die Sicherstellung der ambulanten Behandlung gefährdet ist, wenn es nicht gelingt, jüngere Kolleginnen und Kollegen für die Behandlung von Opiatabhängigen zu gewinnen.

In den zurückliegenden zwölf Monaten haben der 115. Deutsche Ärztetag 2012, die Bundeärztekammer und Fachverbände Vorschläge unterbreitet, wie das Substitutionsrecht dem wissenschaftlichen Stand und der medizinischen Praxis angepasst werden kann. Die Diskussion mündete vorerst in ein Fachgespräch im Bundesgesundheitsministerium (22./23.01.2013) mit dem Titel: "Inwieweit empfiehlt es sich, die betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zur oralen Substitution Opiatabhängiger anzupassen?"

Dort wurde deutlich, dass weit über die substituierende Ärzteschaft hinaus ein Änderungsbedarf gesehen wird.

In Ergänzung der Entschließung des 115. Deutschen Ärztetages 2012 (Drs. VI - 09) fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 deshalb den Gesetzgeber auf, aus den Substitutionsvorschriften in der BtMVV jene Abschnitte herauszunehmen ("abzuschichten"), die die ärztliche Tätigkeit und die Behandlung selbst reglementieren.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung in der Substitution
Opiatabhängiger in der Selbstverwaltung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Lorenzen (Drucksache VI - 102) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der Bundesärztekammer dazu auf, Rahmenbedingungen zu schaffen und einzufordern, damit die Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger durch die im Rahmen der Richtlinien der Bundesärztekammer eingerichteten Qualitätssicherungskommissionen effektiv erfolgen kann.

Begründung:

Wenn der Gesetzgeber die Reglementierungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) im § 5 aufhebt - und das ist im Antrag VI-41 beantragt - müssen die Ärztekammern Strukturen schaffen, die eine angemessene Qualitätssicherung ermöglichen. Qualitätssicherung in der Selbstverwaltung der Ärztekammern ist der Regelung durch Gerichte vorzuziehen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Opiatabhängige sind krank und bedürfen ärztlicher Hilfe - keine Kriminalisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Quitterer und Herrn Dr. Rechl (Drucksache VI - 46) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 appelliert an alle Verantwortlichen in Politik und Justiz, Ärztinnen und Ärzte, die sich um die Behandlung Opiatabhängiger bemühen, nicht zu kriminalisieren.

Die ärztliche Hilfestellung für diese kranken Menschen ist eine der schwierigsten Aufgaben und erfüllt zudem die wichtige Funktion, diesen kranken Menschen zu ermöglichen, durch entsprechende ärztliche Fürsorge entweder wieder eine berufliche Tätigkeit aufnehmen zu können oder weiterhin im beruflichen Leben zu bleiben. Genau dies ist einer der wesentlichen Aspekte, die dazu beitragen, bei diesen Patienten dafür zu sorgen, dass sie nicht in der Kriminalität enden. Die Tätigkeit für solche Menschen ist zeitintensiv und muss von Rechtsvorschriften begleitet werden, die es ermöglichen, ohne Angst zu substituieren, wobei im Grundsatz nicht verkannt wird, dass die Regularien zur Gewährleistung der ärztlichen Verantwortbarkeit dieser Therapie notwendig sind.

Deshalb ist auch die Politik aufgerufen, sich mit den ärztlichen Experten aus diesem Versorgungsbereich zusammenzusetzen, um für eine rechtlich einwandfreie und ärztlich durchführbare Handlungsweise zu sorgen.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bittet deshalb alle verantwortlichen Stellen, sich der diesbezüglichen Gesprächsbereitschaft betroffener Ärztinnen und Ärzte nicht zu verschließen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ist nicht praktikabel - keine Kriminalisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache VI - 51) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 richtet den dringenden Appell an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) in der Weise anzupassen, dass sie auch im praktischen Vollzug nicht dazu führt, Ärzte letztlich zu kriminalisieren.

Insbesondere die Take-Home-Vorschriften und die Vorgaben bezüglich des Beigebrauchs sind dringend änderungsbedürftig. Es besteht derzeit die Gefahr, dass Ärztinnen und Ärzte, die sich um suchtkranke Patienten kümmern wollen, davon Abstand nehmen, weil sie befürchten müssen, dass bei einem auch noch so kleinen Abweichen von den Vorgaben erhebliche strafrechtliche Konsequenzen drohen. Ärztinnen und Ärzte, die sich um Suchtkranke kümmern, dürfen nicht kriminalisiert werden und müssen die Sicherheit haben, dass sie bei der Verwendung einer praktikablen BtMVV auch der Unterstützung der Strafverfolgungsbehörden sicher sein können. Insofern ist eine entsprechende Überprüfung der BtMVV und diesbezüglich eine Anhörung von Sachverständigen, die in diesem Versorgungsbereich tätig sind, unumgänglich und auch zeitlich nicht mehr aufschiebbar.

Begründung:

Es besteht bei der derzeitigen Gesetzeslage die Gefahr, dass Ärzte aus Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen diese Tätigkeit aufgeben, weil sie letztendlich auch um ihre Existenz fürchten müssen. Dabei ist aber zu betonen, dass nicht etwa einer generellen Freigabe das Wort geredet wird, da die betreffenden Regularien vom Grundsatz her zur Gewährleistung der ärztlichen Verantwortbarkeit dieser Therapie notwendig sind. Dieser Antrag wurde bereits vom Bayerischen Ärztetag im Oktober 2012 mit großer Mehrheit angenommen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Quitterer (Drucksache VI - 54) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Verordnungsgeber wird aufgefordert, die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) in folgenden Punkten zu ändern:

- Änderung oder Streichung der Bestimmungen zum Beigebrauch
- Anpassung der Take-Home-Dosis für den Fall, dass der Patient in den folgenden zwei Tagen keine Apotheke erreicht
- Änderung des Dispensierrechts mit der Möglichkeit der direkten Abgabe des Substituts an den Patienten durch den Arzt

Begründung:

Es besteht eine große Rechtsunsicherheit der Methadon substituierenden Ärzte bei der Auslegung der verschiedenen betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften, die anlässlich eines aktuellen Falls in Niederbayern deutlich zugenommen hat. Die Angst vor strafrechtlichen Risiken bis hin zum Approbationsentzug hält Ärzte zunehmend davon ab, Methadon zu substituieren. Nicht selten gelangen die behandelnden Ärzte in das Visier der Gesundheitsbehörden und der Staatsanwaltschaft - und das oft nur, weil die Prüfinstanzen die geltenden Vorschriften anders auslegen als die Ärzte. Die Konsequenzen und das Risiko sind für die Ärzte nicht mehr hinnehmbar.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Appell an alle Landesärztekammern, das dringende Anliegen der Substitutionsbehandlung zu unterstützen

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache VI - 50) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 appelliert an alle Landesärztekammern, ihren Landesregierungen dringend die Notwendigkeit einer Überarbeitung des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) darzulegen, um damit zu erreichen, dass durch eine entsprechende Gesetzesinitiative aus den Ländern unter Anwendung des geänderten Rechts eine Substitutionsbehandlung künftig dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechend durchgeführt werden kann.

Begründung:

Die auftretenden Schwierigkeiten im Bereich der Substitutionsbehandlung sind kein singuläres Problem eines Bundeslandes, sondern stellen ein grundsätzliches Problem bei der Durchführung entsprechender Behandlungen dar.

Deshalb sollten alle Bundesländer die Initiative für eine Überarbeitung der genannten rechtlichen Grundlagen ergreifen, um dem medizinischen Fortschritt in der Substitutionsbehandlung auch Rechnung zu tragen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gesundheitsminister der Länder mögen sich für eine Aktualisierung des Rechts im Bereich der Substitutionsbehandlung einsetzen

Entschließung

Auf Antrag von Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache VI - 53) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert alle Gesundheitsminister der Länder auf, sich den Fortschritten der Substitutionsbehandlung nicht zu verschließen und deshalb die Aktualisierung des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) voranzutreiben. Die derzeitigen gesetzlichen Grundlagen spiegeln den aktuellen medizinischen Stand der Wissenschaft nicht wider.

Nur eine entsprechende Anpassung wird eine flächendeckende Versorgung auf dem erforderlichen medizinischen Niveau bei entsprechender Rechtssicherheit gewährleisten können.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesärztekammer

Entschließung

Auf Antrag von Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache VI - 42) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die verantwortlichen Institutionen bzw. die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder und die zuständigen Gerichte in Deutschland auf, bei der Beurteilung vermeintlicher Verstöße gegen die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) die Richtlinien der Bundesärztekammer 02/2010 zu Grunde zu legen.

Die Verurteilung von Kolleginnen und Kollegen wegen Nichteinhaltung der BtMVV ohne lückenlose Berücksichtigung der Richtlinie ist nicht gerechtfertigt.

Begründung:

Die Auslegung der BtMVV seitens der zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder oder von Juristen führt bei vermeintlichen Verstößen immer wieder zu Verurteilung von Substitutionsärztinnen und -ärzten, obwohl die Richtlinien der Bundesärztekammer eine andere Interpretation zulassen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Fentanyl-Screeningtests

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Lux, Herrn MD Dr. Breu, Herrn Dr. Quitterer und Herrn Dr. Rechl (Drucksache VI - 64) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Kostenträger und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, folgende Substanzen in die Screeningtests bei Opioidabhängigen aufzunehmen:

- Fentanyl
- Tilidin
- Tramadol

Begründung:

Diese Substanzen werden bei den normalen Screeningtests nicht erfasst. Wegen des häufigen Konsums bei Opioidabhängigen ist es jedoch zwingend erforderlich, diese Substanzen bei Substitutionspatienten zu bestimmen.

Fentanyl ist in den letzten Jahren zu einer häufig konsumierten Ersatzdroge von opioidabhängigen Patienten geworden. So gaben bei der Befragung vom prop Drogennotdienst München L 43 im Jahr 2011 27,7 Prozent der Opiatkonsumenten an, Fentanyl täglich zu konsumieren.

2010 gab es 262 Drogentodesfälle, 47 durch alleinige Vergiftung mit Fentanyl.

In den üblichen Screeningtests auf Opiate wird Fentanyl nicht erkannt. Es gibt mittlerweile hochsensitive Streifentests, die im Substitutionsalltag Fentanyl nachweisen können.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Ärztliche Psychotherapie/Psychiatrie

- VI - 45 Keine Benachteiligung von Menschen nach einer Psychotherapie
- VI - 59 Suchterkrankung muss in Diagnostik und Therapie anderen psychiatrischen Erkrankungen gleichgestellt werden
- VI - 80 Zeit- und praxisnahe gesetzliche Regelungen zur Behandlung nicht einwilligungsfähiger psychisch Kranker schaffen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Benachteiligung von Menschen nach einer Psychotherapie

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Dr. Hellmann, Herrn Dr. Rakette, Herrn Dr. Ramm, Frau Dr. Clever, Frau Dr. Mieke und Herrn Dr. Albring (Drucksache VI - 45) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, unverzüglich mit allen beteiligten Partnern darauf hinzuwirken, dass Menschen, die sich einer Psychotherapie unterzogen haben, nicht benachteiligt werden.

Begründung:

Die Zahl der diagnostizierten psychischen Erkrankungen steigt ebenso wie die Zahl der Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage sowie Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen.

Zu Recht drängen Krankenkassen, Patientenvertreter, Politiker etc. auf kürzere Wartezeiten für einen Therapieplatz.

Ganz zu Unrecht werden Menschen, die sich einer Psychotherapie unterzogen haben, z. B. beim Abschluss von Versicherungen, Berufsunfähigkeits- und Lebensversicherung sowie bei der Verbeamtung, benachteiligt.

Inzwischen lehnen Eltern eine notwendige Psychotherapie für ihre Kinder ab, weil sie Angst haben, dass diese deswegen später benachteiligt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Suchterkrankung muss in Diagnostik und Therapie anderen psychiatrischen Erkrankungen gleichgestellt werden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Dr. Lux und Herrn Dr. Quitterer (Drucksache VI - 59) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Jede psychiatrische Erkrankung kann in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) behandelt und abgerechnet werden.

Es kann nicht sein, dass Suchterkrankungen davon ausgenommen sind und hier eine Behandlung nur möglich ist, wenn eine weitere psychiatrische Erkrankung vorliegt.

Begründung:

Derzeit ist es gängige Praxis, dass bis zu zwei Jahren nach Behandlung einer Suchterkrankung die Vergütung von den Krankenkassen gestrichen werden kann, wenn keine zweite psychiatrische Erkrankung vorliegt. Das stellt eine Diskriminierung der Suchtkranken unter den psychiatrischen Patienten dar.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zeit- und praxisnahe gesetzliche Regelungen zur Behandlung nicht einwilligungsfähiger psychisch Kranker schaffen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Kobes (Drucksache VI - 80) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert alle Landesregierungen auf, zeit- und praxisnahe gesetzliche Regelungen zur Behandlung nicht einwilligungsfähiger psychisch Kranker zu schaffen.

Begründung:

Das Bundesverfassungsgericht hat die in einigen Bundesländern bestehenden Psychisch-Kranke-Gesetze für nichtig erklärt. Somit können diese gesetzlichen Regelungen nicht mehr zu einer Zwangsbehandlung herangezogen werden. Das hat zu Unsicherheit bei Ärzten, Patienten, Angehörigen und anderen Gesundheitsberufen bezüglich einer verantwortungsvollen ethischen Anwendung von Zwangsbehandlungen geführt. Deshalb besteht auf Länderebene akuter Handlungsbedarf bezüglich der Anpassung der einschlägigen Ländergesetze.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Ausbildung

- VI - 74 Zugang zum Medizinstudium
- VI - 73 Auswahlverfahren zum Medizinstudium
- VI - 08 Auswahlverfahren an den Hochschulen
- VI - 79 Ambulante Medizin: Höhere Attraktivität statt Zwangsmaßnahmen!
- VI - 77 Volle Mobilität im Praktischen Jahr - "Nein" zum Pflichttertial an der Heimatuniversität!
- VI - 78 Für volle Entscheidungsfreiheit beim PJ-Splitting
- VI - 21 Studientage im Praktischen Jahr erhalten - bundesweit!
- VI - 22 Faire Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr - bundesweit!
- VI - 19 Abschaffung der gesetzlichen Deckelung der Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr
- VI - 26 Deckelung der PJ-Aufwandsentschädigung im Ausland umgehend wieder aufheben!
- VI - 97 Verlässliche ausreichende Finanzierung der medizinischen Fakultäten
- VI - 56 Erhalt und Ausbau medizinischer Ausbildung
- VI - 27 EU-Vorschlag zur möglichen Verkürzung des Medizinstudiums von sechs auf fünf Jahre muss verhindert werden



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zugang zum Medizinstudium

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Qwitterer und Herrn Dr. Rechl (Drucksache VI - 74) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Kultusministerkonferenz (KMK) auf, die Kriterien für die Vergabe von Medizinstudienplätzen zu überprüfen und dahingehend abzuändern, dass für die ärztliche Tätigkeit wichtige Merkmale wie soziale Kompetenz und Engagement im medizinischen Bereich einen höheren Stellenwert bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen erhalten als bisher. Auch die Formulierung, wonach in Auswahlverfahren der Hochschulen die Abiturnote einen maßgeblichen Einfluss behalten muss, ist zu ändern. Geeignete Instrumente zur Auswahl der Medizinstudenten sind in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern zu entwickeln

Begründung:

Gerade in einer Zeit des drohenden und im ländlichen Bereich auch schon existierenden Ärztemangels führt die Vergabe von Studienplätzen nur über die Abiturnote dazu, dass viele für den Arztberuf interessierte junge Menschen keinen Studienplatz bekommen. Auch für die Auswahlverfahren der Universitäten muss der Stellenwert der Kriterien neu formuliert werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Auswahlverfahren zum Medizinstudium

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Quitterer und Herrn Dr. Rechl (Drucksache VI - 73) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die medizinischen Fakultäten der Universitäten auf, die für die Vergabe von 60 Prozent der Studienplätze im Studienfach Medizin vorgesehenen Auswahlverfahren der Hochschulen umzusetzen und die Bewerbungen nicht wieder an die zentrale Vergabestelle zurückzugeben.

Begründung:

Der Zugang zum Medizinstudium über den Numerus clausus macht einen Notendurchschnitt von mindestens 1,2 notwendig. Studienbewerber für Medizin, welche nicht über die erforderliche Abiturnote verfügen, können über ein Auswahlverfahren der Hochschule zum Studium zugelassen werden. Ein Anteil von 60 Prozent der zur Verfügung stehenden Studienplätze soll über dieses Verfahren vergeben werden. Die Realität zeigt jedoch, dass viele Bewerbungen für diese Auswahlgespräche an die Vergabestelle zurückverwiesen werden, sodass letztlich wieder die Abiturnote ausschlaggebend ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Auswahlverfahren an den Hochschulen

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 08) fasst der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 erneuert den Appell, die Zugangskriterien für die Studienplatzvergabe an den medizinischen Fakultäten zu ändern, und fordert die Landesregierungen dazu auf, besonders diejenigen Universitäten mit finanziellen Mitteln zu fördern, die objektivierbare Assessments auf rechtlich abgesicherter Basis transparent durchführen. Dabei sind bundeseinheitliche Kriterien anzustreben.

Begründung:

Die Abiturnote als wesentliches Kriterium für die Zulassung zum Studium der Medizin ist zunehmend in die Kritik geraten. Nach wie vor wird ein viel zu hoher Anteil an Medizinstudierenden über die Abiturnote ausgewählt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ambulante Medizin: Höhere Attraktivität statt Zwangsmaßnahmen!

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Botzlar und Frau Dr. Lux (Drucksache VI - 79) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 unterstützt die Kritik des Sprecherrates der Medizinstudierenden im Marburger Bund (siehe Pressemitteilung "Ambulante Medizin: Höhere Attraktivität statt Zwangsmaßnahmen!") am "Positionspapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Modernisierung der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten".

Insbesondere positioniert sich der 116. Deutsche Ärztetag 2013

- gegen weitere Pflichtfamulaturen in der ambulanten Versorgung,
- gegen jegliche Forum von ambulanten Pflichtabschnitten während des Praktischen Jahres (PJ),
- gegen eine Pflichtweiterbildungszeit im ambulanten Sektor und
- für eine Verbesserung der Bedingungen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie der Niederlassung in der ambulanten Versorgung.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Volle Mobilität im Praktischen Jahr - "Nein" zum Pflichttertial an der Heimatuniversität!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Botzlar, Frau PD Dr. Borelli und Frau Dr. Lux (Drucksache VI - 77) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt die Überlegungen verschiedener Fakultäten zur Schaffung von Pflichttertialen an den jeweiligen Heimatuniversitäten oder deren Lehrkrankenhäusern ab und fordert die vollständige Gewährleistung der Mobilität im Praktischen Jahr (PJ), die im Rahmen der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) zugesichert wird.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Für volle Entscheidungsfreiheit beim PJ-Splitting

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Rechl, Frau Dr. Lux und Frau PD Dr. Borelli (Drucksache VI - 78) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 lehnt Einschränkungen bei der Aufteilung von PJ-Tertialen (sogenanntes PJ-Splitting) durch Landesprüfungsämter ab. Insbesondere ein Verbot der Aufteilungsvariante "acht Wochen Ausland/acht Wochen Inland" wird explizit abgelehnt. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert, die von der Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) intendierte PJ-Mobilität auch außerhalb Deutschlands in vollem Umfang zu ermöglichen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Studientage im Praktischen Jahr erhalten - bundesweit!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 21) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die medizinischen Fakultäten in Deutschland auf, Studientage im Praktischen Jahr (PJ) wieder bzw. weiterhin zu gewähren und entsprechende Rahmenbedingungen in den Studien- oder PJ-Ordnungen zu schaffen. Zudem fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäuser dazu auf, flächendeckend Studientage zu gewähren.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Faire Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr - bundesweit!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 22) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäuser in Deutschland auf, flächendeckend eine angemessene Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr (PJ) zur Verfügung zu stellen. Als Mindestgrenze ist der Höchstsatz gemäß dem Verweis der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) auf § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 BAföG festzusetzen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Abschaffung der gesetzlichen Deckelung der Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther, Herrn PD Dr. Scholz und Herrn Krakau (Drucksache VI - 19) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung und den Bundesrat dazu auf, die Deckelung der Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr (PJ) aufzuheben.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Deckelung der PJ-Aufwandsentschädigung im Ausland umgehend wieder aufheben!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lücke (Drucksache VI - 26) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, die in der letzten Änderung der Approbationsordnung (ÄAppO) vom 17. Dezember 2012 für ein Praktisches Jahr-Tertial (PJ) im Ausland festgelegte Obergrenze der PJ-Aufwandsentschädigung in Höhe von monatlich 597,00 Euro umgehend wieder aufzuheben.

Begründung:

Die neu geregelte Vergütung für PJ-Tertiale im Ausland, die bisher kein Limit hatte, deckelt seit dem 1. April 2013 die PJ-Aufwandsentschädigung auf eine maximale Summe. So dürfen für einen PJ-Aufenthalt im Ausland (EU und Schweiz) künftig nur noch 597,00 Euro monatlich - in Orientierung am aktuellen BAföG-Höchstsatz - gezahlt werden, inklusive Zuschüssen für Studiengebühren und Reisekosten.

Es ist nicht sinnvoll, für ein PJ-Tertial im Ausland eine dem deutschen Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) entnommene und an deutsche Lebenshaltungskosten angelehnte Summe für den Bedarf von PJ-Studierenden im Ausland heranzuziehen, da diese Summe die ausländischen Lebenshaltungskosten nicht abbildet. Da die Lebenshaltungskosten im Ausland oft höher sind als in Deutschland, stößt die neue PJ-Vergütungsregelung erheblich an ihre Grenzen. Vor allem in beliebten westeuropäischen Ländern wie z. B. in der Schweiz benötigen die deutschen PJ-Studierenden nicht nur größere Geldsummen, um sich einen Auslandsaufenthalt überhaupt leisten zu können, sondern es werden von den dortigen Krankenhäusern in der Regel auch PJ-Vergütungen gezahlt, die weit über den monatlich 597,00 Euro liegen. Das hat seinen Grund, da die Bedingungen und Formalitäten des Arbeitsverhältnisses im Auslandstertial oft anders aussehen als in Deutschland. So werden z. B. für Auslandstertiale in der Schweiz Arbeitsverträge zwischen den deutschen PJ-Studierenden und dem Arbeitgeber geschlossen, und es existieren Vereinbarungen über Rufdienste und Wochenarbeitszeit.

Eine solche Deckelung der Bezüge macht Auslandserfahrungen praktisch unmöglich.



Dabei werden Studierende vielfach ermutigt, gerade solche zu sammeln. Wer Studierenden mit Interesse an Auslandserfahrungen daran hindert, riskiert vielmehr die sofortige Abwanderung fertiger Ärzte direkt nach dem Studium ins Ausland. Deshalb muss die Deckelung der PJ-Vergütung für ein PJ-Tertial umgehend zurückgenommen werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verlässliche ausreichende Finanzierung der medizinischen Fakultäten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Wagenknecht, Herrn Prof. Dr. Schwantes, Herrn Prof. Dr. Niebling und Herrn Zimmer (Drucksache VI - 97) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Landesregierungen auf, die medizinischen Fakultäten nicht durch Sparmaßnahmen handlungsunfähig zu machen. Die Ausbildung der zukünftigen Generationen von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland ist durch eine verlässliche und langfristige Haushaltsplanung zu stabilisieren.

In den meisten Bundesländern beteiligen sich die Regierungen an Maßnahmen gegen Ärztemangel. Rigide Sparhaushalte treffen die medizinischen Fakultäten unmittelbar und verschlechtern die Studienbedingungen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Erhalt und Ausbau medizinischer Ausbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Czeschinski, Herrn Dr. Reuther, Herrn Dr. Tränkle und Herrn Dr. Schuss (Drucksache VI - 56) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Während der Ärztemangel mit Tausenden freien Stellen in deutschen Krankenhäusern evident ist und darüber hinaus zukünftig ein Bedarf von 20 Prozent an Ärzten für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung bereits für das Jahr 2020 vorhergesagt ist, diskutiert die Politik die Schließung medizinischer Fakultäten.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert alle politischen Verantwortlichen auf, nicht nur die jetzigen medizinischen Fakultäten zu erhalten, sondern die Ausbildungskapazitäten entsprechend der Herausforderungen in der Zukunft auszubauen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: EU-Vorschlag zur möglichen Verkürzung des Medizinstudiums von sechs auf fünf Jahre muss verhindert werden

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Frau Haus, Herrn Dr. Reinhardt und Herrn Dr. Lücke (Drucksache VI - 27) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert das Europaparlament dazu auf, die EU-Richtlinie (Direktive 2005/36/EG), mit der die Möglichkeit geschaffen werden soll, das Medizinstudium von sechs auf fünf Jahre zu verkürzen, in der vorliegenden Fassung nicht zu verabschieden.

Begründung:

Im Januar 2013 hat der Binnenmarktausschuss des Europaparlaments die geplante Änderung der Europäischen Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG beraten und es trotz mehrfacher Proteste unter anderem auch aus Deutschland dabei belassen, dass die ärztliche Ausbildung europaweit von bisher mindestens sechs auf fünf Jahre verkürzt werden kann. Aktuell besteht die Gefahr, dass das Europaparlament im Juni dem Vorschlag des federführenden Ausschusses folgt und die neue Regelung – mit einschneidenden Folgen für die Qualität der ärztlichen Ausbildung in Deutschland – verabschieden wird.

Auch wenn es sich bei diesem Vorschlag um keine Muss-, sondern um eine Kann-Regelung handelt, und keine deutsche Universität das Studium um ein Jahr verkürzen muss oder Universitäten anderer europäischer Länder ihr Medizinstudium um ein Jahr verlängern müssen, gibt es Befürchtungen, dass immer mehr europäische Länder in Zukunft die Mindestdauer ihres Medizinstudiums absenken werden und es zu einer stärkeren Verdichtung der ärztlichen Ausbildung kommen könnte. Gerade vor dem Hintergrund des seit Jahren thematisierten Ärztemangels ist davon auszugehen, dass eine geschaffene Möglichkeit zur Verkürzung früher oder später auch Umsetzung finden wird. Vor allem für die ärztliche Ausbildung in Deutschland hätte der Drang nach einer schnelleren und kostengünstigeren Ärzteausbildung fatale Auswirkungen. Das Medizinstudium in Deutschland, das sechs Jahre und wenigstens 5.500 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht umfasst, genießt weltweit eine ausgezeichnete Reputation, und die in Deutschland ausgebildeten Ärzte zeichnen sich durch ein umfangreiches theoretisches Wissen sowie sichere Beherrschung der praktischen



Versorgung von Patienten aus. Um die hochwertige Qualität der deutschen
Mediziner Ausbildung halten zu können, darf an der Qualität und Quantität der ärztlichen
Ausbildung nicht gerüttelt werden.



116. Deutscher Ärztetag

Hannover, 28.05. - 31.05.2013

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

117. Deutscher Ärztetag

- VI - 66 Tagesordnungspunkt auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf:
"Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst" vorsehen
- VI - 108 Befassung mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefarzte und ärztlichen
Direktoren
- VI - 104 Schaffung einheitlicher Meldeverfahren bei den Landesärztekammern für Ärztinnen
und Ärzte
- VI - 81 Definition ärztlicher Tätigkeit in der (Muster-)Berufsordnung
- VI - 37 (Muster-)Berufsordnung §§ 32, 33
- VI - 96 Auch Ärzteteams mit Paracelsus-Medaille auszeichnen



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Tagesordnungspunkt auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf:
"Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst" vorsehen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Frau Albrecht (Drucksache VI - 66) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Für die Tagung des 117. Deutschen Ärztetages 2014 in Düsseldorf ist ein Tagesordnungspunkt vorzusehen, der sich mit den aktuellen Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), insbesondere seinem breitgefächerten Aufgabengebiet und seiner Bedeutung als dritte Säule im Gesundheitswesen, befasst.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Befassung mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefärzte und ärztlichen Direktoren

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Hettenbach, Herrn Dr. Clever, Herrn Dr. Roder, Herrn Dr. Baier und Herrn Dr. Miller (Drucksache VI - 108) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Auf dem 109. Deutschen Ärztetag 2006 in Magdeburg wurde mit großer Mehrheit beschlossen, dass auf einem der nächsten Ärztetage (z. B. in Münster) einer der Tagesordnungspunkte die Befassung mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefärzte und ärztlichen Direktoren sein soll (Drs. VII-89).

Nachdem in den vergangen sieben Ärztetagen dieser Antrag nicht berücksichtigt wurde, beantragen wir deshalb erneut die Befassung mit diesem Tagesordnungspunkt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Schaffung einheitlicher Meldeverfahren bei den Landesärztekammern für Ärztinnen und Ärzte

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Gericke, Herrn Dr. Gehle, Frau Dr. Wulf-Homilius, Herrn Dr. Fabian, Herrn Dr. Köhne, Herrn Dr. Botzlar und Herrn Dr. Roy (Drucksache VI - 104) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer auf, bis zum 117. Deutschen Ärztetag 2014 zu klären, ob es zum Bürokratieabbau bei An- und Abmeldung

- einer Vereinheitlichung der Heilberufe- und Kammergesetze bedarf oder
- eine Absprache der Ärztekammern genügt,

um ein einheitliches Meldeverfahren sicherzustellen.

Begründung:

Die unterschiedliche Verwaltungspraxis führt insbesondere bei Ärztinnen und Ärzten zu Nachteilen, die in unterschiedlichen Ärztekammerbereichen arbeiten. Sie hat auch Auswirkung auf die Mitgliedschaft in den Versorgungswerken. Die medizinische Versorgung in ländlichen und dünn besiedelten Regionen erfordert insbesondere im Hinblick auf die demografische Entwicklung und den bestehenden Ärztemangel flexible Versorgungsstrukturen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Definition ärztlicher Tätigkeit in der (Muster-)Berufsordnung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Albrecht, MBA, Herrn Dr. Fabian, Herrn Müller, Herrn Dr. Bobbert, Herrn Dr. Köhne, Frau Dr. Koßmann, Frau PD Dr. Borelli, Frau Dr. Keller und Herrn Dr. Spies (Drucksache VI - 81) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, die für die (Muster-)Berufsordnung (MBO) zuständigen Gremien damit zu beauftragen, eine Präzisierung der ärztlichen Aufgaben (§ 1) zur Bestimmung der Reichweite der in der MBO geregelten ärztlichen Berufspflichten zu erarbeiten. Der Vorschlag soll auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 vorgestellt werden.

Dabei soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Ärztinnen und Ärzte ihre ärztlichen Aufgaben über die unmittelbare Sorge um die Gesundheit von Patientinnen und Patienten hinaus auch wahrnehmen, wenn sie mit ihren ärztlichen Fachkenntnissen an der Förderung und Erhaltung der Gesundheit des einzelnen Menschen sowie der Bevölkerung und der hierfür erforderlichen natürlichen und gesellschaftlichen Lebensgrundlagen sowie des Gesundheitssystems mitwirken.

Begründung:

Das tradierte ärztliche Berufsbild ist gekennzeichnet durch die Aufgabe des Arztes, in direktem Kontakt mit Menschen Krankheiten zu vermeiden, zu erkennen und heilen zu helfen. Diese Aufgabe erledigte der Arzt in der Vergangenheit als angestellter Arzt in einem Krankenhaus oder als freiberuflich tätiger Arzt in eigener Praxis.

Das moderne Arztbild ist vielschichtiger und arbeitsteiliger geworden. Die heilende ärztliche Tätigkeit ist nicht mehr denkbar ohne Kooperation mit ärztlichen Kollegen und ohne direkten Patientenkontakt. Seien es Forschung und Lehre, Untersuchungen von Körpermaterialien und Telemedizin, die Reflexion von Ethik und Geschichte des ärztlichen Berufsstandes, die Organisation des Arbeitsumfeldes und der sorgfältigen Dokumentation ärztlicher Diagnostik und ärztlichen Handelns auch im Interesse der Patienten - auch diese Tätigkeiten müssen ihrer Bedeutung für das Gesundheitssystem entsprechend gleichberechtigt mit den unmittelbar heilenden Tätigkeiten als ärztliche Tätigkeiten angesehen werden.



So stellt sich bei der Anwendung der MBO bezüglich bestimmter Gruppen von Ärztinnen und Ärzten sowie bei bestimmten durch Ärztinnen und Ärzte ausgeübten Tätigkeiten häufiger die Frage der Reichweite der in der MBO geregelten ärztlichen Berufspflichten.

Dies betrifft zum einen Sachverhalte, bei denen Ärztinnen und Ärzte im privaten Bereich Rechtsgüter verletzen, die auch für die ärztliche Berufsausübung eine besondere Rolle spielen. Zu erwähnen sind hierbei insbesondere die Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung von Personen, die in einem Unterordnungs- und Abhängigkeitsverhältnis stehen, Besitz und Verbreitung von Kinderpornografie sowie auch in bestimmten Konstellationen Gewaltdelikte und Unfallflucht.

Zum anderen stehen Sachverhalte in Rede, bei denen Ärztinnen und Ärzte nicht unmittelbar am Patienten tätig sind und im Rahmen solcher Tätigkeiten (z. B. Behörden, wissenschaftliche Einrichtungen) Pflichtverletzungen begehen, die das Ansehen des Arztberufes beschädigen und damit das für eine ordnungsgemäße gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung erforderliche Vertrauen in die Ärzteschaft beeinträchtigen.

Die Regelungen in der aktuellen MBO geben darauf keine ausreichende Antwort. Es ist nicht das Ziel, eine Neudefinition der Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte vorzunehmen. Vielmehr soll das normiert werden, was nach dem verwaltungsgerichtlich gefestigten Verständnis ohnehin selbstverständlich ist. Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwGE 39, 100, 103) hat betont, dass die Landesärztekammern die beruflichen Belange der Gesamtheit der Ärzte zu wahren und an der Erhaltung einer sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Ärzteschaft mitzuwirken hätten. Diese Aufgabe können die Landesärztekammern nur erfüllen, wenn sie sich die Erfahrungen der Ärzte aus allen Tätigkeitsbereichen nutzbar machen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: (Muster-)Berufsordnung §§ 32, 33

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich und Herrn Dr. Scholze (Drucksache VI - 37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 einen Antrag auf Änderung der §§ 32 und 33 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) vorzulegen. Dieser Antrag sollte inhaltlich wie folgt aussehen:

„§ 32

Satz 1: Dem Arzt ist es nicht gestattet, von Patienten oder anderen Personen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen.

Satz 2 alt: wird gestrichen

Satz 2 neu: Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und nur im angemessenen Umfang erlaubt. Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen.

§33

Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten erbringen (z. B. bei Anwendungsbeobachtungen), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Verträge über die Zusammenarbeit sind schriftlich abzuschließen und müssen der Ärztekammer vorgelegt werden. Die Ergebnisse der Auswertung dieser Zusammenarbeit sind der Kammer vorzulegen und werden von dieser bewertet.“

Begründung:

§ 32 sollte eindeutig festlegen, dass die Annahme von Geschenken oder anderen Vorteilen prinzipiell nicht mit der Berufsordnung zu vereinbaren ist. Eine Regelung, die sich wie bisher auf den "Eindruck der Beeinflussung" stützt, muss vermieden werden, weil hiermit Interpretationsspielräume eröffnet würden, die zu uneinheitlichen



Verhaltensweisen auf ärztlicher Seite führen würden. Es ist bekannt, dass ein Empfänger von Vorteilen subjektiv meist der Ansicht ist, diese Vorteile ohne Beeinflussung angenommen zu haben. Dem Arzt bleibt praktisch immer die Möglichkeit erhalten, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen. Diese alte Formulierung ermöglicht weiterhin die Annahme von Vorteilen. Deshalb sind der bisherige 2. Halbsatz von Satz 1 § 32 sowie Satz 2 § 32 zu streichen.

§ 32 Satz 2 sollte vollständig gestrichen werden. Es sollte Ärztinnen und Ärzten nicht erlaubt sein, sich Tagungsgebühren und Reisekosten durch Dritte erstatten zu lassen. Ärzte dürfen sich von Seiten der pharmazeutischen Industrie oder der Hersteller von Medizinprodukten keine Tagungsgebühren und Reisekosten erstatten lassen. Häufig reduziert sich die Teilnehmergebühr jedoch dadurch, dass die Veranstaltung selber gesponsert wird. Solches Sponsoring lässt die Berufsordnung grundsätzlich zu. Der Begriff der Reisekosten ist im Bundesreisekostengesetz (BRKG) definiert und umfasst u. a. Fahrt- und Flugkosten, die Wegstreckenentschädigung bei Benutzung des eigenen Pkw, Hotelkosten oder Nebenkosten wie Parkgebühren. Die Berufsordnung sollte nicht danach unterscheiden, wer die Fortbildungsveranstaltung durchführt. Pharmazeutische Unternehmen dürfen daher Reise- und Hotelkosten auch dann nicht übernehmen, wenn nicht sie selbst, sondern eine wissenschaftliche Fachgesellschaft oder ein von dieser mit der Durchführung beauftragtes Unternehmen Veranstalter ist (siehe Begründung der Ärztekammer Niedersachsen zur Streichung des § 32 Satz 2).

Geschenke, Zuwendungen und Fortbildungsfinanzierung werden von Seiten der Industrie als Mittel der Beeinflussung eingesetzt. Die Wirksamkeit dieser Beeinflussungsversuche ist durch eine Vielzahl von Studien belegt. Im Ergebnis beurteilen Ärzte die Produkte der Zuwender verzerrt, d. h. sie überschätzen den Nutzen und unterschätzen den Schaden. Dies kann eine Gefahr für die Patienten bedeuten. Die Verzerrung des eigenen Urteils entgeht den betroffenen Ärztinnen und Ärzten zumeist – sie sehen die Gefahr lediglich bei den Kollegen. Eine Null-Euro-Regelung ist sinnvoll, weil damit eine klare Grenze gezogen wird. Auch die zunehmend kritische Öffentlichkeit ist mit einer Null-Euro-Regelung am ehesten von der Unabhängigkeit der Ärzte zu überzeugen.

Die Verpflichtung zur Fortbildung ist ureigenste Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten. Ärzten in der Weiterbildung muss die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen durch den Arbeitgeber ermöglicht werden.

Anwendungsbeobachtungen sind schon heute meldepflichtig. Solange diese unwissenschaftlichen Werbemaßnahmen noch nicht unterbunden sind, sollten sie einer strengen Kontrolle hinsichtlich Durchführung und Auswertung unterliegen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Auch Ärzteteams mit Paracelsus-Medaille auszeichnen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Brock (Drucksache VI - 96) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, zu ermöglichen, dass neben den Einzelpreisträgern der Paracelsus-Medaille auch ärztliche Projektgruppen, die den Vorgabekriterien entsprechen, ausgezeichnet werden können.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Fortbildung

- VI - 03 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – ein effektives Instrument auf dem Wege zu einer Sicherheitskultur und zum lebenslangen Lernen
- VI - 24 Qualität der Fortbildung erhalten
- VI - 52 Bildungsfreistellung für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung bundesweit
- VI - 85 Strukturierte Fortbildung Hirntoddiagnostik



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – ein effektives Instrument auf dem Wege zu einer Sicherheitskultur und zum lebenslangen Lernen

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 03) unter Berücksichtigung des Antrags von Herrn Bodendieck (Drucksache VI - 03a) fasst der 116. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 plädiert für die verstärkte sektorenübergreifende Etablierung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK).

Begründung:

M&MK stellen zum einen ein bewährtes didaktisches Instrument insbesondere in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung dar. Darüber hinaus eignen sich M&MK hervorragend, interdisziplinär aus Fehlern oder Komplikationen zu lernen, die in der eigenen Einrichtung auftreten. Somit sind M&MK auch ein wertvolles Instrument des Qualitätsmanagements und der Patientensicherheit. M&MK fördern "Soft Skills", wie analytisches Denken, zielgerichtete Präsentation, Kommunikation und Diskussion, die für die ärztliche Profession unabdingbar sind. M&MK werden idealerweise regelmäßig und strukturiert durchgeführt. Im Mittelpunkt steht die offene Diskussion über klinische Prozesse und Abläufe. Schuldzuweisungen zu einzelnen Personen oder Sanktionen sind dabei unbedingt zu vermeiden. Richtig durchgeführt vermögen M&MK die Sicherheits- und Lernkultur in Gesundheitseinrichtungen nachhaltig zu fördern.

Um die Etablierung von M&MK zu unterstützen, entwickelt die Bundesärztekammer einen entsprechenden methodischen Leitfaden, der dieses Instrument auf eine systematische Grundlage stellt, seiner Implementierung einen Impuls geben und die Qualität von M&MK fördern soll.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Qualität der Fortbildung erhalten

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Griebenow, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehele, Herrn Dr. Reuther, Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Dr. Botzlar und Herrn Krakau (Drucksache VI - 24) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Von Dritten finanziell unterstützte Fortbildung unterliegt mehreren nicht aufeinander abgestimmten Rechtskreisen: Berufs-, Wettbewerbs-, Sozial-, Steuer-, Arbeits- und Tarifrecht.

In der Anwendung der für die jeweiligen Partner geltenden Bestimmungen wird immer häufiger versucht, zu Lasten der ärztlichen Informationsfreiheit zu agieren. Dabei ist die vollständige Verfügbarkeit aller relevanten Daten für eine am Wohl des einzelnen Patienten ausgerichtete Entscheidung in Diagnostik und Therapie ebenso absolut unverzichtbar wie deren kritische Gewichtung im kollegialen Dialog.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 verurteilt daher alle Bestrebungen und Maßnahmen, die aus primär wirtschaftlich motivierten Gründen hier zu Einschränkungen führen (könnten).

Dazu zählen

- die Zurückhaltung von Studien mit neutralem oder negativem Ausgang durch die Sponsoren,
- die Einflussnahme von Krankenhausträgern auf das ärztliche Fortbildungsverhalten,
- von Herstellern organisierte Information ausgewählter Arztgruppen,
- die Einflussnahme von Sponsoren auf die Auswahl von Referenten/Autoren und Inhalte von Fortbildung usw.

Weiterhin fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 alle Beteiligten auf, unter Führung der Bundesärztekammer ein Konzept zu erarbeiten, das auf Basis des ärztlichen Primats einer unabhängigen Information sowie eines ungehinderten ärztlichen Informationsaustausches Möglichkeiten und Grenzen der finanziellen Unterstützung von Fortbildungsmaßnahmen durch Dritte beschreibt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Bildungsfreistellung für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung bundesweit

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus und Herrn Dr. Lücke (Drucksache VI - 52) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Landesregierungen von Bayern, Baden-Württemberg, Sachsen und Thüringen auf, wie in den anderen zwölf Bundesländern auch, Bildungsfreistellungsgesetze auf Landesebene zu erlassen.

Begründung:

In zwölf von 16 Bundesländern ist die Bildungsfreistellung bzw. der Bildungsurlaub auf landesrechtlicher Ebene für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geregelt.

Angestellte Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen der Niederlassung in Bayern, Baden-Württemberg, Sachsen und Thüringen tätig sind, können ein Recht auf Bildungsfreistellung weder auf gesetzliche noch auf tarifliche Grundlagen stützen. Die angestellten Ärztinnen und Ärzte dieser vier Bundesländer unterliegen jedoch ebenso der allgemeinen Fortbildungspflicht gemäß § 4 der jeweils für sie verbindlichen Länderberufsordnung. Zusätzlich ist für angestellte Ärztinnen und Ärzte bundesweit die Pflicht zur fachlichen Fortbildung im Vertragsarztrecht verankert (§ 95d SGB V).

Zu den Pflichten eines anstellenden Arztes gehört u. a. die Einräumung einer "angemessenen Zeit zur Fortbildung" (vgl. § 19 Abs. 3 MBO). Diese sollte auf landesgesetzlicher Ebene für sämtliche Bundesländer konkret geregelt werden. Die Freistellung sollte für mindestens fünf Tage pro Jahr erfolgen. Darüber hinaus wäre - wie in den meisten Freistellungsgesetzen geschehen - eine Regelung für einen Zwei-Jahres-Zeitraum (mindestens zehn Tage) wünschenswert.

Eine bundesweit gesicherte und in ihrer Höhe angemessene Fortbildungsfreistellung für angestellte Ärztinnen und Ärzte, welche in zunehmender Zahl die ambulante Versorgung der Bevölkerung übernehmen, setzt Mindestmaßstäbe in Sachen Arbeitsbedingungen, dient der Qualität der ärztlichen Versorgung und sichert insofern die Gleichbehandlung der Berufskollegen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Strukturierte Fortbildung Hirntoddiagnostik

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Köhne, Herrn Zimmer, Herrn Dr. Holzborn und Herrn Dr. Rehorn (Drucksache VI - 85) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, eine strukturierte Fortbildung "Hirntoddiagnostik" einzuführen, um das Vertrauen der Bevölkerung zum Thema Organspende zu steigern.



116. Deutscher Ärztetag

Hannover, 28.05. - 31.05.2013

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Honorarfragen

- VI - 02 Qualitätsgekoppelte Versorgungssteuerung
- VI - 18 Personalentwicklungskosten
- VI - 48 Sachgerechtes Vergütungssystem schaffen - EBM vom Kopf auf die Füße stellen
- VI - 62 Honorar für Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Qualitätsgekoppelte Versorgungssteuerung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 02) fasst der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Vor dem Hintergrund der Diskussion um hohe Leistungsmengen und wirtschaftliche Fehlanreize in der Patientenversorgung mehren sich Forderungen nach alternativen Steuerungsmechanismen. Wiederholt vorgetragen werden Vorschläge, Vergütungszuschläge, die Vergütung insgesamt oder die Zulassung zur Leistungserbringung, etwa in der Krankenhausplanung, an die Erbringung besonderer Qualität zu koppeln. Eine solche Verknüpfung ist im Sinne einer patientenzentrierten Versorgungssteuerung vorstellbar, es sollten aber die potenziellen Hürden und Risiken benannt und berücksichtigt werden.

Dazu zählt etwa eine überaus anspruchsvolle Methodik valider Qualitätsmessung. Für das seit Jahren gesetzlich praktizierte Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung in Krankenhäusern beispielsweise ist bis heute nicht konsentiert, dass die dort ermittelten Ergebnisse der Qualitätsmessungen uneingeschränkt zu einer öffentlichen Darstellung taugen, geschweige denn zu einer Koppelung an Vergütung. Es bestünde erheblicher Weiterentwicklungsbedarf, gegebenenfalls verbunden mit aufwändiger Datenerhebung und Dokumentation. Der Trend einer aufwandsarmen Qualitätssicherung mit Routinedaten könnte dadurch konterkariert werden.

Zu den Risiken qualitätsgekoppelter Vergütung zählt auch die Induktion neuer Fehlanreize, etwa durch Patientenselektion, die einseitige Konzentration auf ausgewählte Prozeduren oder eine grundsätzliche Beeinträchtigung der intrinsischen Motivation ärztlichen Handelns.

Der 116. Deutsche Ärztetag fordert daher, eine Koppelung von Qualität an Vergütung oder an Zulassung zur Leistungserbringung nur auf Basis solider methodischer Grundlagen, in Abwägung des Aufwands und bei regelmäßiger Evaluation der Effekte in Betracht zu ziehen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Personalentwicklungskosten

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Jonitz, Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 18) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass Personalentwicklungskosten künftig zusätzlich vergütet werden, z. B. über Diagnosis Related Groups (DRGs) und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

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 im 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-, Fort- und Weiterbildung dürfen kein Zufalls- oder Nebenprodukt der normalen Berufsausübung sein.

Personalentwicklungskosten sind derzeit nicht explizit oder gar ausreichend in den Kalkulationen von Fallpauschalen (DRGs) und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) enthalten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sachgerechtes Vergütungssystem schaffen - EBM vom Kopf auf die Füße stellen

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lücke (Drucksache VI - 48) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, die es der gemeinsamen Selbstverwaltung ermöglichen, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu einer wirklichen Gebührenordnung für den vertragsärztlichen Bereich umzugestalten. Folgende essenzielle Merkmale sollten darin enthalten sein:

- Einzelleistungsvergütungen (bzw. diagnosen- bzw. prozedurenorientierte Vergütungskomplexe)
- feste Preise in Euro
- Zugrundelegung anerkannter betriebswirtschaftlich kalkulierter Praxiskosten unter zwingender kontinuierlicher Anpassung an die tatsächliche Kostenentwicklung

Eine solche Gebührenordnung ist unter Zugrundelegung objektiver Kriterien zu kalkulieren und strikt am Behandlungsbedarf zu orientieren.

Begründung:

Auch wenn das SGB V inzwischen die Bildung "regionaler Euro-Gebührenordnungen" (durch einfache Multiplikation aus Punktwert und Punktzahl) vorgibt, bestimmt noch immer gemäß § 87 Abs. 2 SGB V der EBM den "Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander". Zudem ist der EBM nach dieser Regelung "in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen" und bei der Bewertung der Leistungen "insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der [...] eingesetzten medizinisch-technischen Geräte berücksichtigt wird".

Diese EBM-Eckpunkte führten unter budgetierten Honorarbedingungen dazu, dass Rationalisierung Vorrang vor einer Berücksichtigung tatsächlicher Kosten hat und der



Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik durch wirtschaftliche Nutzung vorhandener Geräte aufgewogen wird.

Einen Ausweg aus dieser Abwärtsspirale der Erschließung scheinbarer Wirtschaftlichkeitsreserven und Umschichtungen zwischen einzelnen Leistungssegmenten bietet nur ein Neustart mit Neukalkulation von Leistungen auf Basis aktueller Standards und Kostenniveaus, auch im Sinne von Planungssicherheit und landesweit einheitlichen Vergütungsvoraussetzungen.

Feste Honorare für Einzelleistungen - bzw. diagnosen-/prozedurenorientierte Vergütungskomplexe - böten zudem die Garantie dafür, dass neu in den GKV-Leistungskatalog aufgenommene Leistungen auch mit "neuem Geld" vergütet werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Honorar für Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Römer und Herrn Dr. Wesiack (Drucksache VI - 62) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Ärzteschaft fordert eine angemessene Vergütung für die Erstellung der Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung. Die Vergütung muss den individuellen Aufwand und die Komplexität der Fragestellung widerspiegeln; eine pauschale Vergütung wird abgelehnt.

Begründung:

Im September 2012 wurde eine Anpassung der Vergütung der ärztlichen Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung vorgenommen. Dabei hat die Rentenversicherung den konsequenten Weg der Pauschalisierung bei der Vergütung von Gutachten gewählt. Der individuelle Aufwand kann sich so nicht mehr abbilden. Eine qualitative und umfassende Beurteilung kann nicht mehr gewährleistet werden.

Eine Einzelleistungsvergütung z. B. für zusätzlich notwendige technische Leistungen wurde gestrichen. Die Entscheidung des Gutachters, welche apparativen Untersuchungen zur Erfüllung des Gutachterauftrages notwendig sind, wurde eingeschränkt. Die Auswahl der Untersuchungen richtet sich nicht mehr nach der Anamnese, sondern nach der Bezeichnung des Gutachtens durch die Rentenversicherung.

Das neue System führt zu einem Qualitätsverlust bei der Begutachtung der Versicherten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Krankenhaus

- VI - 09 Erhalt der Universitätsmedizin in Sachsen-Anhalt
- VI - 20 Angemessene Finanzierung der Universitätsmedizin in Deutschland
- VI - 34 Zuschuss für Forschung und Lehre der Bundesländer an die Universitätskliniken
- VI - 29 Etablierung und Kontrolle einer objektiven Arbeitszeiterfassung an den Kliniken
- VI - 110 Korrekte Dokumentation von Arbeitszeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte
- VI - 31 Familienfreundliche Arbeitszeitmodelle etablieren
- VI - 38 Ärztliche Teilhabe am Belegungsmanagement in Krankenhäusern
- VI - 99 Mehr klinische und ärztliche Erfahrung bei universitären Stellen anstelle von
Impaktfaktoren berücksichtigen
- VI - 32 Vergütung und Freizeitausgleich für Rufbereitschaft von als Ärzte tätigen Beamten an
den Unikliniken



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Erhalt der Universitätsmedizin in Sachsen-Anhalt

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 09) fasst der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Landesregierung und den Landtag von Sachsen-Anhalt auf, die Universitätsmedizin in Sachsen-Anhalt mit den beiden Standorten Halle und Magdeburg zu erhalten und die Finanzierung der Lehre und Forschung sowie der Krankenhausinvestitionen auskömmlich zu sichern. Forschung, Lehre und Krankenversorgung bedingen sich gegenseitig; ihre Einheit ist eine zwingende Voraussetzung für jeden hochschulmedizinischen Standort.

Die Universitätsmedizin Halle (Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum) gehört nicht nur zu den traditionsreichsten Einrichtungen in Deutschland, sondern gewährleistet gemeinsam mit der Universitätsmedizin Magdeburg die medizinische Maximalversorgung in Sachsen-Anhalt.

Angesichts des demografischen Wandels leistet die Universitätsmedizin Halle einen unverzichtbaren Beitrag zur Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten.

Versorgungspolitisch kann es nicht Wille der Verantwortlichen in Land und Bund sein, die Ausbildungsplätze in strukturarmen Regionen abzubauen, während gleichzeitig private Universitäten - jeweils mit halbem Standbein im Ausland und ohne Gewährleistung einer gesicherten Finanzierung - gefördert werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Angemessene Finanzierung der Universitätsmedizin in Deutschland

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehe, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 20) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Vor dem Hintergrund der drohenden SchlieÙung eines Universitätsklinikums in Sachsen-Anhalt begrüÙt der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die ÄuÙerung des Ministerpräsidenten Haseloff, dass das Universitätsklinikum Halle erhalten bleiben soll. Darüber hinaus fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die Landesregierungen auf, nachhaltig dafür Sorge zu tragen, dass die Universitätsmedizin in Deutschland ihren besonderen Aufgaben entsprechend angemessen finanziert wird. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert insofern die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, wobei insbesondere die spezifische Situation für Universitätskliniken Berücksichtigung finden muss.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zuschuss für Forschung und Lehre der Bundesländer an die Universitätskliniken

Entschließung

Auf Antrag von Frau PD Dr. Borelli, Herrn Dr. Kaplan, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gerheuser, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Müller und Herrn Gutsch (Drucksache VI - 34) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der Zuschuss für Forschung und Lehre der Bundesländer an die Universitätskliniken muss zukünftig in vollem Umfang automatisch um die jeweils tarifierten Entgeltsteigerungen angepasst werden. Es ist nicht zumutbar, dass die Universitätskliniken für ihr Personal tarifierte Entgeltsteigerungen durch Einsparungen (z. B. Personalkürzungen) selbst auffangen müssen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Etablierung und Kontrolle einer objektiven Arbeitszeiterfassung an den Kliniken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 29) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Krankenhausträger dazu auf, eine objektive und manipulationsfreie Arbeitszeiterfassung der angestellten Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten. Die Aufsichtsbehörden werden aufgefordert, die Einhaltung der entsprechenden rechtlichen Vorgaben auch in ausreichendem Maße zu kontrollieren.

Begründung:

Die bloÙe Absichtserklärung der Krankenhausträger - etwa in tarifvertraglichen Regelungen - Arbeitszeiten elektronisch oder in geeigneter Form zu dokumentieren, ist nicht ausreichend, um den Schutz der an den Kliniken beschäftigten Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten. Die Sicherstellung der Einhaltung der arbeitszeitrechtlichen Vorgaben obliegt den Aufsichtsbehörden, die dieser Pflicht nachkommen müssen. Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz müssen geahndet werden, um die Gesundheit von angestellten Ärztinnen und Ärzten durch ausufernde Arbeitszeiten und damit auch das Patientenwohl nicht zu gefährden. Ferner vermag nur eine objektive und manipulationsfreie Arbeitszeiterfassung den tatsächlichen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten festzustellen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Korrekte Dokumentation von Arbeitszeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Fischer, Herrn Prof. Dr. Schwantes, Herrn MR Dr. Groß, Herrn Schulz, Herrn Schwille, Herrn Dr. Spies, Herrn PD Dr. Banzer, Frau Dr. Keller und Herrn Dr. Hilpert (Drucksache VI - 110) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 weist die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber angestellter Ärztinnen und Ärzte auf die besondere Bedeutung einer korrekten Dokumentation der tatsächlichen Arbeitszeit dieser Angestellten hin und verurteilt die immer wieder anzutreffenden gegenteiligen Praktiken im stationären und ambulanten Bereich.

Begründung:

Werden angestellte Ärztinnen und Ärzte von ihren Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern zu einer nicht zutreffenden Dokumentation ihrer tatsächlich erbrachten Arbeitszeiten veranlasst, stellt dies einen nicht hinzunehmenden Missbrauch und eine nicht zu tolerierende Benachteiligung der betroffenen angestellten Ärztinnen und Ärzten dar. Zudem widerspricht dies den Regelungen des Arbeitszeitgesetzes. Dieses Phänomen bzw. Verdachtsfälle werden den Kammern immer wieder berichtet.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 sollte sich deshalb dafür aussprechen, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auf die Korrektheit von Arbeitszeitdokumentationen achten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Familienfreundliche Arbeitszeitmodelle etablieren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus und Herrn Dr. Lücke (Drucksache VI - 31) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Krankenhausträger dazu auf, an den Kliniken die notwendigen Voraussetzungen für individuelle Arbeitszeitmodelle zu schaffen und diese auch zu etablieren. Hierbei sollten insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- ausreichende Personalausstattung
- Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation durch flexible Modelle
- verlässliche und damit soweit wie möglich planbare Arbeitszeiten
- vorausschauende Planung vorhersehbarer Abwesenheitszeiten wie Urlaubszeiten und Elternzeit

Begründung:

Nur eine ausreichende Personaldecke ermöglicht es den Kliniken, ihren Ärztinnen und Ärzten lebensphasenorientierte und individuelle Arbeitszeitmodelle anzubieten.

Individuelle Arbeitszeitmodelle führen zu einer höheren Arbeitszufriedenheit, weniger Fehlzeiten, produktiver Beschäftigung, einem schnelleren Wiedereinstieg nach Mutterschutz und Elternzeit und schließlich auch zu einer gesteigerten Attraktivität der kurativen ärztlichen Tätigkeit.

Die Klinikträger sollten auch im eigenen Interesse ihre Strukturen überdenken und konkrete Maßnahmen ergreifen, um eine Abwanderung des ärztlichen Nachwuchses in andere berufliche Felder zu verhindern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche Teilhabe am Belegungsmanagement in Krankenhäusern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Dr. Moreth, Herrn Dr. Nowak, Herrn Dr. Schenk zu Schweinsberg und Herrn Dr. Emminger (Drucksache VI - 38) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Patienten sind weder Werkstücke noch Pakete, die anonym und ablaufoptimiert durch eine Werkstraße geschleust werden können. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 spricht sich daher ausdrücklich für eine fachspezifische Zuordnung von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal auf räumlich eindeutig zugeordneten, zusammenhängenden Stationen aus. Die Zergliederung der stationären Strukturen in den Krankenhäusern verschlechtert die Ausbildung und die Behandlungsqualität und schafft für alle Berufsgruppen unzumutbare Arbeitsbedingungen. Patientenversorgung ohne fachspezifische Zuordnung konterkariert die Bemühungen des Qualitätsmanagements, Schnittstellenprobleme zu reduzieren, verhindert fachspezifische Pflege, führt zu Informationsverlusten und gefährdet somit Patienten.

Begründung:

Bundesweit wird in den Krankenhäusern ein zunehmend zentral organisiertes Belegungsmanagement eingeführt. Dieses soll in erster Linie eine optimale Bettenauslastung in den Häusern ermöglichen. Die neueste Variante ist an die sogenannte "chaotische Lagerhaltung" in der Industrie angelehnt.

Hierbei werden Werkstücke oder Lagerhaltungsbestände nicht mehr streng nach Kategorien sortiert aufbewahrt, sondern in einem halb-chaotischen System im Lager verteilt, was bei der Werkstückeinsammlung dann den Vorteil einer so besser möglichen Wegeplanung für den Einsammler oder auch Einsammelroboter hat.

Übertragen auf die Krankenhäuser, werden nun sogar vereinzelt Großstationen von bis zu 70 Betten ohne klare Fachzuordnung geplant, die dann nach Bedarf fächerunabhängig verteilt werden. Orthopädische Patienten liegen neben internistischen oder gynäkologischen Patienten. Das ermöglicht objektiv eine unkompliziertere Belegung der Betten, insbesondere in der Notfallplanung, und kann so z. B. helfen, Patienten zügig von der Notaufnahme in ein klinisches Bett zu verlegen. Diese Planungen werden aber mittelfristig dazu führen, dass es keine klaren fachgebundenen Zuordnungen von



Patienten auf spezialisierte Stationen mehr geben wird. Das mag aus rein ökonomischer Sicht zu begrüßen sein, da, wie in einem gut geführten Hotel, so die Betten knapp kalkuliert und möglichst immer voll belegt werden können.

Dieses System übersieht aber, dass die fachspezifische Zuordnung einen medizinischen Sinn hat. Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, haben ein spezielles, ambulant aus den verschiedensten Gründen nicht lösbares Problem. Die organisatorische Zusammenfassung von fachspezifischen Patientengruppen dient daher in erster Linie der Qualitätssicherung. Das gilt für die Stationsärzte und das Pflegepersonal, die mit der entsprechenden Gruppe von Erkrankungsbildern vertraut sind und dadurch übliche Verläufe, vor allem aber auch Komplikationen schnell erkennen können. Das dient auch einer umfassenden, fachspezifischen Ausbildung der Ärzte in der Weiterbildung.

Nicht zuletzt ist nur durch eine klare Zuordnung von Patienten, Ärzten und Pflegenden in einer räumlich klar umgrenzten Einheit, der fachlich zugeordneten Station, eine personelle Kontinuität in der Behandlung möglich. Die durch eine solche Organisationsstruktur zwangsläufig resultierende Personalfuktuation verursacht Informationsverluste, verwischt Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Dies ist auch für die Patienten klar erkennbar und untergräbt in unzumutbarer Weise die Vertrauensbasis des Arzt-Patienten-Verhältnisses als Grundlage unseres ärztlichen Handelns.

Patienten sind weder Werkstücke noch Pakete, die anonym durch eine Werkstraße geschleust werden können. Die Auflösung der stationären Organisationsstrukturen in den Krankenhäusern bedeutet eine Gefährdung der uns anvertrauten Patienten und muss daher unbedingt verhindert werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Mehr klinische und ärztliche Erfahrung bei universitären Stellen anstelle von Impaktfaktoren berücksichtigen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn PD Dr. Scholz, Herrn Prof. Dr. Dr. Hofele, Herrn Prof. Dr. Haubitz, Herrn Hardt, Herrn Dr. Schenk zu Schweinsberg, Herrn Dr. Dr. Rudolph, Herrn Dr. Moreth, Herrn Dr. Nowak, Herrn Dr. Peters, Herrn Dr. Johanning und Frau PD Dr. Borelli (Drucksache VI - 99) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Da an universitären Kliniken die Besetzung von leitenden und denen nachgeordneten Stellen häufig sogenannte EinfluÙfaktoren, wie z. B. die Zitierfaktoren (u. a. Impaktfaktor IF der Fa.) genutzt werden, hat dies Auswirkungen auf die akademische Beurteilung der Autoren als Kliniker. Auch andere Indizes, wie z. B. der h-Index (Hirsch-Index, auch Hirschfaktor), werden als ein bibliometrisches MaÙ genutzt, um die Zitationen der Publikationen eines Autors zu einem Zeitpunkt zu erfassen. So wird spätestens bei Berufungen die Summe solcher Zitierfaktoren über selbst definierte Zeiträume als ein starkes Element der Reihung genutzt, aber auch bei der Mittelvergabe werden solche Reihungen vorgenommen. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 sieht mit großer Sorge die starke Fokussierung auf diese anscheinend "objektiven" Faktoren und fordert eine stärkere Berücksichtigung der klinischen und ärztlichen Erfahrung bei den Verfahren. Unterstützend fordert der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die Bundesärztekammer auf, eine entsprechende Position auszuarbeiten und dann die entsprechenden Aufsichtsministerien von Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern sowie den Medizinischen Fakultätentag anzusprechen und auf die Problematik zu hinzuweisen.

Begründung:

Die Zitierfaktoren, wie z. B. der Impaktfaktor (IF), messen, wie oft in allen registrierten Zeitschriften Artikel in Relation zur Gesamtzahl der dort veröffentlichten Artikel über einen bestimmten Zeitraum zitiert werden (z. B. für 2 Jahre: 464 Zitate über Artikel in 2010 und 2011/240 Artikel in den Jahren 2010 und 2011 ergibt einen IF von 1,933 für 2012). Je höher dieser Impaktfaktor, desto angesehener ist eine Fachzeitschrift, z. B. The New England Journal of Medicine mit 53,298 für 2011.

Der IF sagt allerdings nichts über die Zitierhäufigkeit oder den Einfluss des individuellen Artikels aus. Daher wird dann der h-Index genutzt, und eine hohe Faktorzahl soll für großen wissenschaftlichen Einfluss des Autors sprechen. Auch Übersichtsartikel, die



keine neuen wissenschaftlichen Inhalte bringen, sondern den Stand der Dinge zusammen fassen, werden sehr häufig zitiert und führen so zu einer Steigerung der Faktorzahl, sowohl für das Journal als auch für die Autoren.

Etliche Fakultäten haben z. B. als Voraussetzung zur Habilitation eine Mindestzahl von IF-Punkten und führen bei Berufungsverfahren auch mit dem Hirschfaktor diese Logik oft weiter (nebn der Summe der Mitteleinwerbung). Hierdurch geraten immer häufiger klinische und ärztliche Kompetenzen in den Hintergrund, die zweifelsohne nicht so einfach zahlenmäßig erfassbar sind.

Die Kritik und konkrete Vorschläge sind in der "San Francisco Declaration on Research Assessment" kürzlich von der Amerikanischen Gesellschaft für Zellbiologie veröffentlicht worden (<http://am.ascb.org/dora/>). Dies kann eine Hilfe für die Bundesärztekammer sein, sich zu positionieren.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vergütung und Freizeitausgleich für Rufbereitschaft von als Ärzte tätigen Beamten an den Unikliniken

Entschließung

Auf Antrag von Frau PD Dr. Borelli, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Gerheuser, Herrn Dr. Emminger, Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Müller und Herrn Gutsch (Drucksache VI - 32) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Wissenschaftsminister und Finanzminister der Länder auf, Rufbereitschaft von beamteten Ärztinnen und Ärzten zu vergüten oder in Freizeit auszugleichen. Es ist nicht hinnehmbar, dass beamtete Ärztinnen und Ärzte an den Unikliniken für ihren Einsatz im Rahmen der Rufbereitschaft keine adäquate Kompensation erhalten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Menschenrechte

- VI - 05 Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz
- VI - 71 Handlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung und Kostenerstattung nicht ausreichend krankenversicherter EU-Bürger
- VI - 68 Aufhebung der Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde, wenn Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Leistungen in Anspruch nehmen
- VI - 75 Medizinische Versorgung akuter Erkrankungen bei Flüchtlingen
- VI - 69 Für das Recht auf medizinische Gleichbehandlung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten
- VI - 70 Ungenügende Sprachkenntnisse und kulturelle Missverständnisse - Zugangsbarrieren vermeiden



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 05) fasst der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Die medizinische Behandlung von Migranten ohne reguläre Krankenversicherung in Deutschland birgt vielschichtige Versorgungsprobleme. Auf der einen Seite entstehen für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ethische und zum Teil rechtliche Konflikte, wenn z. B. medizinisch gebotene Therapien und Vorsorgeuntersuchungen aus Versicherungsgründen nicht durchgeführt werden oder die ärztliche Schweigepflicht bei Hilfesuchen gegenüber Dritten verletzt wird. Auf der anderen Seite bleibt für Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz der Zugang zur medizinischen Versorgung faktisch oftmals selbst bei ernsthaften Erkrankungen verwehrt, wenn sie z. B. aus Angst vor einer Meldung bei der Ausländerbehörde oder der Polizei eine dringend notwendige medizinische Behandlung nicht in Anspruch nehmen.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die politischen Entscheidungsträger auf, Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine adäquate medizinische Versorgung für Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz sicherstellen. Insofern unterstützt der 116. Deutsche Ärztetag 2013 die von der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) bei der Bundesärztekammer erstellte und im Deutschen Ärzteblatt vom 3. Mai 2013 veröffentlichte Stellungnahme "Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund" und fordert die politisch Verantwortlichen in Parlament und Regierung auf, unter Berücksichtigung der Empfehlungen dieser Stellungnahme Maßnahmen - wie z. B. eine Anpassung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) - zu ergreifen:

- Grundlage des ärztlichen Ethos ist der Dienst am notleidenden Menschen, unabhängig von seinem sozialen Status, seiner ethnischen Zugehörigkeit oder Nationalität. Ärzte sollten an der Erfüllung dieser moralischen Pflicht nicht systematisch gehindert werden. Dazu gehört es, die Bedingungen für ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis zu bewahren und eine Behandlung *lege artis* nicht zu behindern.
- Bürokratische Hürden, die kranken Personen den Zugang zu den ihnen nach AsylbLG zustehenden Behandlungen erschweren oder unmöglich machen, sind zu beseitigen. Notwendige, medizinisch indizierte Behandlungen, für die es im Prinzip



eine Finanzierungsmöglichkeit gibt, dürfen nicht deshalb unterlassen werden, weil dem Patienten eine Ausweisung droht. Entscheidungen müssen transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar getroffen werden.

- Besonders bedenklich ist, dass Kindern und Jugendlichen medizinische Versorgung vorenthalten wird. Es ist sicherzustellen, dass alle Kinder von nicht oder nicht ausreichend krankenversicherten Migranten die notwendigen Vorsorgemaßnahmen und Behandlungen erhalten. Das Verfahren muss erkennbar so gestaltet sein, dass es Eltern möglich ist, ihre Kinder Ärzten vorzustellen, ohne dabei Gefahr zu laufen, ausgewiesen zu werden.
- Die ärztliche Schweigepflicht ist ein hohes Gut und darf nicht durch das Verfahren der Zuteilung von Leistungen untergraben werden. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient muss explizit und verlässlich geschützt werden.
- Es ist aus ethischer Sicht im hohen Maße bedenklich, dass im jetzigen System Entscheidungen über die Behandlungsbedürftigkeit von Patienten de facto von medizinisch nicht Fachkundigen gefällt werden. Die individuelle Entscheidung über die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung muss beim Arzt verbleiben.
- Das ökonomische Risiko bei der Behandlung von kranken Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz tragen derzeit oft gerade solche Ärzte (oder Krankenhäuser), die sich unter großem persönlichem Einsatz für diese Patientengruppe engagieren. Hier ist dringend Abhilfe zu schaffen.
- Die Situation nicht hinreichend versicherter EU-Bürger verlangt dringend nach einer auf Solidarität und Gerechtigkeit beruhenden, adäquaten Lösung, die dem medizinischen Versorgungsanspruch der Betroffenen gerecht wird. Die Bundesregierung wird entsprechend aufgefordert, die notwendigen Anstrengungen - auch auf EU-Ebene - zu unternehmen. Bis dahin muss auch diesen Patienten medizinische Hilfe *lege artis* zustehen.
- Wenn eine Priorisierung von Maßnahmen aus ökonomischen Gründen für unverzichtbar angesehen wird, so muss diese anhand von ethisch ausgewiesenen Kriterien transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar umgesetzt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Handlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung und Kostenerstattung nicht ausreichend krankenversicherter EU-Bürger

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Albrecht, MBA, Frau Kulike und Herrn Dr. Bobbert (Drucksache VI - 71) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, die zunehmenden Probleme bei der medizinischen Behandlung und Kostenerstattung von nicht ausreichend krankenversicherten EU-Bürgern, besonders aus den neuen EU-Beitrittsländern, die Ärzte, Krankenhäuser und ärztliche Hilfsorganisationen betreffen, bei den zuständigen Stellen von Bund, Ländern, Europäischer Union sowie den Trägern der deutschen Sozialsysteme zur Sprache zu bringen, um Lösungen zu erreichen.

Begründung:

Vor dem Hintergrund des großen sozialen Gefälles in der Europäischen Union (EU), das sich mit der Fortdauer der europäischen Finanzkrise eher noch verstärken wird, und infolge von "Armutswanderung" und "Gesundheitstourismus" ist es dringend geboten, die bei der medizinischen Behandlung von EU-Bürgern und nachfolgender Kostenerstattung zu Tage getretenen Probleme zu lösen. Das gilt umso mehr, als dem potenziellen Aufkommen von Fremdenfeindlichkeit und Diskriminierung nur so rechtzeitig und energisch entgegengewirkt werden kann. Keineswegs geht es um Beschränkung der Freizügigkeit oder Abschottung vor Zuwanderung.

Im Hinblick auf das Aufenthalts- und Sozialrecht sowie den sich daraus ergebenden Rechten und Pflichten bestehen bei den betroffenen EU-Bürgern, aber auch bei staatlichen Stellen, Krankenhäusern und Hilfsorganisationen, große Wissenslücken, die sich aus zwischenstaatlichem, aber auch dem Verhältnis von deutschem zu europäischem Recht ergeben. Hier sind intensive Aufklärungsarbeit und Beratung notwendig.

Beispielsweise sollten die Voraussetzungen des Freizügigkeitsrechts (Krankenversicherungsschutz und ausreichende Existenzmittel) in den Heimatländern ausreichend bekannt gemacht sowie bei uns entsprechend überprüft werden.

Dies fällt in die Verantwortung der Regierungen der beteiligten Länder bzw. der EU.



Notwendig erscheint eine gesamteuropäische Lösung, möglicherweise in Form einer Clearingstelle zur Kostenabrechnung. Solange es eine solche nicht gibt, sollten Bundesgesundheitsministerium (BMG), gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) dazu angehalten werden, ein geregeltes, jeweils bilaterales Abrechnungsverfahren von Arzt- und Krankenhauskosten mit den Krankenkassen der Herkunftsländer zu erstellen.

Nach geltender Rechtslage können Gesundheitskosten akuter oder chronischer Erkrankungen von EU-Bürgern bei Bedürftigkeit dem Sozialamt in Rechnung gestellt werden, wenn dafür keine Krankenversicherung im Heimatland oder in Deutschland aufkommt. Der behandelnde Arzt oder das Krankenhaus haben zusammen mit dem Patienten die Bedürftigkeit gegenüber dem Sozialamt nachzuweisen. Der in diesem Fall auszufüllende ausführliche Fragebogen geht allerdings nicht selten an der Lebenswirklichkeit der Patienten vorbei. Infolgedessen wird die Bedürftigkeit oftmals nicht anerkannt und die Kostenübernahme abgelehnt. Am Ende haben Ärzte und Krankenhäuser die Kosten zu tragen.

Werden die Behandlungskosten hingegen vom Sozialamt übernommen, belasten sie zusammen mit anderem Sozialtransfer (z. B. gesundheitliche und soziale Folgekosten von Arbeitslosigkeit, Suchterkrankungen, Obdachlosigkeit oder Menschenhandel) erheblich den Etat der Kommunen. Das "Positionspapier des Deutschen Städtetages zu den Fragen der Zuwanderung aus Rumänien und Bulgarien" vom 22.01.2013 beschreibt ausführlich die Probleme der Kommunen am Beispiel dieser beiden Länder. Ähnliches gilt allerdings auch für andere neue EU-Beitrittsländer.

Es ist nicht akzeptabel, dass die anfallenden Gesundheitskosten von nicht ausreichend krankenversicherten EU-Bürgern allein von Ärzten, Krankenhäusern, medizinischen Hilfsorganisationen und den Kommunen getragen werden. Rechtsänderungen bzw. -klarstellungen sowie Strukturänderungen und unterstützende Kostenübernahmen durch Bund, Länder und insbesondere durch die EU (z. B. Gesundheits- und Sozialfonds der EU für nicht bezahlte Gesundheitskosten) sind erforderlich. Außerdem ist es nötig, Aufklärungsarbeit zu leisten und (berufs)politischen Druck auf die Verantwortlichen der staatlichen Organe und Sozialsysteme in Deutschland und ihre Vertreter bei der EU auszuüben. Die EU steht in der besonderen Verantwortung, die gesundheitliche und soziale Gleichstellung voranzutreiben und die Armutswanderung einzudämmen. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird gebeten, seinen Einfluss auf nationaler und EU-Ebene entsprechend geltend zu machen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Aufhebung der Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde, wenn Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Leistungen in Anspruch nehmen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Werner, Frau Kulike, Herrn Dr. Albrecht, MBA und Herrn Dr. Bobbert (Drucksache VI - 68) fasst der 116. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung auf, die Übermittlungspflicht für öffentliche Stellen an die Ausländerbehörde aufzuheben, wenn Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

Begründung:

Seit langem fordert die Ärzteschaft, Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus den ungehinderten Zugang zu ihrem Recht auf die notwendige und ausreichende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Ein wesentliches Hindernis stellt die Übermittlungspflicht öffentlicher Stellen an die Ausländerbehörde (§ 87 AufenthG) dar.

Den Empfehlungen nach einer Aufhebung der Übermittlungspflicht für alle öffentlichen Institutionen mit Ausnahme von Polizei- und Ordnungsbehörden sowie öffentlichen Stellen mit der Aufgabe der Strafverfolgung und -vollstreckung ist bis heute leider nicht entsprochen worden.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 begrüÙt allerdings die Aufhebung der Übermittlungspflicht zumindest für einen Teilbereich durch den Bundestagsbeschluss vom 07.06.2011. Öffentliche Schulen sowie Bildungs- und Erziehungseinrichtungen müssen demzufolge den irregulären Aufenthaltsstatus von Kindern nicht mehr der Ausländerbehörde melden.

Es wäre nur logisch und entspräche ebenfalls dem Kindeswohl, wenn gleiches Recht auch für den Zugang zur Gesundheitsversorgung geschaffen würde. Für Kinder, die naturgemäß für den VerstoÙ ihrer Eltern gegen das Aufenthaltsrecht nicht verantwortlich gemacht werden können, sollte z. B. beim Sozialamt ohne Angst vor Aufdeckung des Aufenthaltsstatus ein Krankenschein beantragt werden können. Damit wären Versorgung im Krankheitsfall, Vorsorgeuntersuchungen und die gesetzlich empfohlenen Impfungen



durchführbar. Auf persönliche Probleme und Gesundheitskosten im Falle zu spät behandelte Krankheiten, unterbliebener Vorsorgeuntersuchungen und fehlendem Impfschutz ist von ärztlicher Seite wiederholt hingewiesen worden.

Unklar bleibt auch bei der derzeitigen Regelung, ob beispielsweise bei einem Schulunfall oder bei einer in der Schule aufgetretenen Erkrankung die damit befasste Krankenkasse, die Unfallversicherung oder das Sozialamt verpflichtet wären, den irregulären Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde zu melden. Solange das nicht ausgeschlossen ist, wird der Besuch der entsprechenden Einrichtungen nicht angstfrei erfolgen können bzw. werden die Eltern ganz davon abgehalten, ihre Kinder in den Kindergarten oder die Schule zu schicken.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Versorgung akuter Erkrankungen bei Flüchtlingen

Beschluss

Auf Antrag von Frau Dr. Wulff und Herrn Dr. Ramm (Drucksache VI - 75) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Akut erkrankte Flüchtlinge zu versorgen, ist eine Aufgabe aller Ärztinnen und Ärzte, unabhängig von der gesicherten Finanzierung der erbrachten ärztlichen Leistung.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Für das Recht auf medizinische Gleichbehandlung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Albrecht, MBA, Frau Kulike und Herrn Dr. Bobbert (Drucksache VI - 69) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, die Ungleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung zwischen Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern (z. B. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus) einerseits und regulär Krankenversicherten andererseits zu beenden.

Begründung:

Asylbewerber und ihnen gleichgestellte Ausländer, wie z. B. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, haben nur Zugang zu der eingeschränkten Gesundheitsversorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), die im Vergleich zum Versorgungsniveau der gesetzlichen Krankenkassen deutlich eingeschränkt ist.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 18. Juli 2012 erklärt: „Die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren“ und hat die uneingeschränkte Geltung des Grundrechts auf ein menschenwürdiges Existenzminimum für alle Menschen unterstrichen. Es stellte außerdem fest, dass geringere Leistungen im Bereich der Existenzsicherung nur durch einen entsprechend geringeren Bedarf gerechtfertigt werden könnten. Hier stellt sich die Frage, wie und in welchem Umfang der medizinische Bedarf im Falle von Krankheiten von Asylbewerbern und den ihnen gleichgestellten Ausländern sich vom Bedarf regulär krankenversicherter Menschen unterscheidet. In welcher Weise der Gesetzgeber die Umsetzung dieser Vorgaben des höchsten Gerichtes vornehmen wird, ist noch offen. Generell wäre die Überführung von Asylbewerbern und den ihnen gleichgestellten Ausländern in die allgemeinen sozialen Leistungssysteme am sinnvollsten.

Wenn der Leistungskatalog des SGB V für Krankenversicherte definitionsgemäß nur aus Leistungen besteht, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V: „Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“), muss begründet werden, warum „notwendige Leistungen“ für regulär Krankenversicherte erbracht werden, nicht aber für



Patienten, die unter das AsylbLG fallen.

Die Beschränkung medizinischer Leistungen auf akute Erkrankungen, Schmerzzustände und Schwangerschaft (§ 4 AsylbLG) und auf die Gewährung sonstiger Leistungen, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG), kann gesundheitsgefährdend sein und ist aus ärztlicher Sicht nicht hinnehmbar.

Bedarfsdeckende medizinische Leistungen, insbesondere auch zur Behandlung chronischer Erkrankungen, sollten nicht nach Ermessen – und vor allem nicht nach Ermessen von medizinisch Nichtfachkundigen auf den Sozialämtern - gewährt werden. Die Entscheidung über die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung muss ärztliche Aufgabe sein.

Als Ärztinnen und Ärzte fühlen wir uns dem Beschluss des Weltärztebundes (World Medical Association - WMA) von 1998 in Ottawa verpflichtet: „Ärzte haben die Pflicht, einem Patienten unabhängig von seinem zivilen oder politischen Status angemessene medizinische Versorgung zukommen zu lassen, und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf eine derartige Versorgung noch die Pflicht des Arztes zur Behandlung allein auf der Grundlage des klinischen Bedarfs einschränken.“ (WMA Resolution on Medical Care for Refugees and Internally Displaced Persons – beschlossen von der Generalversammlung des WMA 1998 in Ottawa, Kanada)



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ungenügende Sprachkenntnisse und kulturelle Missverständnisse - Zugangsbarrieren vermeiden

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Werner, Frau Kulike, Herrn Dr. Bobbert und Herrn Dr. Albrecht, MBA (Drucksache VI - 70) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, die Erkenntnisse über einen nicht gleichberechtigten Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zum Gesundheitswesen verstärkt in die öffentliche Diskussion einzubringen und sich für die notwendigen strukturellen Veränderungen einzusetzen. Ungenügende Sprachkenntnisse und kulturelle Missverständnisse stellen eine wesentliche Zugangsbarriere dar, die durch den Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturvermittlern (Dolmetschern) und die Anerkennung eines Sonderbedarfs für muttersprachliche Psychotherapie überwunden werden können.

Begründung:

In Deutschland leben derzeit knapp 16 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund und repräsentieren damit knapp 20 Prozent unserer Bevölkerung. Damit gehören die Integration sowie die medizinische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu den vitalen Interessen unseres Landes.

Bisherige Untersuchungen zeigen auf, dass Menschen mit Migrationshintergrund bis heute keinen gleichberechtigten Zugang zu unserem Sozial- und Gesundheitswesen haben. Die Ursachen liegen in erster Linie an kulturellen und sprachlichen Barrieren bei der medizinischen Diagnostik und Behandlung sowie bei der Psychotherapie.

Ein Lösungsansatz ist der Einsatz professionell ausgebildeter Sprach- und Kulturvermittler (Dolmetscher). Im Gegensatz zu den Gerichten leisten wir uns im Bereich der medizinischen Versorgung eine nicht zu verantwortende Lücke. Sprach- und Kulturbarrieren führen in der Folge zu Fehlern in Diagnostik und Therapie und damit zur Unterlassung ärztlich angezeigter Interventionen und/oder zu Fehlbehandlungen mit für die Betroffenen weitreichenden gesundheitlichen Folgen. Dadurch bedingte hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten, Frühberentungen und unnötige Kosten bei Fehlbehandlungen führen zu erheblichen gesundheitsökonomischen Lasten.



Die Reanalyse des Bundesgesundheits surveys 1998/1999 ergab bei Ausländern im Gegensatz zu Einheimischen noch insgesamt signifikant höhere Prävalenzraten psychischer Störungen. Nach einer Studie im Jahr 2004 litten etwa 27 Prozent aller Menschen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren in Europa an mindestens einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung, und etwa ein Viertel davon befand sich deshalb in Behandlung (Wittchen und Jacobi 2005*). Menschen mit Migrationshintergrund sind aktuell immer noch häufiger von psychischen Krankheiten betroffen als Menschen ohne Migrationshintergrund.

Um hier gegenzusteuern, bedarf es eines abgestimmten Vorgehens aller an diesem Prozess beteiligten Kräfte. Eine gesetzliche Regelung zur Kostenübernahme für Dolmetscherleistungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen sowie die Erweiterung der Zulassung von muttersprachlichen Psychotherapeuten wäre hier dringend geboten.

*Wittchen HU. Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15:357-376.



116. Deutscher Ärztetag

Hannover, 28.05. - 31.05.2013

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Prävention

- VI - 06 Ärztliche Prävention durch ein Präventionsgesetz stärken
- VI - 44 Entwurf zu einem Präventionsgesetz der Bundesregierung
- VI - 30 Individuelle Prävention stärken
- VI - 07 Für ein umfassendes Tabakwerbeverbot in Deutschland



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche Prävention durch ein Präventionsgesetz stärken

Entschließung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 06) fasst der 116. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit folgende Entschließung:

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die im vorliegenden Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Förderung der Prävention vorgesehenen Ansätze zur Stärkung ärztlicher Präventionsmaßnahmen.

Begrüßt werden insbesondere

- die vorgesehene Ausweitung der bestehenden Vorsorgeuntersuchungen auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte ärztliche Beratung,
- die Ausweitung der Kindervorsorgeuntersuchungen nach § 26 SGB V auf das zehnte Lebensjahr und
- die Einführung einer "ärztlichen Präventionsempfehlung" im Kontext einer Untersuchung nach den §§ 25 und 26 SGB V sowie einer betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchung.

Begründung:

Die Ausweitung der bestehenden Vorsorgeuntersuchungen auf die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken erkennt die Bedeutung einer Früherkennung von Risikofaktoren für die Genese der heute vorherrschenden chronischen Erkrankungen an, sodass deren Entstehung frühzeitig erkannt und ihr Verlauf positiv beeinflusst werden kann. Dies berücksichtigt Entschließungen Deutscher Ärztetage (siehe 114. DÄT 2011, Drs. VI-02 und VI-06; 110. DÄT 2007, Drs. III-01 in Verbindung mit III-01a und III-01b, Drs. III-02 in Verbindung mit III-02a und III-02b). Eine entsprechende adäquate Vergütung der zusätzlichen ärztlichen Leistungen ist sicherzustellen.

Die Ausweitung der Kindervorsorgeuntersuchungen auf das vollendete zehnte Lebensjahr berücksichtigt die in dieser Lebensphase weiterhin bestehenden kindlichen Entwicklungsrisiken, die durch entsprechende Untersuchungen frühzeitig erkannt und beeinflusst werden können. Das Vorhaben kommt den Entschließungen Deutscher Ärztetage zur Ausweitung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis



zum vollendeten 18. Lebensjahr entgegen (siehe 114. DÄT 2011, Drs. VI-96; 110. DÄT 2007, Drs. III-12).

Die Einführung einer Präventionsempfehlung im Kontext ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen gibt dem Arzt/der Ärztin ein Instrument an die Hand, Patienten mit identifizierten Krankheitsrisiken zur Teilnahme an entsprechenden Angeboten zur Gesundheitsförderung zu motivieren. Sie setzt damit auf das bereits bestehende Rezept für Bewegung der Ärztekammern und Landessportbünde auf. Die ärztliche Präventionsempfehlung ermöglicht somit eine bessere Verzahnung ärztlicher Präventionsleistungen mit verhaltenspräventiven Kursangeboten nach § 20 Abs. 3 und 4 SGB V, wie sie auch vom 114. Deutschen Ärztetag 2011 (Drs. VI-06) gefordert wurde.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Entwurf zu einem Präventionsgesetz der Bundesregierung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Scholze, Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Herrn Dr. Huber und Herrn Dr. Rühmkorf (Drucksache VI - 44) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung auf, in einem Präventionsgesetz folgende Punkte zu verankern:

- Kernpunkt eines Gesetzes muss die Förderung der Verhältnisprävention in Gruppen und Regionen mit besonderer Gesundheitsgefährdung sein.
- Im Bereich des Setting-Ansatzes müssen die Kommunen mit ihren Programmen und Maßnahmen stärker einbezogen werden.
- Berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Präventionsmaßnahmen sind besonders zu fördern. Zu deren Finanzierung sind Präventionspools einzurichten.
- Die Krankenkassen sollen verstärkt gemeinsame und einheitliche Präventionsmaßnahmen durchführen. Prävention darf nicht in die Beliebigkeit einer Satzungsleistung einer einzelnen Krankenkasse abgeschoben werden. Prävention soll den Menschen helfen und nicht zu Marketingzwecken instrumentalisiert werden.

Begründung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bekundet, dass mit dem Entwurf zu einem Präventionsgesetz der Bundesregierung wichtige und notwendige Präventionsziele nicht erreicht werden können.

Nach dem Gesetzentwurf wird auch zukünftig vor allem die verhaltensbezogene Prävention gefördert. Die über den § 20 SGB V bereitgestellten Mittel werden vor allem in die Verhaltensprävention fließen. Die verhältnisbezogene Prävention müsste nach diesem Gesetzentwurf weiterhin ein Schattendasein führen. Eine risikobezogene Steuerung der Prävention, wie sie von wissenschaftlicher Seite übereinstimmend gefordert wird, käme weiterhin zum Zuge.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 sieht die Gefahr, dass mit der geplanten Rolle der



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Einrichtung einer ständigen nationalen Präventionskonferenz neue bürokratische Wasserköpfe geschaffen werden, die - weit ab von den Risikozielgruppen - viel Geld verschlingen und abgehoben von den Settings der Zielgruppen Beschlüsse fassen.

Präventionsmaßnahmen verfehlen häufig ihr Ziel. Gerade die Zielgruppen mit dem größten Bedarf sind Präventionsmaßnahmen am wenigsten zugänglich. Präventionskampagnen haben oft nur einen Eventcharakter mit fehlender oder nur kurzfristiger Wirkung. Sie werden häufig nur zu Marketingzwecken instrumentalisiert.

Eine nachhaltige Prävention kann nur mit regionalen Setting-Ansätzen erreicht werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Individuelle Prävention stärken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus, Herrn Dr. Lipp und Herrn Dr. Lücke (Drucksache VI - 30) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert Gesetzgeber und Krankenkassen auf, bestehende Präventionsstrategien mit Blick auf ihren effektiven Nutzen zu evaluieren. Ziel muss es sein, Prävention stärker auf das Individuum abzustellen. Dabei ist vor allem sicherzustellen, dass Präventionsprogramme einer nachhaltigen Gesundheitsvorsorge dienen und nicht als Marketinginstrumente der Krankenkassen missbraucht werden.

Begründung:

Eine auf Nachhaltigkeit angelegte Präventionsstrategie ist ein wichtiger Baustein der Gesundheitspolitik. Noch immer sind allerdings Präventionsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen eher geeignet, sie als Instrument des Marketings einzusetzen, als dass sie einer wirksamen Gesundheitsvorsorge ihrer Versicherten dienen. Ganz besonders im Bereich der Früherkennungsdiagnostik sind viele Programme zu hinterfragen, da bisher wirklich verwendbare wissenschaftliche Daten fehlen. Ziel einer Evaluierung bestehender Präventionsprogramme muss es unter anderem auch sein zu hinterfragen, ob Prävention "mit der Gießkanne" durch Reihenuntersuchungen und Bonushefte wirklich geeignet ist, individuelle Gesundheitserhaltung zu fördern. Darüber hinaus ist zu prüfen, inwieweit in das Thema Gesunderhaltung – in Kooperation mit Ärzten – noch stärker als bisher Betriebe, Schulen und andere gesellschaftliche Einrichtungen einzubeziehen sind. Hier liegt es, jenseits der gesetzlichen Vorgaben, vor allem an den gesetzlichen Krankenkassen, Prävention zu einem Instrument intelligenter und differenzierter Gesundheitsvorsorge zu machen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Für ein umfassendes Tabakwerbeverbot in Deutschland

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 07) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 spricht sich für die Durchsetzung eines umfassenden Tabakwerbeverbots in Deutschland aus. Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine entsprechende Gesetzesinitiative auf den Weg zu bringen und damit die im Jahre 2004 mit der Ratifizierung des "Rahmenübereinkommens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Eindämmung des Tabakgebrauchs" (FCTC) eingegangenen Verpflichtungen zu erfüllen. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 unterstützt damit auch die Initiative des diesjährigen Weltnichtrauchertages für ein weltweites Verbot von Tabakwerbung und Tabak sponsoring.

Begründung:

Jährlich sterben in Deutschland über 110.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Ein umfassendes Tabakwerbeverbot stellt – im Rahmen eines Policy-Mixes aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen der Tabakkontrolle – ein wichtiges Element zur Reduzierung des Tabakkonsums und der Verhinderung des Einstiegs dar.

Zwar ist mit der EU-Richtlinie 2003/33/EG inzwischen europaweit eine grenzüberschreitende Tabakwerbung (z. B. im Radio oder Fernsehen oder in Zeitschriften) untersagt, Deutschland ist aber innerhalb der Europäischen Union das einzige Land, das weiterhin die Außenwerbung für Tabakprodukte erlaubt; obwohl Deutschland sich durch die Unterzeichnung des WHO-Rahmenübereinkommens international zur Umsetzung eines umfassenden Werbeverbots verpflichtet hat (siehe Art. 13 Abs. 2 des WHO-Rahmenübereinkommens).



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

SGB V/GKV

- VI - 23 Impfungen
- VI - 47 Regressrisiko weiter senken
- VI - 111 Schaffung einer Argumentationsmöglichkeit für den beschuldigten Arzt im Heilmittelregressverfahren
- VI - 72 Transparenz über Verträge zur integrierten Versorgung herstellen
- VI - 60 Missbrauch des § 66 SGB V verhindern
- VI - 76 Tabakentwöhnung



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Impfungen

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Dr. Römer und Herrn Dr. Wesiack (Drucksache VI - 23) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Die Ärzteschaft fordert, dass saisonale Impfstoffe aus der gesetzlichen Vorgabe des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) für Ausschreibungen zum Abschluss von Rabattverträgen herauszunehmen sind.

Im Übrigen müssen als Grundlage von Rabattverträgen zwischen Krankenkassen und Herstellern neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot auch das Gebot der Wirksamkeit für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Impfstoffen und die Förderung der primären Prävention der Versicherten durch Schutzimpfungen treten.

Begründung:

Niedergelassene Ärzte müssten wieder die Freiheit haben, die jeweils effektivsten Impfstoffe einsetzen zu können und dürften nicht durch Rabattverträge auf bestimmte Mittel festgelegt werden. Saisonale Impfstoffe sind aus der gesetzlichen Vorgabe des AMNOG für Ausschreibungen zum Abschluss von Rabattverträgen vollständig herauszunehmen. Grund ist der im letzten Herbst aufgetretene Mangel an Influenzaimpfstoff für die Praxen. Es hat sich gezeigt, dass sich durch Exklusivverträge der Krankenkassen mit den Herstellern die Versorgung der Patienten mit Impfstoffen verschlechtert hat. Beim Impfschutz sollte jedoch der wirksamste Impfstoff verordnet und von den Kassen erstattet werden.

Es ist kritisch zu beurteilen, dass der Schwerpunkt der Verträge auf einer rein wirtschaftlichen Betrachtungsweise liegt - und nicht auf einer Versorgungsverbesserung. Das alleinige Kriterium "billig" ist kontraproduktiv. Qualität und Zuverlässigkeit sind neben dem Preis unverzichtbare Kriterien, um Versorgungszuverlässigkeit zu erhalten. Die Krankenkassen sehen in den Impfstoffrabattverträgen einen rein ökonomischen Beschaffungsvorgang - und nicht eine an Impfzielen orientierte Versorgungsmaßnahme. Übergeordnete Public-Health-Ziele des Impfens und differenzierte Versorgungsangebote für verschiedene Bevölkerungsgruppen werden bei den Ausschreibungen ebenso wenig berücksichtigt wie Besonderheiten der Impfstoffe als biologische Arzneimittel mit komplexen Produktionsprozessen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Regressrisiko weiter senken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus und Herrn Dr. Lücke (Drucksache VI - 47) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 würdigt ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers, die Regressgefahr für niedergelassene Ärzte zu verringern und im Falle einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens anstelle einer Regressforderung zunächst eine individuelle Beratung vorzuschreiben. Dies aber kann nur der Anfang eines notwendigen Weges sein.

Um die nach wie vor bestehende massive Unsicherheit in der Vertragsärzteschaft zu beheben, ist die Ausweitung des Grundsatzes "Beratung vor Regress" auf andere Formen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (insbesondere der "sonstige Schaden") für eigene Leistungen sowie medizinisch begründete Fälle einer wiederholten Regelverletzung unabdingbar.

Begründung:

Auch wenn letztlich - nach Angaben der Bundesregierung - exemplarisch in den Jahren 2007 und 2008 weniger als ein Prozent der Praxen von einer Regressfestlegung betroffen waren, ist nicht von der Hand zu weisen (und Umfragen belegen dies auch), dass die Angst vor einem möglichen Regress eines der Haupthindernisse für eine Niederlassung ist bzw. von bereits Niedergelassenen als eine ihrer größten Belastungen gesehen wird.

In der Folge entsprechender Bemühungen seitens der ärztlichen Interessenvertretungen waren bereits mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) zur Minderung der Regressgefahr die Option einer Ablösung der Richtgrößenprüfungen durch (allerdings ebenfalls sanktionsbewehrte) Vereinbarungen von Leitsubstanzquoten sowie die Begrenzung des Regresses auf eine maximale Höhe von insgesamt 25.000 Euro für die ersten beiden Jahre erreicht worden. Auf den gänzlichen Verzicht von Richtgrößenprüfungen wollte sich der Gesetzgeber nicht einlassen, als er mit dem seit langem geforderten Grundsatz "Beratung vor Regress" eine weitere kleine Entlastung gebracht hat. Von dieser Erleichterung profitieren allerdings nur Vertragsärzte, die erstmalig ihre Richtgröße überschreiten. Zudem gilt die Regelung "Beratung vor Regress" ausschließlich für Richtgrößenprüfungen, und auch nur bei erstmaliger Überschreitung



des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent. Damit sind alle anderen Prüfarten nicht betroffen, auch nicht Ärzte, die bereits in der Vergangenheit ihr Richtgrößenvolumen überschritten haben.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Schaffung einer Argumentationsmöglichkeit für den beschuldigten Arzt im Heilmittelregressverfahren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Steininger (Drucksache VI - 111) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Ärzteschaft fordert den zuständigen Gesetzgeber sowie die zuständigen Entscheidungsgremien für das derzeitige Heilmittelregressverfahren auf, eine Möglichkeit im Verfahren zu schaffen, in der der beschuldigte Arzt die eigenen Praxisbesonderheiten individuell darlegen kann und diese auch kritisch bewertet werden. Derzeit besteht diese Möglichkeit nicht. Der Arzt, dem im derzeit gültigen Verfahren eine Schadensverursachung gegenüber den Krankenkassen vorgeworfen wird, hat keine Möglichkeit, sich individuell zu verteidigen. Die Prüfvereinbarungen sind deshalb rechtskonform anzupassen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Transparenz über Verträge zur integrierten Versorgung herstellen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Jonitz, Herrn Dr. Albrecht, MBA, Herrn Dr. Bobbert, Herrn Brost und Herrn Dr. Thierse (Drucksache VI - 72) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Transparenz über Verträge zur integrierten Versorgung und deren Auswirkungen auf die Patientenversorgung herzustellen.

Begründung:

"Transparenz" ist ein wichtiges Instrument der Gesundheitspolitik. Es findet derzeit seinen Niederschlag in gesetzlich geforderten Qualitätsberichten der Krankenhäuser oder auf Seiten der Kassenärztinnen und -ärzte.

Auf der Seite der Kostenträger besteht völlige Intransparenz über die Verwendung der Pflichtbeiträge der Versicherten im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung.

Dies ist ungerecht und verschleiert gegebenenfalls die Zweckentfremdung von Versichertenbeiträgen. Im Positiven besteht durch Transparenz über Verträge zur integrierten Versorgung die Chance, von den Besten zu lernen und somit die Patientenversorgung zu verbessern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Missbrauch des § 66 SGB V verhindern

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Dommisch, Herrn Dr. Gibb, Frau Dr. Müller, Herrn Dr. Ruhнау, Herrn Dr. Schimanke, Frau Dr. Skusa und Herrn Dr. Crusius (Drucksache VI - 60) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Krankenkassen auf, jedwede Fehlanwendung des § 66 SGB V zu unterlassen. Die Landesärztekammern werden aufgefordert, im Falle eines offensichtlichen Missbrauchs gegen diese Regelung vorzugehen und bei einer systematischen Verfahrensweise gegebenenfalls die zuständige Rechtsaufsicht der jeweiligen Krankenkassen einzuschalten.

Begründung:

Nach § 66 SGB V sollen die Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen. Das Unterstützungsangebot der Krankenkassen sieht vor, dass die Patienten um Unterstützung durch die Krankenkassen ersucht haben.

Die praktische Umsetzung der Regelung bei einigen Krankenkassen sieht offenbar anders aus: In verbindlich wirkenden Schreiben geht ein so genanntes "Serviceteam Behandlungsfehler" auf die Patienten zu. Die Patienten werden darin aufgefordert, die Krankenkasse bei der Prüfung der ärztlichen und pflegerischen Behandlungsmaßnahmen zu unterstützen.

Durch die systematische Vorgehensweise wird offenbar nicht nur die gesetzlich vorgesehene Unterstützung der Versicherten bezweckt, sondern darüber hinaus die Verfolgung eigener Ansprüche der Krankenkassen. Das stellt eine offensichtliche Fehlanwendung des § 66 SGB V dar. Eine solche fördert die Misstrauenskultur zwischen Arzt und Patienten und ist daher zwingend zu verhindern.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Tabakentwöhnung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Hellmann (Drucksache VI - 76) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, den § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V zu ändern. Es soll in Satz 7 "zur Raucherentwöhnung" gestrichen werden.

Begründung:

In § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V werden Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen, "bei denen die Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht". Neben Medikamenten, die "der Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie der Steigerung der sexuellen Potenz", "zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses" dienen, werden auch Medikamente "zur Raucherentwöhnung" aufgelistet.

Bei der Tabaksucht handelt es sich um eine anerkannte Erkrankung, die, wenn nicht behandelt, zu schweren Folgeerkrankungen und vorzeitigem Tod führt. In Deutschland sterben jährlich ca. 120.000 Menschen an den Folgen des Tabakrauchens.

Die Subsummierung unter "Lifestyle" im § 34 SGB V ist nicht sachgerecht und führt dazu, dass in Deutschland kein flächendeckendes Angebot für abhängige Raucher zur Tabakentwöhnung existiert.

Abhängige Raucher können nicht mehr frei entscheiden, ob sie rauchen oder nicht, sie brauchen Hilfe, genauso wie Heroin- oder Alkoholranke. Der Gesetzgeber muss dafür die Voraussetzungen im Gesetz schaffen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Telematik/Telemedizin/eHealth

- VI - 90 Themenkreis "Elektronische Gesundheitskarte, Telematik, eAkte" und die dazu
 eingebrachten Anträge
- VI - 101 Sachstandsbericht und Grundsatzdiskussion über die Zusammenarbeit in der gematik
- VI - 14 Transparente Darstellung telemedizinischer Versorgungsmodelle von gesetzlichen
 Krankenkassen
- VI - 15 Mehr Wettbewerb bei Praxissoftware durch offene Schnittstellen
- VI - 36 Verankerung ambulanter telemedizinischer Leistungen im Einheitlichen
 Bewertungsmaßstab
- VI - 107 "Teledoktor" - Telefonberatung



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Themenkreis "Elektronische Gesundheitskarte, Telematik, eAkte" und die dazu eingebrachten Anträge

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Stagge, Herrn Dr. Heinrich, Herrn Dr. Junker und Herrn Dr. Ramm (Drucksache VI - 90) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 befasst sich in diesem Jahr nicht mit dem Themenkreis "elektronische Gesundheitskarte, Telematik, elektronische Patientenakte" und den dazu eingebrachten Anträgen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sachstandsbericht und Grundsatzdiskussion über die Zusammenarbeit in der gematik

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Dewitz, Herrn Dr. Albring, Herrn Prof. Dr. Schwantes und Herrn Dr. Reinhardt (Drucksache VI - 101) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der Vorstand der Bundesärztekammer soll beim 117. Deutschen Ärztetag 2014 einen ausführlichen Sachstandsbericht über die Zusammenarbeit in der gematik erstatten. Dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 soll die Gelegenheit gegeben werden, über die weitere Zusammenarbeit in der gematik zu diskutieren.

Begründung:

Die gematik selbst sowie die Zusammenarbeit der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, wie der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Spitzenverbandes der Krankenkassen (GKV-SV), sind in § 291a Abs. 7 sowie in § 291b SGB V geregelt.

Die Fortführung der Zusammenarbeit in der gematik ist nach erheblicher medialer Berichterstattung aktuell wieder verstärkt in der Diskussion.

Dies sowie die immer wieder erfolgte Verschiebung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und die bisherige geringe Akzeptanz dieser Karte trotz intensiver Begleitung durch die Ärzteschaft, sollten Anlass zu einer kritischen Auseinandersetzung mit der gematik sein und zu einer grundsätzlichen Entscheidung über die weitere Zusammenarbeit führen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Transparente Darstellung telemedizinischer Versorgungsmodelle von gesetzlichen Krankenkassen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 14) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die gesetzlichen Krankenkassen auf, bei Telemedizinprojekten, die von Krankenkassen selbst initiiert werden, Ein- und Ausschlusskriterien, Art und Umfang der telemedizinischen Versorgung, deren Honorierung sowie die Ergebnisse der telemedizinischen Intervention offen darzustellen und nicht zuletzt die Verwendungen der Versichertengelder in diesen Projekten transparent darzulegen.

Begründung:

Gesetzliche Krankenkassen bieten für ihre Versicherten zunehmend telemedizinische Versorgungsmodelle an.

Insbesondere im Bereich chronischer Erkrankungen ist hier in den letzten Jahren das Angebot von einzelnen Krankenkassen deutlich ausgebaut worden.

Die deutsche Ärzteschaft hat in ihrer EntschlieÙung "Voraussetzungen für gute Telemedizin" (Drs. V - 03) auf dem 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden unter den in der EntschlieÙung genannten Voraussetzungen telemedizinische Versorgungsmodelle grundsätzlich begrüÙt und den Wert dieser Methoden für eine gerechte und qualitativ hochwertige Patientenversorgung anerkannt.

In dem Voraussetzungskatalog ist unter anderem die Offenheit telemedizinischer Projekte für wissenschaftliche Evaluationen gefordert. Dies muss auch für telemedizinische Projekte gelten, die auf Initiative der Krankenkassen durchgeführt werden.

Wenn von der Ärzteschaft neue Behandlungs- oder Untersuchungsmethoden in unser Gesundheitssystem eingebracht werden, fordern die Krankenkassen im Namen ihrer Versicherten eine transparente und analytische Auseinandersetzung bezüglich Nutzen, Risiken und Kosten dieser neuen Methoden. Dies muss im umgekehrten Falle in gleicher Weise von den Krankenkassen gefordert werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Mehr Wettbewerb bei Praxissoftware durch offene Schnittstellen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 15) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Software für Arztpraxen muss offene, dokumentierte und für den Arzt frei nutzbare Schnittstellen enthalten. Diese müssen die Möglichkeit eröffnen, den gesamten Bestand der gespeicherten Daten zu exportieren und eine einfache und kostengünstige Migration zu einer Software eines anderen Anbieters durchzuführen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird gebeten, sich für eine entsprechende gesetzliche Regelung einzusetzen sowie in Kooperation mit ärztlichen und Industrieverbänden geeignete technische Spezifikationen für Schnittstellen und Formate zu entwickeln und für die Hersteller verbindlich festzulegen.

Begründung:

In fast jeder Arztpraxis ist die elektronische Dokumentation etabliert. Die dabei genutzte Software verhindert jedoch in der Regel technisch eine Migration zum Praxisverwaltungssystem eines anderen Herstellers. Wenn sich ein Praxisinhaber einmal für einen Hersteller entschieden hat, ist ein Wechsel nur noch unter widrigen Umständen möglich. Die jeweiligen Hersteller schotten sich technisch gegen konkurrierende Anbieter ab, weil ein simpler Export von Patientendaten an unterschiedlichen Formaten scheitert. Wettbewerb bei Praxis- und Krankenhaussoftware wird so effektiv verhindert. Hohe Preise sind die Folge. Dies macht sich besonders bemerkbar, wenn auf Grundlage neuer gesetzlicher Regelungen Anpassungen der Software notwendig werden. Dafür werden oft unverhältnismäßig hohe Preise von den Ärzten verlangt.

Ein besonderes Problem stellt der Ausfall eines Softwareherstellers dar. Die Software kann nicht gepflegt und weiterentwickelt werden. Der Arzt kann aber die Daten nicht in eine andere Softwareplattform übertragen.

Eine Selbstregulierung des Marktes hat bisher nicht funktioniert. Der freie Wettbewerb wird bei Praxissoftware weiterhin behindert. Daher ist eine gesetzliche Regelung notwendig.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verankerung ambulanter telemedizinischer Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lipp, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus und Herrn Dr. Lücke (Drucksache VI - 36) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf, die im SGB V verankerten Vorgaben hinsichtlich der Telemedizin anzuerkennen und sich der Verpflichtung nicht länger entgegenzustellen, eine Vergütungssystematik für telemedizinische Leistungen bereit zu stellen.

Begründung:

Der Bewertungsausschuss wurde im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) in § 87 Abs. 2a SGB V beauftragt, bis zum 31. März 2013 zu prüfen, in welcher Form ambulante telemedizinische Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden sollen. Ein Ergebnis liegt bisher nicht vor.

Ungeachtet der Komplexität telemedizinischer Versorgung müssen die großen Potenziale der Telemedizin für Qualität und Effizienz der Patientenversorgung erschlossen werden. Voraussetzung dafür ist die Beschreibung der ambulant erbrachten telemedizinischen Leistungen im EBM. Dass die meisten telemedizinischen Leistungen sektorenübergreifend erbracht werden und sich somit im derzeitigen Vergütungssystem nur schlecht abbilden lassen, darf als Erklärung für den Stillstand dieses Versorgungsprojektes nicht akzeptiert werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: "Teledoktor" - Telefonberatung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Thierse (Drucksache VI - 107) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 spricht sich gegen Telefonberatungen ohne Patientenkontakt aus.

Begründung:

Zunehmend bieten Kassen, aber auch andere, Telefonberatung für Patienten ohne weiteren Patientenkontakt an (siehe u. a. "Teledoktor" der Barmer/GEK).



116. Deutscher Ärztetag

Hannover, 28.05. - 31.05.2013

TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Zulassung

- VI - 10 Nachweis von Sprachkenntnissen ausländischer Ärztinnen und Ärzte bundeseinheitlich regeln
- VI - 25 Sicherstellung der fachsprachlichen Qualifikation von ausländischen Ärztinnen und Ärzten
- VI - 17 Zentrale Gutachterstelle zur Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer Arzt diplome



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Nachweis von Sprachkenntnissen ausländischer Ärztinnen und Ärzte bundeseinheitlich regeln

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 10) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert Bund und Länder auf, im Zusammenhang mit der Erteilung der Berufserlaubnis oder der Approbation bundeseinheitliche Kriterien für den Nachweis der für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache festzulegen. Sprachkenntnisse sind ein wesentliches Element der Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung und dienen in erheblichem Maße der Patientensicherheit.

Begründung:

Für die Erteilung der Berufserlaubnis oder der Approbation als Ärztin/Arzt sollen gegenüber der zuständigen Behörde auch die entsprechenden Sprachkenntnisse nachgewiesen werden. Allgemeine Sprachkenntnisse mindestens auf Level B2 müssten dabei ebenso vorhanden sein wie Kenntnisse der Fachsprache. Eine Überprüfung der Fachsprachkenntnisse sollte, sofern diese nicht bereits durch Ablegen eines deutschen medizinischen Staatsexamens oder eine erfolgreich absolvierte Eignungs- oder Kenntnisprüfung nachgewiesen wurden, gesondert erfolgen.

Mit Vorliegen bundeseinheitlicher Kriterien für eine Fachsprachprüfung würde eine einheitliche Handhabung gewährleistet und letztlich ein einheitliches Niveau dieser Kenntnisse in den Bundesländern erreicht werden. Zudem würden Ausweichbewegungen von Antragstellern ("Prüfungstourismus") verhindert.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sicherstellung der fachsprachlichen Qualifikation von ausländischen Ärztinnen und Ärzten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Lücke, Herrn Dr. Reinhardt, Frau Haus und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 25) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Klinikträger und die Politik dazu auf, bereits vor Aufnahme der beruflichen Tätigkeit von nicht deutschsprachigen Ärztinnen und Ärzten, die dauerhaft in Deutschland tätig sind, eine einheitliche Überprüfung der fachsprachlichen Kompetenz sicherzustellen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zentrale Gutachterstelle zur Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer
Arztdiplome

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Henke, Herrn Dr. Botzlar, Herrn Dr. Emminger, Herrn Dr. Gehle, Herrn Dr. Reuther und Herrn PD Dr. Scholz (Drucksache VI - 17) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesländer auf, die notwendigen finanziellen Mittel zur Einrichtung einer zentralen Gutachterstelle zur Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer Arztdiplome aus Ländern, die nicht zum Europäischen Wirtschaftsraum/Schweiz gehören, bereitzustellen.

Hierzu stellt der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fest:

Das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (sogenanntes Anerkennungsgesetz) bietet den Ländern die Möglichkeit, zur Prüfung der Gleichwertigkeit von Arztdiplomen aus Drittländern eine gemeinsame Stelle einzurichten. Die Bewertung der Gleichwertigkeit ausländischer Arztdiplome ist eine komplexe Aufgabe. Es kommen nicht nur ausländische Ärzte aus einer Vielzahl von Ländern nach Deutschland, sondern die einzelnen Ausbildungsprogramme unterliegen mit der Zeit auch Veränderungen, die eine regelmäßige Aktualisierung des Wissens über die Curricula erforderlich machen. Durch eine Bündelung von Sachverstand bestünde am ehesten die Chance, ein effizientes, faires und transparentes Prüfverfahren zur Gleichwertigkeit zu etablieren, das ausländischen Ärzten zudem mehr Rechtssicherheit gewähren würde. Auch würde hierdurch sichergestellt, dass die Prüfung der Gleichwertigkeit sich einzig auf die Qualifikation des Antragstellers bezieht und andere Gründe, wie z. B. der unterschiedlich stark ausgeprägte Ärztemangel in den einzelnen Bundesländern oder auch die personelle Ausstattung der einzelnen Approbationsbehörde, keine Rolle spielen. Darüber hinaus könnte eine gemeinsame Stelle ausländischen Ärzten, die sich für eine Tätigkeit in Deutschland interessieren, aber noch nicht wissen, in welchem Bundesland sie später arbeiten werden, Orientierung bieten. Dies wäre ein wichtiger Schritt in Richtung einer Willkommenskultur.

Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hatte sich in ihrer 29. Sitzung vom 28./29.03.2012 dafür ausgesprochen, eine länderübergreifende Gutachterstelle bei der bestehenden Zentralstelle für das ausländische Bildungswesen



anzusiedeln. Die Einzelheiten sollten im Verlauf des Jahres 2012 erarbeitet werden. Dieses Vorhaben ist bisher jedoch aus finanziellen Erwägungen nicht weiter verfolgt worden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Weitere Themen

- VI - 11 Begrenzung des Anstiegs der Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen
- VI - 33 Ästhetische Behandlung von Patienten durch Kosmetikerinnen und Heilpraktiker
- VI - 86 Vermeidung von ausufernder Bürokratie im Rahmen der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes
- VI - 109 Haftungs- und Aufklärungsfragen bei Auszubildenden nach dem Notfallsanitätsgesetz
- VI - 12 Ausgestaltung der fachlichen und fachdienstlichen Verantwortung des Inspektors des Sanitätsdienstes im Ressort des Bundesministeriums der Verteidigung
- VI - 39 Medizinische Versorgung in Griechenland und Finanzkrise
- VI - 58 Sparauflagen der EU dürfen Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten nicht gefährden
- VI - 67 Erhöhung der Obduktionsraten als Mittel der Qualitätssicherung
- VI - 87 Obduktion - ein unverzichtbares Instrument der Qualitätssicherung
- VI - 91 Film der Medizinstudenten und Public-Relation-Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- VI - 92 Medizinstudierende und Ärztetag
- VI - 112 Task Force Telemedizin



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Begrenzung des Anstiegs der Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 11) fasst der 116. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich Regelungen gegen einen weiteren Anstieg der zuletzt dramatisch angewachsenen Haftpflichtversicherungsprämien für Ärztinnen und Ärzte zu treffen. Dabei sind insbesondere folgende Maßnahmen zu treffen:

1. Die Absenkung der Versicherungssteuer für ärztliche Haftpflichtversicherungen von derzeit 19 Prozent auf 11 Prozent. Im Rahmen der Daseinsvorsorge hat die Bundesregierung verschiedene Versicherungen durch eine ermäßigte Versicherungssteuer in Höhe von 11 Prozent gefördert. Dazu zählen beispielsweise die Feuerversicherungen. Weil auch die Gesundheitsversorgung zu den zentralen Inhalten der Daseinsfürsorge gehört, ist eine Anpassung der Versicherungssteuer für ärztliche Haftpflichtversicherungen mehr als nur begründet.
2. Die gesetzlichen Regelungen zur Anpassung der Vergütungen, Erlösbudgets und Gesamtvergütungen für ärztliche Leistungen sind so zu ergänzen, dass bei Notwendigkeit auch eine unterjährige Berücksichtigung der Entwicklung der Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen möglich wird.

Begründung:

Für Ärztinnen und Ärzte, aber auch für Kliniken ist es in den letzten Jahren deutlich schwieriger geworden, eine Haftpflichtversicherung abzuschließen. Insbesondere in der Geburtshilfe haben sich die Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen innerhalb der vergangenen drei Jahre zum Teil mehr als verdoppelt. Diese Situation wird durch den Austritt vieler Versicherungsunternehmen aus dem Markt für ärztliche Haftpflichtversicherungen deutlich verschärft. Zudem werden Haftpflichtversicherungen für die ärztliche Geburtshilfe zum Teil gar nicht mehr angeboten. Aus diesem Grunde haben sich insbesondere geburtshilflich tätige Belegärzte innerhalb der letzten zwei Jahre aus der geburtshilflichen Versorgung zurückziehen müssen.



Die steigenden Finanzbelastungen durch resultierende Prämiensteigerungen können insbesondere durch die auf empirische Kostenerhebungen der Vergangenheit aufsetzenden Vergütungssysteme im stationären wie auch im ambulanten Bereich nicht kompensiert werden.

Die weiterhin geforderte Reduktion der Versicherungssteuer für diese für die Daseinsvorsorge relevante Versicherungsart wird nach Schätzungen von Haftpflichtversicherungsexperten eine deutliche finanzielle Entlastung in Höhe von jährlich ca. 80 Mio. Euro nach sich ziehen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ästhetische Behandlung von Patienten durch Kosmetikerinnen und Heilpraktiker

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau PD Dr. Borelli, Herrn Dr. Emminger, Frau Dr. Lux, Herrn Dr. Müller, Herrn Gutsch und Herrn Dr. Botzlar (Drucksache VI - 33) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Gesetzgeber auf, gesetzlich zu regeln, dass Kosmetiker/innen und Heilpraktiker/innen keine invasiven ästhetischen Behandlungen (Botulinumtoxin einspritzen, Füllmaterial einspritzen) an Patienten durchführen dürfen. Die Ausbildung von Kosmetikern oder Heilpraktikern erlaubt nicht die Beherrschung möglicher Nebenwirkungen (Hämatom, Fillergranulome). Diese Kenntnisse sind jedoch unabdingbar und wichtig.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vermeidung von ausufernder Bürokratie im Rahmen der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Kobes (Drucksache VI - 86) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 begrüÙt grundsätzlich die Zusammenfassung der Patientenrechte im Patientenrechtegesetz. Die Umsetzung des Gesetzes darf jedoch nicht zu einem weiteren enormen bürokratischen Aufwand führen, wodurch noch weniger Zeit für den Patienten bleibt.

Dies betrifft etwa die Regelung des § 630e Abs. 2 Satz 2 BGB, wonach der Arzt verpflichtet ist, dem Patienten ohne Ausnahme Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Begründung:

Es ist nicht zuletzt aufgrund des teilweise vorhandenen Ärztemangels realitätsfern und kostenintensiv, dem Patienten regelhaft zeitnah alle Aufklärungsunterlagen als Kopie oder Durchschlag auszuhändigen, zumal die Form einer Aufklärung auch mündlich erfolgen kann und damit nicht kopierbar ist.

Das bedeutet nicht, dass damit Abstriche bei der für den Patienten wichtigen Aufklärung an sich gemacht werden sollen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Haftungs- und Aufklärungsfragen bei Auszubildenden nach dem Notfallsanitättergesetz

Entschließung

Auf Antrag von Herrn Schwille, Herrn Dr. Baier und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 109) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert, im Rahmen der Ausbildung von Notfallsanitättern auftretende Haftungsrisiken und Risiken im Bereich der Aufklärung nach dem Patientenrechtegesetz gesetzlich zu regeln, damit keine Haftungsrisiken bei den auszubildenden Krankenhäusern/Ärzten verbleiben.

Begründung:

Der Notfallsanitätter soll im Rahmen seiner Ausbildung bei einigen hochinvasiven Tätigkeiten den Kompetenzlevel "beherrschen" erreichen, um diese Tätigkeiten in vital bedrohlichen Situationen ohne Verfügbarkeit eines Arztes auch durchführen zu können.

Zum Erreichen dieses Kompetenzlevels ist in einigen Fällen die Durchführung am Patienten unter Aufsicht und klinischen Bedingungen notwendig. Allerdings handelt es sich um nicht delegationsfähige Leistungen, und eine Berechtigung zur Ausübung der Heilkunde - wie beim ärztlichen Berufsanfänger - liegt nicht vor. Dies wirft ohne die geforderten weitergehenden gesetzlichen Regelungen erhebliche (haftungs-)rechtliche Probleme für die auszubildenden Ärzte auf.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ausgestaltung der fachlichen und fachdienstlichen Verantwortung des Inspektors des Sanitätsdienstes im Ressort des Bundesministeriums der Verteidigung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 12) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 verfolgt mit Sorge die Abbildung der Führung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr auÙerhalb des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg). Er regt an, dass der Bundesminister der Verteidigung nach Einnahme der neuen Struktur im BMVg und der neuen Führungsstruktur der Bundeswehr, in der der Inspekteur des Sanitätsdienstes nicht mehr Angehöriger des Ministeriums ist, prüft, ob mit den bisher festgelegten Zuständigkeiten und Verfahren in der Aufgabenabgrenzung zwischen dem neuen Ministerium und dessen unmittelbar nachgeordneten Bereich die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ebenengerecht und hinreichend für das Ressort abgebildet worden sind.

Begründung:

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr ist ein integraler Bestandteil des Gesundheitsversorgungssystems der Bundesrepublik Deutschland, der nach den gleichen gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien seine Aufgaben für die Bundeswehr wahrnimmt und erfüllt.

Als Angehöriger des BMVg war der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr in die ressortübergreifende Abstimmung, z. B. von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien, aber auch ressortübergreifenden Planungen zur Gesundheitsvorsorge, Prävention und Reaktionsfähigkeit für Großschadensereignisse und endemische bzw. pandemische Krankheitsausbrüche, bei denen auch supranationale Aspekte berücksichtigt werden müssen, unmittelbar eingebunden. Aus seiner bisherigen Position heraus konnte er zugleich Weisungen und Vorgaben für das Ressort erlassen, die auch für andere Ressorts als ministerielle Weisungen erkennbar waren.

In seiner neuen Funktion in einem dem BMVg nachgeordneten Bereich (gem. veröffentlichtem "Dresdner Erlass", BMVg, 21.03.2012) kann er zwar Weisungen und Vorgaben für die Bundeswehr erlassen. Auf die ministeriellen Entscheidungsprozesse und



Erlasse kann er nun aber mangels einer entsprechenden Rechtsgrundlage keinen unmittelbaren Einfluss mehr ausüben.

Daher resultiert die Notwendigkeit einer Prüfung, inwieweit die Verantwortlichkeiten des Inspektors des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ebenengerecht und hinreichend abgebildet worden sind.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Versorgung in Griechenland und Finanzkrise

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Scholze, Herrn Prof. Dr. Dr. habil. Dietrich, Herrn Dr. Huber und Herrn Dr. Rühmkorf (Drucksache VI - 39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer auf, ihre Kontakte zu europäischen Ärzteorganisationen zu nutzen, um sich umfassend über die krisenbedingten Auswirkungen auf das europäische Gesundheitswesen zu informieren. Die Bundesärztekammer fasst diese Informationen in einem Bericht zusammen, der im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 diskutiert wird.

Hiermit handelt die Bundesärztekammer gemäß ihrer Satzung § 2 Abs. 1. Dort wird unter "Zweck der Arbeitsgemeinschaft" unter anderem die "Herstellung von Beziehungen zur medizinischen Wissenschaft und zu ärztlichen Vereinigungen im Ausland" angeführt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sparauflagen der EU dürfen Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten nicht gefährden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Herrn Dr. Rühmkorf (Drucksache VI - 58) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 appelliert an die Bundesregierung, ihren Einfluss innerhalb der Europäischen Union (EU) geltend zu machen, um die Krankenversorgung in den Mitgliedsstaaten unabhängig von Maßnahmen der Haushaltssanierung aufrecht zu erhalten.

Begründung:

In Griechenland werden selbst schwerkranke Menschen nicht mehr ausreichend medizinisch versorgt. Die Schuldenkrise hat sich damit zu einer Lebensgefahr für viele Kranke entwickelt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Erhöhung der Obduktionsraten als Mittel der Qualitätssicherung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Frau Albrecht (Drucksache VI - 67) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Bundesgesetzgeber bzw. die Bundesländer auf, eine gesetzliche Regelung für die Durchführung von Obduktionen zu schaffen, die es ermöglicht, die Obduktion als Mittel der Qualitätssicherung (wieder) zu etablieren.

Begründung:

Aus verschiedenen Veröffentlichungen ist bekannt, dass die Obduktionsrate ständig zurückgegangen ist. Im Landkreis Mittelsachsen mit ca. 5.000 Sterbefällen pro Jahr finden etwa 30 Obduktionen statt, wobei die meisten durch die Staatsanwaltschaft angeordnet werden.

Die bei der äußeren Leichenschau festgestellten Todesursachen drücken (auch im Krankenhaus) eine zum Teil besorgniserregende Unsicherheit aus. Eine Änderung der Bestattungsgesetze der Länder oder auch die Einführung eines Bundesgesetzes zur Durchführung der Obduktion ist zur Qualitätssicherung in der Medizin, der Bedeutung für die Mortalitätsstatistik und nicht zuletzt für die Rechtssicherheit in der Bundesrepublik Deutschland dringend geboten.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Obduktion - ein unverzichtbares Instrument der Qualitätssicherung

Entschließung

Auf Antrag von Frau Dr. Lessel, Frau Dr. Pfaffinger, Herrn Dr. Beck, Herrn Dr. Gerheuser und Herrn Dr. Hellmann (Drucksache VI - 87) fasst der 116. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich dafür einzusetzen, dass die Obduktion als wichtige und unverzichtbare Qualitätssicherungsmaßnahme für die klinische Medizin vom Gesetzgeber anerkannt und im SGB V verankert wird.

Begründung:

1. Durch die Obduktion werden die endgültige Diagnose gestellt und die vorausgegangene Diagnostik und Therapie überprüft. Eine Übereinstimmung der klinischen mit der Sektionsdiagnose besteht nur in einem Drittel der obduzierten Fälle (Görlitzer Studie, 1989). In einem weiteren Drittel besteht eine nur teilweise und einem weiteren Drittel keine Übereinstimmung. Auch heute, 2013, stimmen trotz des Einsatzes einer sensitiven technisch-apparativen, bildgebenden und laborchemischen Diagnostik in bis zu 30 Prozent der obduzierten Fälle die klinisch gestellten Diagnosen nicht mit dem Obduktionsbefund überein (Stellungnahme der Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 50, 2005; Pathologe 4/2010; Pathologe Supplement 2/2011). Nur durch die Obduktion kann ein Krankheitsgeschehen in seiner Komplexität ätiologisch und pathophysiologisch endgültig bewertet werden. Die Obduktion ist somit eine wichtige Qualitätssicherungsmaßnahme der Medizin.
2. Die Obduktionsrate liegt heute bundesweit bei maximal 1,5 Prozent. Damit stellt die (klinische) Obduktion keine Qualitätssicherungsmaßnahme dar. Eine 30-prozentige Obduktionsquote ist jedoch erforderlich, um eine statistisch verwertbare und aussagekräftige Qualitätssicherung zu gewährleisten.
3. In der Weiterbildung zum Pathologen ist die Obduktionstätigkeit ein Basiselement und stellt eine Kernkompetenz dar [siehe (Muster-)Weiterbildungsordnung]. Um die Fähigkeit und Fertigkeit dazu als Pathologe zu erlangen, bedarf es einer bestimmten Anzahl selbst durchgeführter Obduktionen. Auf Grund einer gesunkenen Rate klinischer Obduktionen ist es heute z. T. auch schon an großen Kliniken problematisch, Pathologen entsprechend auszubilden. Einer Fortsetzung



dieses Trends muss Einhalt geboten werden. Nur durch eine Erhöhung der Obduktionsrate kann für zukünftige Pathologen gewährleistet werden, dass sie im Rahmen ihrer Weiterbildung auch die Möglichkeit erhalten, sich die Fähigkeiten und Kompetenz für die Obduktionstätigkeit anzueignen.

4. Die Gesellschaft hat ein Interesse daran, dass eine bestimmte Obduktionsrate zur Überprüfung der Qualität der medizinischen Versorgung gewährleistet wird. Um eine akzeptable Obduktionsquote erreichen zu können, muss geregelt sein, wer die Kosten einer Obduktion trägt. Nach dem Ableben eines Menschen besteht für diesen kein Versicherungsverhältnis, d. h. auch die Leistungspflicht der Krankenkassen oder der Krankenhäuser erlischt. Die klinische Obduktion ist nicht in den Diagnosis Related Groups (DRG) enthalten.

Im SGB V ist die Obduktion bisher nicht verankert.

Die klinische Obduktion muss jedoch wieder die Bedeutung erlangen, die ihr im Rahmen der medizinischen Versorgung zukommt. Dies kann nur dann erreicht werden, wenn die Obduktion in der Gesetzgebung, insbesondere im SGB V, verankert ist.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Film der Medizinstudenten und Public-Relation-Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Stagge (Drucksache VI - 91) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Vorstand auf, die nicht deckungsgleichen PR-Aktionen von Medizinstudenten in der bvmf und der KBV zu unterstützen, indem er die Aktionen auf seine Internetseite verlinkt. Voraussetzung ist das Einverständnis der jeweiligen Presseverantwortlichen.

Begründung:

Die Bundesärztekammer sollte beide Aktionen ohne Wertung unterstützen, indem sie ihnen breiteren Zugang verschafft.

KBV: <http://www.ihre-aerzte.de/home.html>

bvmf - die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland.

Die Mediziner der Zukunft: Der Nachwuchs antwortet.

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden wagt den Generationendialog und antwortet filmisch auf Befürchtungen, die in einer Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu Tage treten. Denn - wir freuen uns darauf, als Ärztinnen und Ärzte tätig zu sein.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinstudierende und Ärztetag

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Stagge (Drucksache VI - 92) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert den Vorstand auf, den Medizinstudierenden, die zum Ärztetag geladen werden, die Kosten zu erstatten.

Begründung:

Ein honoriger Berufsstand lädt seinen Nachwuchs ein!

<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/DAET2013Beratungsergebnisse2012.pdf>

Übernahme der Reise- und Übernachtungskosten der zum Deutschen Ärztetag eingeladenen studentischen Vertreter (Drs. VI-99)

(Überweisung) Beratung im Vorstand der Bundesärztekammer am 29.06.2012, Beschluss des Vorstands und Ergebnis: Wie bisher verfahren, werden Medizinstudierende ohne Kostenübernahme eingeladen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Task Force Telemedizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 112) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Einrichtung einer Task Force Telemedizin bei der Bundesärztekammer.



**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012
(01.07.2011 – 30.06.2012)**

VII - 01 Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)



**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)**

Titel: Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 01) beschließt der
116. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der
Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2011/2012
(01.07.2011 - 30.06.2012) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Deloitte & Touche
GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012) wird
gebilligt.



**TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für
das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)**

VIII - 01 Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)



TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)

Titel: Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Ensink, MBA, Herrn Dr. Czeschinski, Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Fabian, Herrn Dr. Herrmann, Herrn Dr. Hülkamp, Herrn Zimmer und Herrn Dr. Holzborn (Drucksache VIII - 01) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012) Entlastung erteilt.



**TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014
(01.07.2013 – 30.06.2014)**

- IX - 01 Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014
(01.07.2013 - 30.06.2014)
- IX - 02 Stenografischer Wortbericht des Deutschen Ärztetages
- IX - 03 Behebung des strukturellen Defizits in der Haushaltsplanung



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)

Titel: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 - 30.06.2014)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 01) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag mit 234 Ja-Stimmen und 16 Gegenstimmen:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 - 30.06.2014) in Höhe von 18.589.000,00 Euro wird genehmigt.



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)

Titel: Stenografischer Wortbericht des Deutschen Ärztetages

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Rütz, Herrn Dr. Köhne, Herrn Dr. Mitrenga, Herrn PD Dr. Heep, Herrn Dr. König, MPH, Herrn Dr. Heister, Frau Dr. Friedländer, Frau Löber-Kraemer, Herrn Grauduszus, Herrn Dr. Fischbach, Herrn Dr. Hammer und Herrn Brock (Drucksache IX - 02) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 möge beschließen, für das Haushaltsjahr 2013/2014 die Finanzierung eines auf stenografischer Basis erstellten Wortprotokolls unter Inanspruchnahme von Rücklagepositionen sicherzustellen und bis zum 117. Deutschen Ärztetag 2014 für die kommenden Haushaltsjahre eine kostenreduzierte adäquate alternative Lösung zu entwickeln und zur Abstimmung vorzulegen.

Begründung:

Die Delegierten der Ärztekammer Nordrhein haben den Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die sich mittelfristig verändernde Finanzausstattung der Bundesärztekammer ebenso wie die Beschlussfassung des Vorstands zu den Themenfeldern "wörtlicher Bericht" und "Versorgungsforschung" zur Kenntnis genommen.

Sie begrüßen die in Aussicht genommenen Strukturüberlegungen zur Stabilisierung der Finanzausstattung der Bundesärztekammer und sichern eine konstruktive Begleitung sich ggf. ändernder Prozesse und Aufgabenzuschnitte zu.

Hinsichtlich des angedachten Verzichts auf die vollständige wörtliche Protokollierung der Verhandlungen des Deutschen Ärztetages, die bislang neben der vollständigen audiovisuellen Dokumentation erfolgt, sehen die Delegierten der Ärztekammer Nordrhein eine Einengung der bisherigen Arbeitsbedingungen des Deutschen Ärztetages.

Es muss auch über den 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover hinaus durch ein geeignetes Medium sichergestellt sein, dass die objektive, von technischen Mängeln nicht tangierbare Wiedergabe aller Wortbeiträge - auch in schriftlich nachlesbarer Form - gewährleistet ist.

Die Bundesärztekammer wird daher aufgefordert, solche Möglichkeiten - ggf. an Stelle



des stenografischen Berichts - zu prüfen und in die Finanzplanungen zum Deutschen Ärztetag weiter einzustellen, für das Haushaltsjahr 2013/2014 ggf. unter Inanspruchnahme von Rücklagepositionen.



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)

Titel: Behebung des strukturellen Defizits in der Haushaltsplanung

Beschluss

Auf Antrag von Herrn Dr. Bobbert, Herrn Dr. Albrecht, MBA, Herrn PD Dr. Banzer, Herrn Brost, Frau Dr. Keller, Herrn Mälzer, Frau Dr. Müller-Dannecker, Herrn Dr. Spies und Herrn Dr. Thierse (Drucksache IX - 03) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert die Bundesärztekammer dazu auf, in der Haushaltsplanung ab dem Geschäftsjahr 2014/2015 das strukturelle Defizit durch Senkung der Ausgaben zu beheben.

Begründung:

Bereits jetzt kann die Bundesärztekammer einen ausgeglichenen Haushalt nur durch Steigerung der Umlagen für die Landesärztekammern und durch Auflösung von Rücklagen erreichen. Im Haushaltsvoranschlag 2013/2014 sollen erneut die Aufwendungen um 3,32 Prozent angehoben werden. Dies kann nur durch die wiederholte Steigerung der Umlagen für die Landesärztekammern um 3,84 Prozent und durch Auflösung von Rücklagen um 1.608.000,00 Euro gedeckt werden.

Das Auflösen von Rücklagen und ein überproportionales Anheben der Umlagen für die Landesärztekammern sind kein probates Mittel, eine zukunftsorientierte Haushaltsplanung zu garantieren. Ohne Behebung des aktuellen strukturellen Finanzdefizits durch Senkung der Ausgaben nach arztpolitischen Prioritäten kann zukünftig ein ausgeglichener Haushalt nur durch massive Anhebung der Umlagen für die Landesärztekammern erreicht werden.



**TOP X Wahl des Tagungsortes für den 118. Deutschen
 Ärztetag 2015**

X - 01 Wahl des Tagungsortes für den 118. Deutschen Ärztetag 2015



TOP X Wahl des Tagungsortes für den 118. Deutschen Ärztetag 2015

Titel: Wahl des Tagungsortes für den 118. Deutschen Ärztetag 2015

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache X - 01) beschließt der 116. Deutsche Ärztetag einstimmig:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 bestimmt Frankfurt am Main als Austragungsort für den 118. Deutschen Ärztetag vom 12. bis 15.05.2015.

Inhaltsverzeichnis numerisch

TOP I	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	9
I - 01	Menschen statt Margen in der Medizin	10
I - 02	Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland	14
I - 03	Für eine systematische Rechtsentwicklung in der Reproduktionsmedizin	19
I - 04	Transplantationsregister schnellstmöglich einrichten	21
I - 05	Erhöhung des GOÄ-Punktwertes zum Zwecke des Inflationsausgleichs	27
I - 06	Das Gesundheitswesen muss mehr am Patienten und weniger an der Betriebswirtschaft ausgerichtet werden	36
I - 07	Für Transparenz im Gesundheitswesen	43
I - 08	Keine Politik nach Kassenlage - keine Senkung der Steuerzuschüsse	54
I - 09neu	Diskreditierungskampagne stoppen, Selbstverwaltung erhalten!	66
I - 10	Bürgerversicherung ist abzulehnen!	15
I - 12	Zielvereinbarungen nur an medizinischen Zielen und Qualität der Fort- und Weiterbildung orientieren	38
I - 13	Kein Sonderstrafrecht für Ärzte	44
I - 15	Ablehnung von Mengenzielen in Arbeitsverträgen für Ärztinnen und Ärzte und Entwicklung neuer Vergütungsformen unter Beteiligung der Bundesärztekammer	39
I - 17	Ökonomisch ausgerichtete Zielgrößen für Bonuszahlungen im Rahmen von Chefarztvergütungen gefährden die Unabhängigkeit ärztlich-medizinischer Entscheidungen	33
I - 18	Korruption im Gesundheitswesen	46
I - 23	Verantwortungsbewusster Umgang mit den vorhandenen Mitteln	67
I - 24	Schutz des Patienten-Arzt-Verhältnisses vor Ökonomisierung und Misstrauensbürokratie	63
I - 27	Markt und Medizin	68
I - 28	Ärzteinitiative gegen Korruption	48
I - 30	Verlorenes Vertrauen wieder gewinnen	49
I - 33	Angemessene Erhöhung der Honorierung für die ärztliche Leichenschau im Rahmen der anstehenden Novellierung der GOÄ	29

I - 34	Novellierung des Notfallsanitätäergesetzes	70
I - 35	Inflationsausgleich GOÄ	31
I - 36	Vertrauen für die Organspende	22
I - 37	Abschaffung der Fallpauschalen	57
I - 38	Leitende Ärzte - Bonusvereinbarungen von ökonomischen Zielgrößen entkoppeln	41
I - 39	Register zur Erfassung von Gründen für die Nichtaufnahme von Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation	23
I - 40	Neuorganisation des Transplantationswesens in Deutschland	24
I - 41	Präzisierung des Transplantationsgesetzes	25
I - 42	Vergütung der ärztlichen Leichenschau verbessern	30
I - 44	Bewertung des Leistungskataloges der GKV	17
I - 45	Korruption und Fortbildung	50
I - 46	Vereinfachung der Kodierpflichten	55
I - 47	Krankenhausfinanzierung dauerhaft sichern	59
I - 48	Kein genereller Bestechungs-/Korruptionsstraftatbestand nur für Ärzte	45
I - 49	Politische Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung	61
I - 50	Physicians Payment Sunshine Act	51
I - 52	Therapiefreiheit, ein "Grundrecht der Patienten"	71
TOP II Gesundheitliche Auswirkungen von Armut		72
II - 01	Gesundheitliche Ressourcen sozial Benachteiligter stärken	73
II - 02	Befunderhebung und Befunddokumentation bei akut traumatisierten Patienten	76
II - 03	Gesundheitliche Chancengleichheit	77
II - 04	Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit	79
TOP III Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung		80
III - 01	Überarbeitung der (Muster-)Fortbildungsordnung	81
III - 02	Novellierung der (Muster-)Fortbildungsordnung	82

TOP IV	(Muster-)Weiterbildungsordnung	83
IV - 01	Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	121
IV - 02	Evaluation der Weiterbildung	124
IV - 03	Stärkung der ambulanten Weiterbildung	128
IV - 04	Weiterbildung in der ambulanten Medizin	134
IV - 05	Kompatibilität von Berufs- und Sozialrecht	114
IV - 06	Kompetenzorientierte Weiterbildung stärken	85
IV - 07	Simulatortraining ist eine sinnvolle Ergänzung in der kompetenzorientierten Weiterbildung	107
IV - 08	Weiterbildung im ambulanten Bereich	137
IV - 10	Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung	125
IV - 11	Strukturierte Weiterbildung auch bei Teilzeittätigkeiten sicherstellen!	96
IV - 12	Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie intensivieren, nicht zeitlich ausweiten	102
IV - 13	Psychosomatische Grundversorgung in den somatischen Fächern	108
IV - 14	Curriculum für die ärztliche Weiterbildung	91
IV - 15	Dokumentation der Kompetenzen in der Weiterbildung	92
IV - 17	Unterstützung der Weiterbildungsbefugten	105
IV - 18	Inhaltliche Ausrichtung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	93
IV - 19	Inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung	94
IV - 20	Vertiefung der ärztlichen Kompetenz während der Weiterbildung	89
IV - 21	Kompetenzbasierte Weiterbildung - Verzicht auf Level 4	90
IV - 22	Kompetenz zur Formulierung einer kompetenzbasierten Weiterbildung	120
IV - 23	Rehabilitation in der fachärztlichen Weiterbildung	110
IV - 24	(Muster-)Weiterbildungsordnung - Richtlinien Weiterbildungsbefugte	104
IV - 25	Zusammenlegung der Fachärzte für Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie	99
IV - 28	Weiterbildungsordnung ist kein Instrument des Sicherstellungsauftrages	115

IV - 29	Löst die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung die alten Probleme? – Kriterienkatalog erarbeiten	88
IV - 30	Ambulante Weiterbildung	135
IV - 31neu	Regelmäßige Evaluation der Weiterbildung	126
IV - 32	Einzelfallentscheidungen zur Anerkennung von Weiterbildungszeiten	97
IV - 33	Ärztliche Weiterbildung - Fachübergreifende Kurse	111
IV - 34	Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung	116
IV - 35	(Muster-)Weiterbildungsordnung an medizinischen Fortschritt anpassen	118
IV - 36	(Muster-)Weiterbildungsordnung überprüfen	86
IV - 37	Vorrang der (Muster-)Weiterbildungsordnung vor Bundesmantelvertrag	117
IV - 38 neu	Weiterbildung in der ambulanten Versorgung	131
IV - 40	Konservative Weiterbildungsinhalte in gemischten Fächern	112
IV - 41	Förderung der ambulanten Weiterbildung in Deutschland	138
IV - 42	Röntgendiagnostik ist integraler Bestandteil des Facharztes Orthopädie und Unfallchirurgie	101
IV - 43	Ambulante Weiterbildung	133
IV - 44	Leserecht für alle	122
TOP V	Deutscher Ärztetag	139
V - 01	Änderung und Ergänzung der §§ 12 und 17 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage aufgrund der Beschlüsse des 115. Deutschen Ärztetages zur Einführung eines Antragsrechts "Schluss der Rednerliste"	140
TOP VI	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	142
VI - 02	Qualitätsgekoppelte Versorgungssteuerung	206
VI - 03	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – ein effektives Instrument auf dem Wege zu einer Sicherheitskultur und zum lebenslangen Lernen	201
VI - 04	Vorbeugen, Aufklären, Helfen - Betriebsärzte sind unverzichtbar. Resolution zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses	150

VI - 05	Sicherstellung der medizinischen Versorgung von Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz	224
VI - 06	Ärztliche Prävention durch ein Präventionsgesetz stärken	236
VI - 07	Für ein umfassendes Tabakwerbeverbot in Deutschland	241
VI - 08	Auswahlverfahren an den Hochschulen	178
VI - 09	Erhalt der Universitätsmedizin in Sachsen-Anhalt	212
VI - 10	Nachweis von Sprachkenntnissen ausländischer Ärztinnen und Ärzte bundeseinheitlich regeln	258
VI - 11	Begrenzung des Anstiegs der Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen	263
VI - 12	Ausgestaltung der fachlichen und fachdienstlichen Verantwortung des Inspektors des Sanitätsdienstes im Ressort des Bundesministeriums der Verteidigung	268
VI - 13	Arzneimitteltherapiesicherheit	154
VI - 14	Transparente Darstellung telemedizinischer Versorgungsmodelle von gesetzlichen Krankenkassen	253
VI - 15	Mehr Wettbewerb bei Praxissoftware durch offene Schnittstellen	254
VI - 17	Zentrale Gutachterstelle zur Prüfung der Gleichwertigkeit ausländischer Arzt diplome	260
VI - 18	Personalentwicklungskosten	207
VI - 19	Abschaffung der gesetzlichen Deckelung der Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr	184
VI - 20	Angemessene Finanzierung der Universitätsmedizin in Deutschland	213
VI - 21	Studenttage im Praktischen Jahr erhalten - bundesweit!	182
VI - 22	Faire Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr - bundesweit!	183
VI - 23	Impfungen	243
VI - 24	Qualität der Fortbildung erhalten	202
VI - 25	Sicherstellung der fachsprachlichen Qualifikation von ausländischen Ärztinnen und Ärzten	259
VI - 26	Deckelung der PJ-Aufwandsentschädigung im Ausland umgehend wieder aufheben!	185
VI - 27	EU-Vorschlag zur möglichen Verkürzung des Medizinstudiums von sechs auf fünf Jahre muss verhindert werden	189

VI - 29	Etablierung und Kontrolle einer objektiven Arbeitszeiterfassung an den Kliniken	215
VI - 30	Individuelle Prävention stärken	240
VI - 31	Familienfreundliche Arbeitszeitmodelle etablieren	217
VI - 32	Vergütung und Freizeitausgleich für Rufbereitschaft von als Ärzte tätigen Beamten an den Unikliniken	222
VI - 33	Ästhetische Behandlung von Patienten durch Kosmetikerinnen und Heilpraktiker	265
VI - 34	Zuschuss für Forschung und Lehre der Bundesländer an die Universitätskliniken	214
VI - 35	Ausbau bedarfsgerechter Betreuungseinrichtungen für Kinder von medizinischem Personal, insbesondere Ärztinnen und Ärzten	144
VI - 36	Verankerung ambulanter telemedizinischer Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab	255
VI - 37	(Muster-)Berufsordnung §§ 32, 33	197
VI - 38	Ärztliche Teilhabe am Belegungsmanagement in Krankenhäusern	218
VI - 39	Medizinische Versorgung in Griechenland und Finanzkrise	270
VI - 41	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung behindert adäquate Patientenversorgung	161
VI - 42	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – Berücksichtigung der Richtlinien der Bundesärztekammer	169
VI - 44	Entwurf zu einem Präventionsgesetz der Bundesregierung	238
VI - 45	Keine Benachteiligung von Menschen nach einer Psychotherapie	172
VI - 46	Opiatabhängige sind krank und bedürfen ärztlicher Hilfe – keine Kriminalisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte	164
VI - 47	Regressrisiko weiter senken	244
VI - 48	Sachgerechtes Vergütungssystem schaffen - EBM vom Kopf auf die Füße stellen	208
VI - 49	Zulassung von Medizinprodukten	160
VI - 50	Appell an alle Landesärztekammern, das dringende Anliegen der Substitutionsbehandlung zu unterstützen	167
VI - 51	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ist nicht praktikabel – keine Kriminalisierung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte	165
VI - 52	Bildungsfreistellung für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung bundesweit	203

VI - 53	Gesundheitsminister der Länder mögen sich für eine Aktualisierung des Rechts im Bereich der Substitutionsbehandlung einsetzen	168
VI - 54	Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung	166
VI - 55	Karriere trotz Teilzeit	146
VI - 56	Erhalt und Ausbau medizinischer Ausbildung	188
VI - 58	Sparauflagen der EU dürfen Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten nicht gefährden	271
VI - 59	Suchterkrankung muss in Diagnostik und Therapie anderen psychiatrischen Erkrankungen gleichgestellt werden	173
VI - 60	Missbrauch des § 66 SGB V verhindern	248
VI - 62	Honorar für Gutachten für die Deutsche Rentenversicherung	210
VI - 63	Klarstellung von § 34 Abs. 1 Nr. 3 Apothekenbetriebsordnung	159
VI - 64	Fentanyl-Screeningtests	170
VI - 65	Unbedingte Beibehaltung der Tätigkeit von unabhängigen Ethikkommissionen bei der Prüfung klinischer Studien	158
VI - 66	Tagesordnungspunkt auf dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf: "Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst" vorsehen	192
VI - 67	Erhöhung der Obduktionsraten als Mittel der Qualitätssicherung	272
VI - 68	Aufhebung der Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde, wenn Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus medizinische Leistungen in Anspruch nehmen	228
VI - 69	Für das Recht auf medizinische Gleichbehandlung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten	231
VI - 70	Ungenügende Sprachkenntnisse und kulturelle Missverständnisse – Zugangsbarrieren vermeiden	233
VI - 71	Handlungsbedarf bei der medizinischen Versorgung und Kostenerstattung nicht ausreichend krankenversicherter EU-Bürger	226
VI - 72	Transparenz über Verträge zur integrierten Versorgung herstellen	247
VI - 73	Auswahlverfahren zum Medizinstudium	177
VI - 74	Zugang zum Medizinstudium	176
VI - 75	Medizinische Versorgung akuter Erkrankungen bei Flüchtlingen	230
VI - 76	Tabakentwöhnung	249
VI - 77	Volle Mobilität im Praktischen Jahr - "Nein" zum Pflichttertial an der Heimatuniversität!	180

VI - 78	Für volle Entscheidungsfreiheit beim PJ-Splitting	181
VI - 79	Ambulante Medizin: Höhere Attraktivität statt Zwangsmaßnahmen!	179
VI - 80	Zeit- und praxisnahe gesetzliche Regelungen zur Behandlung nicht einwilligungsfähiger psychisch Kranker schaffen	174
VI - 81	Definition ärztlicher Tätigkeit in der (Muster-)Berufsordnung	195
VI - 83	Arztberuf und Familie	147
VI - 84	Registrierung und Offenlegung aller klinischen Studien	156
VI - 85	Strukturierte Fortbildung Hirntoddiagnostik	204
VI - 86	Vermeidung von ausufernder Bürokratie im Rahmen der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes	266
VI - 87	Obduktion - ein unverzichtbares Instrument der Qualitätssicherung	273
VI - 88	Humanitäre Hilfseinsätze/Entwicklungszusammenarbeit	148
VI - 90	Themenkreis "Elektronische Gesundheitskarte, Telematik, eAkte" und die dazu eingebrachten Anträge	251
VI - 91	Film der Medizinstudenten und Public-Relation-Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung	275
VI - 92	Medizinstudierende und Ärztetag	276
VI - 93	Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement/Arbeitsmedizin	151
VI - 94	Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen – dringender Regelungsbedarf/Arbeitsmedizin	152
VI - 96	Auch Ärzteteams mit Paracelsus-Medaille auszeichnen	199
VI - 97	Verlässliche ausreichende Finanzierung der medizinischen Fakultäten	187
VI - 98	Ärztinnen in leitenden Positionen	145
VI - 99	Mehr klinische und ärztliche Erfahrung bei universitären Stellen anstelle von Impaktfaktoren berücksichtigen	220
VI - 101	Sachstandsbericht und Grundsatzdiskussion über die Zusammenarbeit in der gematik	252
VI - 102	Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung in der Substitution Opiatabhängiger in der Selbstverwaltung	163
VI - 104	Schaffung einheitlicher Meldeverfahren bei den Landesärztekammern für Ärztinnen und Ärzte	194
VI - 105	Verbesserungen zur Steigerung der Meldungen von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen	155
VI - 107	"Teledoktor" - Telefonberatung	256

VI - 108	Befassung mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefarzte und ärztlichen Direktoren	193
VI - 109	Haftungs- und Aufklärungsfragen bei Auszubildenden nach dem Notfallsanitätäergesetz	267
VI - 110	Korrekte Dokumentation von Arbeitszeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte	216
VI - 111	Schaffung einer Argumentationsmöglichkeit für den beschuldigten Arzt im Heilmittelregressverfahren	246
VI - 112	Task Force Telemedizin	277
TOP VII	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)	278
VII - 01	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)	279
TOP VIII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 – 30.06.2012)	280
VIII - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2011/2012 (01.07.2011 - 30.06.2012)	281
TOP IX	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 – 30.06.2014)	282
IX - 01	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2013/2014 (01.07.2013 - 30.06.2014)	283
IX - 02	Stenografischer Wortbericht des Deutschen Ärztetages	284
IX - 03	Behebung des strukturellen Defizits in der Haushaltsplanung	286
TOP X	Wahl des Tagungsortes für den 118. Deutschen Ärztetag 2015	287
X - 01	Wahl des Tagungsortes für den 118. Deutschen Ärztetag 2015	288



Anforderungen zur Weiterentwicklung des
dualen Krankenversicherungssystems
in Deutschland

vom 116. Deutschen Ärztetag 2013 beschlossen¹

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland	6
Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen durch die Einführung eines „Gesundheitsbeitrags“	6
Neuregelung der Familienmitversicherung	7
Neukonzeption des Gesundheitsfonds	7
Sozialverträgliche Stärkung der Eigenverantwortung.....	8
Für mehr Generationengerechtigkeit	8
Reform der privaten Krankenversicherung	9
Quellenverzeichnis	10

¹ Erarbeitet unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Gesundheitsökonomischen Beirats der Bundesärztekammer



Impressum

Herausgeber :

Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Gesundheitsökonomischer Beirat:

Dr. Thomas Drabinski, Institut für Mikrodaten-Analyse, Kiel

Prof. Dr. Günter Neubauer, IfG Institut für Gesundheitsökonomik, München

Präambel

Seit 1960 haben ca. 150 Gesetze und untergesetzliche Regelungen das Krankenversicherungssystem in Deutschland verändert. Davon haben sieben Gesetze den heutigen Charakter des gesetzlichen (GKV) und privaten (PKV) Krankenversicherungssystems geprägt.

Keine Gesetzgebung hat eine nachhaltig gleichgewichtige Stabilisierung des GKV-Versicherungssystems bewirkt, sodass der Staat die Notwendigkeit für weitere Interventionen gesehen hat. Sowohl Regelungen zur Ausgabenbegrenzung (Erstattung von Leistungen, wie z. B. Zahnarztbehandlung von Jugendlichen, In-vitro-Fertilisation, Zuzahlungen bei Heil- und Hilfsmitteln) als auch zur Einnahmementwicklung (z. B. kostenfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern, teilweise Befreiung von Rentnern, Einführung von Zusatzbeiträgen, Praxisgebühr) wurden mal eingeführt und dann wieder abgeschafft. Letztlich haben die Neuregelungen im Gesundheitswesen nur zu einem kurzen Effekt von Einsparungen bzw. Zusatzeinnahmen für das Gesundheitssystem geführt, die aber nicht zu einer dauerhaften Stabilisierung beigetragen haben.

Eine langfristige Strategie zur Lösung der Finanzprobleme hat es in all den Jahren nicht gegeben. Im Gegensatz haben die Reformen, wie die Einführung des Gesundheitsfonds, dazu geführt, dass die gesetzlichen Krankenkassen zu einer quasi Einheitskasse konvergierten.

Die Herausforderungen für die kommenden Jahre sind aber bereits spürbar und dürfen nicht weiter von der Politik verdrängt werden. Sollte es zu keiner grundlegenden, auf Langfristigkeit angelegten Reform des bestehenden Krankenversicherungssystems in Deutschland kommen, so ist mit folgenden Entwicklungen in der GKV zu rechnen:

- *Finanzielle Einnahmeprobleme durch demografische Veränderungen:*

Beängstigend und kurzfristig nicht umkehrbar ist die Abnahme der Gesamtzahl der jungen Menschen. Seit 2007 ist die Zahl der unter 20-Jährigen kleiner als die Zahl der über 65-Jährigen. Bis 2060 wird sich diese Differenz auf 12 Millionen erhöhen. Die Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung (ab 65 Jahren) in Deutschland ist für die nächsten 50 Jahre prognostiziert. Im selben Zeitraum wird die Zahl der Erwerbsfähigen (20 bis 65 Jahre) von ca. 50 Millio-

nen (2012) um 17 Millionen auf ca. 33 Millionen (2060) zurückgehen (Drabinski, 2012 a, S. 15). Das derzeitige Beitragsaufkommen wird diesen Einnahmeausfall nicht kompensieren können. Eine zurückgehende Zahl der erwerbstätigen Beitragszahler führt zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen. Damit ist das bisherige Umlagesystem überfordert.

- *Steigerungen des Beitragssatzes bzw. des Steueranteils:*
Bei einem Verzicht auf Steuersubventionen kann es bis 2060 zu Steigerungen des Beitragssatzes auf ca. 21 % (Sachverständigenrat für Wirtschaft, 2012, S. 358) bis 35 % (Drabinski, 2012 a, S. 35) bei konstanten Bedingungen kommen. Um den Beitragssatz bis 2060 konstant zu halten, muss der Anteil der Steuerfinanzierung enorm steigen. Bei konstanten Bedingungen wird davon ausgegangen, dass 2060 knapp die Hälfte der GKV steuerfinanziert wäre (Drabinski, 2012 a, S. 38). Diese Finanzierungsoption steht aber in Konkurrenz zu anderen staatlichen Aufgaben, sodass der steuerliche Anteil an der GKV-Finanzierung voraussichtlich nicht auf diese Höhe angehoben werden kann.
- *Sinkende Einnahmen stehen steigenden Ausgaben gegenüber:*
Studienergebnisse zeigen deutlich, dass bestimmte Krankheiten und die Multimorbidität zunehmen werden. Alarmierend ist vor allem die Zunahme der Adipositasrate in der Bevölkerung und somit die Zunahme von damit verbundenen Folgeerkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen u. a., insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, der zukünftigen Erwerbsgeneration.

Die aktuellen Entwicklungen und Prognosen zeigen, dass großer Handlungsbedarf besteht. Die bisherigen Einnahmen der GKV sind in zu großem Maße von der wirtschaftlichen Konjunkturlage abhängig:

- Mit Einführung des Gesundheitsfonds ist der Brutto-Beitragssatz (Beitragssatz zzgl. Bundeszuschuss) von 14,9 % auf 17 % (15,5 % plus 1,5 %²) gestiegen.
- Es findet zunehmend eine Einkommensumverteilung von den Erwerbstätigen hin zu den Nicht-Erwerbstätigen und Rentnern statt, die sich zukünftig noch verstärken wird.

² 1,5 % entsprechen dem Bundeszuschuss aus Steuermitteln, umgerechnet auf den Beitragssatz.

- Sozialpolitische Maßnahmen führen zu Einnahmeneinbußen.
- Versicherungsfremde Leistungen belasten weiter die Ausgabenseite.

Das bestehende Sachleistungsprinzip führt zur Vollkasko mentalität unter den Versicherten. Die morbiditätsorientierten Zuweisungen des Gesundheitsfonds mindern Anreize für gezielte Präventionsmaßnahmen durch die Krankenkassen. Die bisherigen Eigenbeteiligungs- bzw. Zuzahlungsregularien sowie die Angebote der Krankenkassen zu Wahltarifen und zur Kostenerstattung sind unattraktiv. Es gibt keinen Anreiz für GKV-Versicherte, sparsamer mit den Ressourcen des Gesundheitswesens umzugehen. Im Gegenteil: Gesetzliche Krankenkassen beginnen vermehrt, „Wohlfühlmedizin“ zu finanzieren, was im Widerspruch zum Auftrag des SGB V einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung steht.

Insgesamt ist das GKV-System weder nachhaltig noch generationengerecht.

Auch die bisher vorgelegten Vorschläge zu einer Bürgerversicherung tragen in keiner Weise zur Lösung der zukünftigen Finanzierung der GKV bei. Vielmehr wird im Grunde nur das nachhaltig finanzierte PKV-System ausgezehrt und damit langfristig zerstört.

Denn im Gegensatz zur GKV ist die PKV durch den systematischen Aufbau von Altersrückstellungen demografiestabil aufgestellt. Ihr Reformbedarf liegt jedoch in der fehlenden Portabilität der Rückstellungen und in der fehlenden Transparenz. Die Vielzahl der Tarife auch innerhalb eines Krankenversicherungsunternehmens und die aggressive Verkaufsstrategie der letzten Jahre haben dazu geführt, dass es aktuell bei Tarifen zu überproportionalen Beitragssteigerungen gekommen ist. Weiter haben Vergleichsstudien (z. B. Drabinski, 2012 b) gezeigt, dass das Leistungsangebot bisheriger Tarife sehr unterschiedlich ist und zum Teil unter dem Niveau von gesetzlichen Krankenkassen liegt.

Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland

Vor dem Hintergrund der zukünftigen Entwicklungen setzt sich die deutsche Ärzteschaft für eine langfristige Sicherung der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens ein. Dabei ist sie der Überzeugung, dass der Fortbestand der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung eine moderne und qualitativ hochstehende Patientenversorgung sichert. Dies ist der Maßstab, an dem die Ärzteschaft die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen wird.

Aus Sicht der deutschen Ärzteschaft sind folgende Anforderungen an zukünftige Finanzierungskonzepte zu erfüllen:

Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen durch die Einführung eines „Gesundheitsbeitrags“

Der derzeitige Versichertenanteil wird zu einem festen, einkommensunabhängigen Gesundheitsbeitrag weiterentwickelt, der vom Versicherten an seine Krankenkasse gezahlt wird. Die Beitragsbemessungsgrundlage erstreckt sich auf sämtliche Einkommensarten eines Haushalts und nicht nur allein auf das sozialversicherungspflichtige Einkommen³. Die Höhe des Gesundheitsbeitrags würde aufgrund aktueller Zahlen bei ca. 135 Euro (IfG, 2012, S. 16) bis 170 Euro (Drabinski, 2009, S. 58) durchschnittlich über alle Krankenkassen monatlich liegen.

An dem Arbeitgeberanteil wird in Höhe des bereits jetzt festgeschriebenen gesetzlichen einkommensabhängigen Beitragssatzes von 7,3 % (bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze) festgehalten. Die bundesweite Festlegung des Arbeitgeberbeitrags gibt Sicherheit bei der Kalkulation der Lohnnebenkosten.

Um eine zu hohe Belastung von beitragspflichtigen Versicherten mit niedrigem Einkommen zu verhindern, wird der Gesundheitsbeitrag auf eine Belastungsgrenze von einem maximalen beitragspflichtigen Anteil von 9 % des gesamten Haushaltseinkommens beschränkt (Drabinski, 2009, S. 58); das entspricht der aktuellen heutigen Belastungsgrenze von 10,2 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens (8,2 % Beitragssatz zzgl. 2 % Belastungsquote). Dieser Sozialausgleich wird durch

³ Der Gesundheitsbeitrag ist innerhalb einer Kasse für alle Versicherten gleich hoch. Liegt der Gesundheitsbeitrag oberhalb der Belastungsgrenze von 9 % des gesamten Haushaltseinkommens des Versicherten, wird die Differenz über den Sozialausgleich finanziert.

allgemeine Steuern über den Gesundheitsfonds finanziert (Bundeszuschuss)⁴. Dadurch wird die jetzt im GKV-System verankerte Umverteilung auf das Steuersystem übertragen, was als gerechtere gesellschaftliche Lösung angesehen wird. Denn ein Einkommensausgleich kann in einem Steuersystem zielgenauer geleistet werden. Damit wird das Solidarprinzip durch einen Sozialausgleich ergänzt.

Der Gesundheitsbeitrag variiert zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Dieser wird unabhängig von Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen erhoben und ist innerhalb einer Kasse für alle Versicherten gleich. Zu prüfen ist, ob ggf. regionale Unterschiede in der Beitragshöhe, aufgrund unterschiedlicher Versorgungsangebote, zweckmäßig sind. Die Höhe der Gesundheitsbeiträge ist durch die jeweilige Aufsicht zu genehmigen.

Neuregelung der Familienmitversicherung

Die Familienmitversicherung muss in der Krankenversicherung neu geregelt werden. So werden die Beiträge für Kinder bis zur GKV-Altersgrenze durch den Bundeszuschuss über einen neu zu konzipierenden Gesundheitsfonds finanziert.

Weiter werden Personen, die sich in Elternzeit befinden oder Familienangehörige pflegen, beitragsfrei mitversichert. Auch dieser Beitragsanteil wird durch den Bundeszuschuss über den Gesundheitsfonds finanziert. Dafür werden erwerbsfähige Erwachsene, die nicht die Kriterien erfüllen, beitragspflichtig.

Neukonzeption des Gesundheitsfonds

Die deutsche Ärzteschaft fordert die Reduktion des Gesundheitsfonds. Aus der Kombination eines transparenten pauschalen Gesundheitsbeitrags, der autonom festgelegt wird, und der Zuweisung von Geldern – basierend auf der Versichertenstruktur – erhalten die Krankenkassen die benötigte Gestaltungsfreiheit zurück, die durch die derzeitige Verstaatlichung der GKV-Finanzierung und der damit verbundenen Entmündigung der Krankenkassen und der Versicherten nicht gegeben ist.

In den neu konzipierten Gesundheitsfonds fließen bei GKV-Versicherten⁵ der lohnabhängige Arbeitgeberbeitrag, die Zuweisungen der gesetzlichen Rentenversiche-

⁴ Zweckgebundener Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds, und zwar ausschließlich zur Finanzierung des Sozialausgleichs.

⁵ Der Arbeitgeberbeitrag (bzw. bei Rentnern der Anteil der GRV) bei Privatversicherten wird direkt an die Arbeitnehmer (bzw. Rentner) ausbezahlt.

rung zur Krankenkasse sowie die Steuermittel für den Ausgleich sozial- und familienpolitischer sowie versicherungsfremder Leistungen.

Aus dem Gesundheitsfonds werden zum einen der Sozialausgleich für Versicherte mit niedrigem Einkommen und zum anderen die Aufwendungen für die Familienmitversicherung sowie die versicherungsfremden Leistungen finanziert.

Weiter wird über einen Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen eine Anpassung an die unterschiedlichen Risiken der Versichertenstruktur vorgenommen. Die Verteilung eines Risikostrukturausgleichs beruht auf folgenden Kriterien: Alter, Geschlecht, regionale Versorgungsunterschiede, Erwerbsminderung und morbiditätsorientierte Verteilungskriterien.

Diese Neukonzeption stärkt die Subsidiarität des Gesundheitssystems. Es kommt damit zu einer deutlichen Reduktion des Gesundheitsfonds.

Sozialverträgliche Stärkung der Eigenverantwortung

Erfahrungen aus anderen Ländern haben gezeigt, dass nur spürbare finanzielle Eigenbeteiligungen eine steuernde Wirkung entfalten und zur Vermeidung von überflüssiger Inanspruchnahme beitragen können. Die gesetzlichen Krankenkassen haben bereits heute rechtliche Möglichkeiten, über Wahltarife die Eigenverantwortung (z. B. Tarife mit Selbstbehalten, Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen in Kombination mit Beitragsrückerstattungen) zu steigern (SGB V § 53). Sie werden aber nur im geringen Ausmaß genutzt, da sie unattraktiv ausgestaltet sind.

Ziel muss es sein, die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zukünftig so auszubauen, dass durch attraktive Angebote die eigene Gesunderhaltung und Eigenverantwortung der Versicherten gefördert werden. Dazu gehört auch die Steigerung der Attraktivität von Kostenerstattung und Kostenbeteiligung in der GKV.

Für mehr Generationengerechtigkeit

Zur Herstellung von Generationengerechtigkeit soll jede Generation aus sich selbst heraus für ihre Gesundheitskosten aufkommen. Mit der Überlastung jüngerer Generationen zur Finanzierung älterer Generationen muss Schluss sein.

Um mehr Generationengerechtigkeit im Gesundheitssystem herzustellen, wird grundsätzlich ein Gesundheits-Sparkonto aus Steuermitteln für alle in Deutschland geborenen Kinder eingerichtet. Das Gesundheits-Sparkonto federt als kapitalge-

decktes Ansparprogramm die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung ab.

Reform der privaten Krankenversicherung

Im Gegensatz zum Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung, die ein grundlegendes Nachhaltigkeitsproblem hat, ist die grundsätzliche Finanzierungsstruktur der privaten Krankenversicherung zukunftsorientiert. Daher ist im Gegensatz zu gegenwärtig diskutierten Vorschlägen einer Bürgerversicherung die deutsche Ärzteschaft für den Erhalt der privaten Vollversicherung. Der Reformbedarf wird nicht in der Grundstruktur der Finanzierung gesehen, sondern vielmehr im Bereich der bisher fehlenden Portabilität der Rückstellungen und der Transparenz bei den Tarifen.

Die deutsche Ärzteschaft setzt sich dafür ein, dass die Privatversicherten ihre Altersrückstellungen im vollen Umfang zwischen privaten Versicherungsunternehmen mitnehmen können.

Bei den privaten Krankenversicherungen ist es bei einigen Versichertengruppen zu massiven Tarifsteigerungen gekommen. Auch ist der Versicherungsschutz zwischen den Altverträgen sehr unterschiedlich und unterschreitet zum Teil das Leistungs niveau der gesetzlichen Krankenversicherungen. Daher müssen entsprechende Maßnahmen durchgeführt werden, die die Tarifwelt nachhaltig und transparent verbessern.

Verpflichtend sollte ein ausreichender individueller Versichertenschutz in der privaten Krankenversicherung durch Mindestkriterien für Versorgungsleistungen festgelegt werden. Dieser muss so gestaltet werden, dass er einen transparenten Vergleich zwischen den PKV-Tarifen und den Leistungen der GKV den Versicherten ermöglicht. Bei der Vermittlung von Versichertenverträgen müssen die Berater über eine entsprechende Mindestqualifikation verfügen, um Versicherte ausreichend über Versicherungsschutz und die Konsequenz von Tarifen zu informieren.

Weiterhin muss das Provisionssystem zur Verbesserung der privaten Krankenversicherungen nachhaltig geändert werden.

Quellenverzeichnis

- Arbeitskreis go360 (2008) Gesundheitssparkonto 360. Durch die Evolution zur Revolution. Konzeptioneller Grundriss. März 2008.
- Drabinski T (2009) Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument. Band 15, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse.
- Drabinski T (2012a) GKV 2060. Band 20, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse.
- Drabinski T (2012b) GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahmen – Allgemeiner Teil. Band 21, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse.
- IfG – Institut für Gesundheitsökonomik (2012) Kompass Gesundheitspolitik. Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft.
- Sachverständigenrat für Wirtschaft (2012) Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland. Siebtes Kapitel: Soziale Sicherung: Weiterhin Reformbedarf trotz guter Finanzlage. Jahresgutachten 2012/13 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

(Muster-)Fortbildungsordnung

vom 29.05.2013

§ 1

Ziel der Fortbildung

Die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz zur Gewährleistung einer hochwertigen Patientenversorgung und Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung.

§ 2

Inhalt der Fortbildung

Die Fortbildung vermittelt unter Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und medizinischer Verfahren das zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz notwendige Wissen in der Medizin und der medizinischen Technologie. Sie soll sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre und fachübergreifende Kenntnisse, die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten sowie die Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen umfassen.

§ 3

Fortbildungsmethoden

- (1) Ärztinnen und Ärzte sind in der Wahl der Fortbildungsmethoden frei. Der Wissenserwerb ist auf das individuelle Lernverhalten auszurichten.
- (2) Geeignete Methoden der Fortbildung sind in § 6 Abs. 3 in den Kategorien A bis K aufgeführt.

§ 4

Förderung der Fortbildung

Die Ärztekammer fördert die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte durch das Angebot eigener Fortbildungsmaßnahmen sowie durch die Anerkennung geeigneter Fortbildungsmaßnahmen Dritter.

§ 5

Fortbildungszertifikat der Ärztekammer

- (1) Das Fortbildungszertifikat dient dem Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht.
- (2) Ein Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn die Ärztin oder der Arzt innerhalb eines der Antragstellung vorausgehenden Zeitraums von fünf Jahren Fortbildungsmaßnahmen

(Muster-)Fortbildungsordnung

abgeschlossen hat, welche in ihrer Summe die nach den Bestimmungen des § 6 ermittelte Mindestbewertung von 250 Punkten erreichen.

- (3) Für den Erwerb des Fortbildungszertifikates können nur die in § 6 Abs. 3 geregelten Fortbildungsmaßnahmen berücksichtigt werden, die nach Maßgabe der §§ 7 bis 10 anerkannt wurden oder nach den §§ 11 und 12 anrechnungsfähig sind.
- (4) Üben Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder wegen einer länger als drei Monate andauernden Erkrankung nicht aus, verlängert sich der Zeitraum nach Absatz 2 entsprechend.

§ 6

Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die Fortbildungsmaßnahmen werden mit Punkten bewertet. Die Kategorien und die Bewertungsskala ergeben sich im Einzelnen aus Absatz 3.
- (2) Die „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ der Bundesärztekammer in der jeweils aktuellen Fassung sollen beachtet werden.
- (3) Folgende Kategorien von Fortbildungsmaßnahmen sind für das Fortbildungszertifikat geeignet und werden wie folgt bewertet:

Kategorie A

Vortrag und Diskussion:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme

Kategorie B

Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland, welche nicht von anderen Kategorien erfasst werden:

3 Punkte pro ½ Tag bzw. 6 Punkte pro Tag

Kategorie C

Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z. B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Peer Review, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, Literaturkonferenzen, praktische Übungen):

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt pro Maßnahme bis zu 4 Stunden/höchstens 2 Zusatzpunkte pro Tag

1 weiterer Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme

Kategorie D

Fortbildungsbeiträge in Printmedien oder als elektronisch verfügbare Version mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftlicher Form:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit bei bestandener Lernerfolgskontrolle

(Muster-)Fortbildungsordnung

Kategorie E

Selbststudium durch Fachliteratur und -bücher sowie Lehrmittel:

Innerhalb dieser Kategorie werden höchstens 50 Punkte für fünf Jahre anerkannt.

Kategorie F

Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge

Autorentätigkeit: 5 Punkte pro wissenschaftlicher Veröffentlichung,

Referententätigkeit/Qualitätszirkelmoderation/wissenschaftliche Leitung: 1 Punkt pro Beitrag,

z. B. Poster/Vortrag, unbenommen der Punkte für die persönliche Teilnahme

Die maximale Punktzahl in dieser Kategorie beträgt 50 Punkte in fünf Jahren.

Kategorie G

Hospitationen:

1 Punkt pro Stunde, höchstens 8 Punkte pro Tag

Kategorie H

Curricular vermittelte Inhalte, z. B. in Form von curricularen Fortbildungsmaßnahmen, Inhalte von Weiterbildungskursen, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind, Inhalte von Zusatzstudiengängen:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

Kategorie I:

tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahme mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftlicher Form:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit bei vollständiger Erfüllung der qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer

Kategorie K

Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahme in Form einer inhaltlich und didaktisch miteinander verzahnten Kombination aus tutoriell unterstützten Online-Lernmodulen und Präsenzveranstaltungen:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt pro 45-minütiger eLearning-Fortbildungseinheit bei vollständiger Erfüllung der qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer

(4) Die Ärztekammer erlässt ergänzende Richtlinien zur Bewertung der Fortbildungsmaßnahmen.

§ 7

Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

(Muster-)Fortbildungsordnung

- (1) Die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen gegenüber dem Veranstalter erfolgt grundsätzlich vor ihrer Durchführung durch die Ärztekammer. Hiervon ausgenommen sind die Kategorien E und F.
- (2) Über Maßnahmen der Kategorie F des § 6 Abs. 3 muss die Ärztin oder der Arzt einen geeigneten Nachweis führen.
- (3) Die Anerkennung erfolgt für Fortbildungsmaßnahmen, die im Kammergebiet durchgeführt werden; für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien D und I ist der Sitz des Anbieters maßgeblich.

§ 8

Voraussetzungen der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass
 1. die Fortbildungsinhalte den Zielen dieser Fortbildungsordnung entsprechen;
 2. die Vorgaben der Berufsordnung eingehalten werden;
 3. die Inhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte des Veranstalters und der Referenten offen gelegt werden.
- (2) Die Fortbildungsmaßnahme soll arztöffentlich sein.
- (3) Für Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien des § 6 Abs. 3 muss grundsätzlich eine Ärztin oder ein Arzt als wissenschaftliche Leiterin oder wissenschaftlicher Leiter bestellt und bei Präsenzfortbildungen anwesend sein. Die bestellte wissenschaftliche Leiterin oder der wissenschaftliche Leiter muss eine Selbstauskunft über mögliche Interessenkonflikte vorlegen. Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referentinnen und Referenten müssen gegenüber den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Fortbildungsmaßnahme offengelegt werden.

§ 9

Verfahren der Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen

- (1) Zum Anerkennungsverfahren erlässt die Ärztekammer Richtlinien, in denen insbesondere Folgendes geregelt ist:
 1. Antragsfristen;
 2. Inhalt und Form der Anträge und Erklärungen;
 3. Methoden der Lernerfolgskontrolle;
 4. Teilnehmerlisten;
 5. Teilnehmerbescheinigungen;
 6. Weiterleitung der Teilnehmerlisten mittels Elektronischem Informationsverteilter (EIV) durch den Veranstalter;

(Muster-)Fortbildungsordnung

7. Ergänzende Anforderungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen bestimmter Kategorien des § 6 Abs. 3.
 8. Widerspruchsverfahren
 9. Gebühren
- (2) Die Anerkennung erfolgt auf Antrag des Veranstalters. Im Antrag ist die wissenschaftliche Leiterin oder der wissenschaftliche Leiter nach § 8 Abs. 3 zu benennen.
- (3) Der Veranstalter und die wissenschaftliche Leiterin oder der wissenschaftliche Leiter müssen erklären, dass die „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ der Bundesärztekammer in der jeweils gültigen Fassung beachtet werden.

§ 10

Anerkennung von Fortbildungsveranstaltern

Auf Antrag kann einem geeigneten Veranstalter durch die Ärztekammer für bestimmte von ihm geplante und durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen im Zuständigkeitsbereich der anerkennenden Kammer die Zusicherung erteilt werden, dass diese ohne Einzelprüfung anerkannt werden. Die Zusicherung erfolgt unter dem Vorbehalt des Widerrufs und kann darüber hinaus mit weiteren Nebenbestimmungen versehen werden. Es ist sicherzustellen, dass der Veranstalter bei der Durchführung dieser Fortbildungsmaßnahmen nachweislich die Bestimmungen der Fortbildungsordnung befolgt.

§ 11

Gegenseitige Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen und Fortbildungszertifikaten

- (1) Die von anderen Ärztekammern anerkannten Fortbildungsmaßnahmen werden für das Fortbildungszertifikat angerechnet.
- (2) Die von anderen Ärztekammern ausgestellten Fortbildungszertifikate werden anerkannt.
- (3) Fortbildungsmaßnahmen, die von einer anderen Heilberufskammer anerkannt wurden, können für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer angerechnet werden.

§ 12

Fortbildung im Ausland

- (1) Im Ausland absolvierte Fortbildungsmaßnahmen sind für das Fortbildungszertifikat anrechnungsfähig, soweit sie den Anforderungen dieser Fortbildungsordnung im Grundsatz entsprechen.
- (2) Die Ärztin oder der Arzt muss einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der es gestattet, die Einhaltung der Voraussetzungen dieser Fortbildungsordnung zu prüfen.

Vorbeugen, Aufklären, Helfen – Betriebsärzte sind unverzichtbar!

Resolution zur Sicherung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses

In einer sich rasant wandelnden Arbeitswelt gewinnt die Arbeitsmedizin eine immer höhere Bedeutung. Die Arbeitsmedizin muss dabei sowohl präventive Maßnahmen zur Schadensvermeidung, als auch zur Früherkennung von Gefahren und Risiken ergreifen. Weitere Aufgabe der Arbeitsmedizin ist die Mitwirkung bei der beruflichen Wiedereingliederung.

Als kompetente Berater für Arbeitnehmer und Arbeitgeber achten die Betriebsärzte im Zusammenwirken mit anderen Fachdisziplinen und Akteuren in den Betrieben einerseits auf eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung, andererseits unterstützen sie die Beschäftigten in ihrem Bestreben, gesund zu bleiben.

Die betriebliche Gesundheitsvorsorge ist eine der wichtigsten Erfolgsfaktoren für ein gesundes Unternehmen. Das gilt vor allem für eine Zukunft, in der es wegen der knapper werdenden Fachkräfte darauf ankommt, auch ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer möglichst lange im Unternehmen zu halten.

Die Arbeitsmedizin leistet einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität der Beschäftigten und vor allem dazu, sie lange im Berufsalltag aktiv und gesund zu halten, auch im Interesse der Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft. Der 115. Deutsche Ärztetag in Nürnberg im Jahr 2012 hat daher gefordert, Arbeitsmedizin und betriebsärztliche Versorgung zu einer zentralen Säule der Gesundheitsvorsorge auszubauen.

Der generelle Mangel an qualifizierten Arbeitskräften in Deutschland betrifft weite Bereiche und damit auch die Arbeitsmedizin. Da die arbeitsmedizinische Versorgung der Erwerbsbevölkerung eine wichtige Zukunftsaufgabe ist, müssen wir sowohl den arbeitsmedizinischen Nachwuchs sichern als auch die Arbeitsmedizin stärker in Forschung und Lehre einbinden.

Wir, die Unterzeichner dieser Resolution, verpflichten uns deshalb, im Rahmen unserer Möglichkeiten alles zu tun, um den arbeitsmedizinischen Nachwuchs in Deutschland zu fördern.

Hierzu verabreden wir u.a. ein Aktionsbündnis zur Förderung des arbeitsmedizinischen Nachwuchses zu gründen.

Berlin, den 14. Januar 2013