



119. Deutscher Ärztetag

Beschlussprotokoll

Hamburg, 24. bis 27. Mai 2016



Stand: 03.06.2016

Hinweis:

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

Impressum

© Bundesärztekammer 2016

Herausgeber:

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

Redaktion:

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

Titelfoto:

© Starpics, fotolia

Titelgrafik:

André Meinardus, Deutscher Ärzteverlag, 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	Medizinische Versorgung von morgen - Balance zwischen Wertschöpfung und Wertschätzung	10
	<i>Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung</i>	15
I - 02	Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen	16
I - 25	Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten	17
I - 32	Asylpaket II schränkt Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit für Asylsuchende ein	19
I - 39	Posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen	22
I - 53	Dolmetscher	23
I - 31	Einsatz von qualifizierten Dolmetschern bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern	24
I - 22	Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge	25
I - 55	Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlingskinder	26
I - 56	Familiennachzug für unbegleitete Minderjährige ermöglichen	27
I - 38	Ausnutzung des Ehrenamts	28
I - 30	Asylpaket II: Qualifizierte Gutachter unbedingt erforderlich	29
I - 40	Menschen ohne Papiere	31
I - 42	UN-Mandat zum Schutz von humanitären Einrichtungen und Personal gemäß der Genfer Konvention	32
I - 57	Ächtung der Behandlung von Gesundheitseinrichtungen als militärische Ziele in bewaffneten Konflikten	33
	<i>Novellierung Psychotherapeutengesetz/Direktausbildung psychologische Psychotherapeuten</i>	34
I - 04	Novellierung des Psychotherapeutengesetzes - Qualität des Bildungswegs zum "Psychologischen Psychotherapeuten" muss gesichert sein	35
I - 24	Ablehnung der Einführung des approbierten Heilberufs "Psychotherapeut"	36
I - 26	Erhalt und Schärfung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die ärztliche Psychotherapie in Forschung, Lehre und Patientenbehandlung	37
	<i>Krankenhausplanung: Investitionsstau der Krankenhäuser, PEPP</i>	39
I - 15	Der Ökonomisierung entgegenzutreten - dem individuellen Patienten gerecht werden	40
I - 16	Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung stärken - Qualitätsverluste durch Ökonomisierung beenden	41
	<i>Masterplan Medizinstudium 2020</i>	43
I - 27 neu	Positionen der Ärzteschaft zum Masterplan Medizinstudium 2020	44

I - 23	Masterplan Medizinstudium 2020: Studienplatzbewerber zielgerichtet auswählen, praktische Fähigkeiten ausbauen, Allgemeinmedizin stärken	45
I - 18	Masterplan Medizinstudium 2020: Breite und kompetenzbasierte Ausrichtung des Medizinstudiums statt versorgungsorientierter Ausrichtung auf eine Fachrichtung	48
I - 60	Medizinstudium sinnvoll weiterentwickeln	49
I - 19	Keine Etablierung einer Landarztquote über die Vorabquote im Zulassungsverfahren zum Medizinstudium	50
I - 45	Famulaturen in allen Institutionen und Fachdisziplinen ermöglichen	51
I - 46	Mehr Wahlmöglichkeiten für Medizinstudenten im Praktischen Jahr durch einen fakultativen Vertragsarztanteil bei den Tertialen	52
I - 51	Einheitliche und gerechte Fehltageregelung im Praktischen Jahr	53
	<i>Schweigepflicht (Germanwings-Absturz)</i>	54
I - 03	Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und des Patientengeheimnisses	55
	<i>TTIP/CETA</i>	57
I - 54	TTIP bedroht unser Gesundheitswesen - Vorsicht ist besser als Nachsicht	58
I - 58	Das Gesundheitswesen darf nicht dem Freihandelsabkommen TTIP ausgeliefert werden	60
I - 59	Das Freihandelsabkommen CETA darf nicht umgesetzt werden	62
	<i>Weiteres</i>	64
I - 36	Unabhängigkeit und Qualität freiberuflicher, selbständiger ärztlicher Berufsausübung durch angemessene Honorierung gewährleisten	65
I - 33	Keine untertarifliche Bezahlung ausländischer Ärztinnen und Ärzte!	66
	<i>GOÄneu</i>	67
I - 43	GOÄ: Notwendigkeit der Änderung des Paragrafenteils der bisherigen GOÄ sowie der BÄO	68
I - 09	Erarbeitung eines eigenen Entwurfs Ärzte-GOÄneu	69
I - 05	GOÄ-Novelle umsetzen nach Abstimmung des Leistungsverzeichnisses und der Bewertungen mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften	70
I - 41	Nachhaltigkeit einer neuen GOÄ	73
I - 14	Zur Reform der GOÄ	74
I - 17	Regelungen zur Bildung von Analogziffern beibehalten	76
I - 11	Sonderhaushalt für externe Beratung beim Projekt Ärzte-GOÄneu	77
I - 10	Ressourcen in der Bundesärztekammer für die Thematik GOÄ	78
I - 49	Eine Datenstelle für die Weiterentwicklung der GOÄ muss transparent sein	79
I - 21	Steigerungsfaktoren in der Ärzte-GOÄneu	81
I - 07	Erarbeitung aktueller Leistungslegenden und -bewertungen in der GOÄneu	82

I - 12	Einbeziehung der Berufsverbände und Fachgesellschaften bei der Entwicklung der Ärzte-GOÄneu	83
I - 06	Geeignetes Anhörungs-, Informations- und Bewertungsverfahren zu den Leistungslegenden und -bewertungen der GOÄ mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften	84
I - 13	Vorlage von statischen und dynamischen Simulationen sowie qualitativen und quantitativen Auswirkungen der Ärzte-GOÄneu	85
I - 20	Verankerung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der GOÄ - jetzt!	86
I - 37	Abschluss- und Provisionskosten der privaten Krankenversicherungen - Schiefelage bei der Mittelverwendung von Beitragsgeldern beseitigen	87
I - 44	Offenlegung von Verbindungen/Mitgliedschaften der Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und Teilnehmer an den GOÄ-Verhandlungen mit privaten Krankenversicherern	88
TOP II	Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur	89
II - 01	Für eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln	90
II - 03	Erstattung von OTC-Arzneimitteln bei älteren multimorbiden Patienten	92
II - 04	Zulassungskriterien in Zulassungsstudien besser gestalten	93
II - 05	Bewährte Arzneimittel müssen weiterhin zur Verfügung gestellt werden	94
II - 06	Ausreichende staatliche Finanzierung der Arzneimittelnutzenbewertung erforderlich	95
TOP III	Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	96
	<i>Novellierung der MWBO</i>	97
III - 02	Antrag auf Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (Impfleistungen)	98
III - 20	Versorgung von Menschen mit Behinderung in die Weiterbildungsordnung aufnehmen	99
III - 21	Prävention als Aufgabe der Gesamtärzteschaft	100
III - 10	Digitale Bibliotheken als Zulassungsvoraussetzung für Weiterbildungsstätten	102
III - 22	Gebietsbezogene geriatrische Kompetenz als wesentlichen Bestandteil medizinischer Versorgung stärken	103
III - 13	Kommunikation gehört zum lebenslangen Lernen	104
III - 04	Antrag auf Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe (Partnerbehandlung)	105
III - 09	Einführung einer Zusatzbezeichnung "Klinische Notfallmedizin"	106
III - 08	Mindestweiterbildungszeiten	107
III - 17	Kompetenzen statt starrer Weiterbildungszeiten - Überprüfung	108
III - 12	Klare Regeln für ergänzende Weiterbildungsmöglichkeiten	109
III - 01	MWBO-Novelle: Version 2 für die Fachgebiete auf WIKI-BÄK	110

<i>Weitere Themen</i>		111
III - 03	Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe (männliches Mammakarzinom)	112
III - 05	Aufstockung der Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung	113
III - 19	Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung	114
III - 11	Anerkennung von Weiterbildungsgängen und -abschnitten im Ausland	115
III - 16	Evaluation der Reformergebnisse der (Muster-)Weiterbildungsordnung	116
TOP IV	Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer	117
<i>Bericht zum Beschluss IX-02 des 118. Deutschen Ärztetages 2015 - Gremienstruktur</i>		118
IV - 99	Erhalt der Akademie für Gebietsärzte und Akademie für Allgemeinmedizin	119
<i>Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie</i>		121
IV - 02	Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie	122
IV - 03	Auswirkungen des Spannungsfeldes zwischen Medizin und Ökonomie auf erfolgsabhängige, vorrangig an ökonomischen Kriterien orientierte Bonuszahlungen bei der Vergütung leitender Krankenhausärzte und nichtleitender, angestellter Ärzte	124
IV - 33	Freiberuflichkeit erhalten - Fremdbestimmung ausschließen - Ökonomisierung der Medizin verhindern	126
IV - 22	Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen	128
IV - 77	Angestellte Ärztinnen und Ärzte im Konflikt zwischen Kommerzialisierung und Medizin	129
IV - 105	Leitende Krankenhausärzte	131
<i>Arbeitsbedingungen/Arbeitsschutz/ärztliche Berufsausübung</i>		132
IV - 20	Arbeiten 4.0 - keine Aufweichung bestehender gesetzlicher und tariflicher Arbeitsschutzstandards	133
IV - 24	Wissenschaftszeitvertragsgesetz	134
IV - 25	Zunehmende Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte	136
IV - 35	Mutterschutz - Einheitliches Schutzniveau gewährleisten	137
IV - 36	Geplante Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie - Bereitschaftsdienst muss Arbeitszeit bleiben	138
IV - 80	Einhaltung der ärztlichen Berufsordnung bei der Gestaltung von Arbeitsverträgen	140
IV - 66	Unterstützung nichtleitender angestellter Ärzte bei berufsordnungsgerechter Gestaltung von Arbeitsverträgen	141
IV - 50	Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation: Eine dauerhafte Aufgabe für die Ärzteschaft und die Gesundheitspolitik	142
<i>Arzneimittel</i>		145

IV - 04	Weniger ist mehr - Patienteninformation zum rationalen Einsatz von Antibiotika	146
IV - 53	Patientensicherheit bei medikamentöser und technischer Therapie stärken	147
<i>Ausbildung</i>		148
IV - 29	Vorklinisches Krankenpflegepraktikum sowohl stationär als auch ambulant ableisten	149
IV - 38	Methodische Kompetenz fördern	150
IV - 51	Einstellung von Lehrmaterialien in das Intranet an Hochschulen nach § 52a UrhG - Pauschalvergütung statt nutzungsbezogener Einzelabrechnung	151
<i>Behindertenrechte</i>		152
IV - 81	Im Referentenentwurf zum Bundesteilhabegesetz Leistungen der Eingliederungshilfe zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit für Menschen mit Behinderung beibehalten	153
IV - 82	Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB)	155
<i>Bundesärztekammer</i>		156
IV - 15	Vorlage eines Organisationskonzeptes für die Bundesärztekammer	157
IV - 47	Vorlage einer Compliance-Regelung für Vorstandsmitglieder der Bundesärztekammer	158
IV - 68	Vermeidung von Interessenkonflikten	159
IV - 73	Wiedereinführung der Ausschüsse "Sucht und Drogen" und "Prävention und Umwelt"	160
IV - 107	Überarbeitung von Satzung und Geschäftsordnung der Bundesärztekammer	161
<i>Deutscher Ärztetag</i>		162
IV - 64	Thema "angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung" als Tagesordnungspunkt auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017	163
IV - 79	Tagesordnung des 120. Deutschen Ärztetages 2017	164
IV - 110	Beantragung eines Tagesordnungspunktes auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017: Konflikt zwischen Medizin, Ethik und Kommerzialisierung als Problem der gesamten Ärzteschaft	165
<i>Entscheidungsassistenz</i>		166
IV - 07	Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin fördern	167
<i>Ethikkommission</i>		169
IV - 11	Nationale Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln - Nachbesserungen im Gesetzgebungsverfahren erforderlich	170
<i>Fortbildung</i>		172

IV - 39	Zertifizierte Fortbildung ist keine Beratertätigkeit für den Sponsor	173
IV - 46	Interessenkonflikte von Organisationen offenlegen	174
IV - 87	Curriculum "Ärztliche Führung"	175
<i>Gesundheitsfachberufe</i>		176
IV - 14	Rahmenvorgaben für das Delegationsmodell Physician Assistant	177
IV - 74	Berufsausübung und Ausbildung des Physician Assistant regeln	179
IV - 95	Neue (akademische) Gesundheitsberufe	180
<i>Indikationsstellung</i>		181
IV - 05	Die medizinische Indikationsstellung ist Kernelement der ärztlichen Tätigkeit und Identität	182
<i>Intersexualität</i>		184
IV - 08	Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung in Deutschland	185
<i>Kindergesundheit</i>		187
IV - 86	Operative Eingriffe an Kindern nur durch Ärzte und nur in Analgesie	188
IV - 89	Chancengerechtigkeit	190
IV - 91	Institutionen für transkulturelle Pädiatrie und globale Kindergesundheit auch in Deutschland schaffen	191
IV - 92	Kinder vor Tabakrauch schützen	194
<i>Klug entscheiden</i>		196
IV - 06	"Klug entscheiden"-Empfehlungen als Instrumente für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung	197
<i>Krankenhaus</i>		199
IV - 43	Arztkittel im Krankenhaus auch weiterhin unverzichtbar	200
IV - 44	Organisationsverantwortliche von Kliniken auch strafrechtlich in die Verantwortung nehmen	201
IV - 72	Ethik steht vor Monetik	202
<i>Normung</i>		203
IV - 13	Ärztliche Tätigkeit ist nicht durch Normung regulierbar	204
<i>Notfallversorgung</i>		206
IV - 34	Sektorenübergreifende Neustrukturierung der Notfallversorgung statt Portalpraxen	207
IV - 59	Neuregelung der Notfallversorgung	209
<i>Palliativversorgung</i>		210
IV - 52	Patienten keinen Wechsel der ärztlichen Bezugsperson in der palliativen Versorgungssituation zumuten	211
IV - 57	Die Bedingungen für Hausärzte und Fachärzte bei der Versorgung von Palliativpatienten müssen verbessert werden	212

<i>Qualitätssicherung/Patientensicherheit</i>		213
IV - 16	Qualitätsindikatoren	214
IV - 17	Resolution des 119. Deutschen Ärztetages zur Qualitätssicherung	215
IV - 12	Weiterentwicklungsbedarf in der Qualitätssicherung nach SGB V	218
IV - 31	Indikationsqualität als Qualitätsdefinition	220
IV - 40	Aus Fehlern lernen - Qualität der Krankenhausversorgung erhöhen	221
IV - 32	Verbindliche Personalschlüssel im Krankenhaus	223
IV - 42	Patientensicherheit durch verbindliche Personalvorgaben auf Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen fördern	224
IV - 45	Risikominimierung im Krankenhaus	226
<i>Reproduktionsdiagnostik/PID/Pränataldiagnostik</i>		227
IV - 67	Keine sozialen Hürden bei der Präimplantationsdiagnostik	228
IV - 83	Keine Pränataldiagnostik ohne kinder- und jugendärztliche Beratung	229
<i>SGB V/GKV</i>		231
IV - 26	Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung des Begriffs der "Halbtagsbeschäftigung" - Einheitliche Definition einer Mitgliedschaft in den Kassenärztlichen Vereinigungen	232
IV - 28	Patientensteuerung als Instrument zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung	233
IV - 56	Gegen budgetbedingte Unterfinanzierung und Einschränkung moderner Medizin - Wahl der Kostenerstattung fördern und stärken	235
IV - 101	Keine zusätzlichen verpflichtenden Fortbildungsanforderungen für die Abrechnung von EBM-Leistungen im Bereich der geriatrischen Versorgung	237
IV - 102	Geriatric als wesentlichen Bestandteil ambulanter medizinischer Versorgung stärken und regressfrei stellen	238
<i>Telematik/Telemedizin/E-Health</i>		240
IV - 09	Keine Abstriche bei der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur	241
IV - 96	Beitragsgelder der gesetzlichen Krankenversicherten in die medizinische Behandlung investieren - Milliardenausgaben für das Projekt Elektronische Gesundheitskarte sind nicht sachgerecht	243
IV - 98	Datenschutz und sichere Identität sind unabdingbare Voraussetzungen für die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen	245
IV - 69	Ersatz der PIN für eGK und eHBA durch sichere biometrische Verfahren	247
IV - 10	Elektronische Patientenakten in der Hand von Ärzten und Patienten	248
IV - 70	Elektronischer Arztbrief im stationären Bereich als Anwendung der Telematikinfrastruktur gesetzlich regeln	249
<i>Weitere Themen</i>		250
IV - 108	Ausstellung "erfasst, verfolgt, vernichtet" - Anerkennung und Genugtuung	251

IV - 23	Mit Magnus-Hirschfeld-Sonderbriefmarke ein weitreichendes Zeichen setzen	254
IV - 30	Vergütung der ärztlichen Leichenschau	255
IV - 49	Expertenmeinung: Anforderungen und Bedeutung für die Behandlungs- und Fortbildungsqualität definieren	256
IV - 54	Geplantes Prostituiertenschutzgesetz: Niedrigschwellige Beratungsangebote statt Anmelde- und Beratungspflicht	257
IV - 58	Dolmetscherleistungen vom Leistungsanspruch erfassen	259
IV - 90	Zulassung von Glyphosat widerrufen	260
IV - 94	Frauengesundheitsbericht	261
IV - 97	Risiken zentraler Vernetzung im Gesundheitswesen	262
IV - 103	Arzt spezifische Entgeltbedingungen im öffentlichen Gesundheitsdienst	263
IV - 106	Approbationsbehörden müssen Fehlverhalten von Ärztinnen und Ärzten konsequenter überprüfen; der Gesetzgeber muss die Rechtsgrundlage dafür verbessern	265
IV - 109	Erhöhung der Vergütung für ärztliche Gutachter gemäß Justizentschädigungsvergütungsgesetz	268
TOP V	Wahlen	269
V - 03	Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer	270
V - 04	Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin	271
V - 05	Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte	272
TOP VI	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 – 30.06.2015)	273
VI - 01	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)	274
TOP VII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 – 30.06.2015)	275
VII - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)	276
TOP VIII	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)	277
VIII - 01	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 - 30.06.2017)	278
TOP IX	Wahl des Tagungsortes für den 121. Deutschen Ärztetag 2018	279
IX - 01	Austragungsort 121. Deutscher Ärztetag 2018	280



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

TOP I

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung

Novellierung Psychotherapeutengesetz/Direktausbildung

psychologische Psychotherapeuten

Krankenhausplanung: Investitionsstau der Krankenhäuser, PEPP

Masterplan Medizinstudium 2020

Schweigepflicht (Germanwings-Absturz)

TTIP/CETA

Weiteres

GOÄneu



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Medizinische Versorgung von morgen - Balance zwischen Wertschöpfung und Wertschätzung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Oliver Funken, Marion Charlotte Renneberg, Jens Wagenknecht, Dr. Wolfgang Krombholz und Dr. Christoph GraÙl (Drucksache I - 01b) und Dr. Ulrich M. Clever, Erik Bodendieck, Dr. Andreas Crusius, Dr. Ullrich Mohr, Martin Holzapfel und Dr. Christoph Freiherr Schoultz von Ascheraden (Drucksache I - 01d) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber hat in der Bundesärzteordnung festgelegt: "Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf." Seine medizinisch-fachliche Weisungsfreiheit und seine im ärztlichen Berufsethos sowie im ärztlichen Berufsrecht verankerte Verpflichtung zur Übernahme persönlicher Verantwortung für das Wohl der Patienten stellen den wirksamsten Patientenschutz dar. Dies ist ein Grundrecht des Patienten. Überregulierung, ein über Jahre forcierter Preiswettbewerb und die damit einhergehende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens stellen dieses Selbstverständnis ärztlicher Berufsausübung jedoch zunehmend in Frage. Dabei müssen medizinische Orientierung und ökonomisches Verantwortungsbewusstsein keinen Gegensatz darstellen. Voraussetzung aber ist, dass Gewinnmaximierung niemals Vorrang haben darf vor ärztlich wohl begründeten Entscheidungen. Wertschöpfung in unserem Gesundheitswesen muss immer einhergehen mit der Wertschätzung von Patienten und Ärzten.

Länder müssen Investitionsverpflichtungen für Krankenhäuser nachkommen

In einer älter werdenden Gesellschaft mit wachsender Multimorbidität und angesichts der Fortschritte der medizinischen Versorgung wird der Finanzierungsbedarf der Krankenhäuser weiter steigen. Trotzdem kommen die Bundesländer ihren Investitionsverpflichtungen seit Jahren nicht nach. Das zwingt die Kliniken dazu, erhebliche Finanzmittel, die eigentlich für die Patientenversorgung bestimmt sind, stattdessen für dringend notwendige Investitionen zu verwenden. Seit dem Jahr 1991 sind die Investitionsmittel der Länder um rund 30 Prozent gesunken. Das daraus entstandene Defizit beläuft sich bundesweit mittlerweile auf mehr als 30 Milliarden Euro. Dies geht zu Lasten der Patienten. Die Mitarbeiter in den Kliniken müssen dann die fehlenden Finanzmittel durch weitere Arbeitsverdichtung und schlechtere Arbeitsbedingungen kompensieren.



Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert daher klare und einklagbare Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen. Notwendig ist eine gemeinsame Finanzierung von Bund und Ländern über zusätzlich mindestens drei Milliarden Euro pro Jahr. Insbesondere im Hinblick auf die Patientensicherheit ist darüber hinaus eine deutlich verbesserte Berücksichtigung der notwendigen Personalausstattung, Personalentwicklung und Personalfinanzierung notwendig.

Tarifeinheitsgesetz aufheben

In kaum einem Land wird so wenig gestreikt wie in Deutschland. Pro 1.000 Beschäftigte fallen bei uns streikbedingt jährlich nur etwa 16 Arbeitstage aus. In Großbritannien gab es zuletzt 26 Streiktage, in Dänemark 106 und in Frankreich sogar 150.

In Anbetracht dieser Zahlen gibt es keinen Grund, berufsspezifische Gewerkschaften per Gesetz an der Ausübung einer eigenständigen Tarifpolitik zu hindern. Der 119. Deutsche Ärztetag kritisiert das Tarifeinheitsgesetz als undemokratisch und verfassungswidrig und fordert den Gesetzgeber auf, dieses Gesetz aufzuheben.

Das Tarifeinheitsgesetz gefährdet auch die Patientenversorgung, weil es Ärzten die Möglichkeit nimmt, für angemessene Rahmenbedingungen ihrer ärztlichen Tätigkeit zu streiten.

Masterplan Medizinstudium 2020 jetzt angehen

Obwohl sich der Ärztemangel in Deutschland immer weiter verschärft, müssen sich immer mehr Bewerber um immer weniger Studienplätze in der Humanmedizin bemühen. Allein in den alten Bundesländern gab es 1990 noch 12.000 Plätze. Heute sind es 10.000 im gesamten Bundesgebiet – und das trotz acht zusätzlicher Fakultäten in den neuen Bundesländern.

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesländer dazu auf, mindestens 1.000 weitere Studienplätze in der Humanmedizin zu schaffen. Der Ausbau der Kapazitäten an den medizinischen Fakultäten muss von einer Aufstockung der Lehrmittel für die Fakultäten flankiert werden, damit die Qualität der Ausbildung nicht unter der quantitativen Steigerung leidet. Zudem müssen bei der Auswahl der Studierenden neben der Abiturnote Kriterien wie psychosoziale Kompetenzen, soziales Engagement oder einschlägige Berufserfahrung stärker berücksichtigt werden. Um den Ärztemangel im hausärztlichen Bereich zu mildern, müssen Medizinstudierende während ihres Studiums das Gebiet der Allgemeinmedizin kennenlernen. Daher müssen an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet werden.



Ärztliche Verantwortung für ärztliches Handeln - Delegation statt Substitution

Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Dennoch kann der Arzt Leistungen in Teilen auch an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Der 119. Deutsche Ärztetag lehnt die Substitution ärztlicher Tätigkeit, insbesondere für Indikationsstellung, Diagnostik und Therapie, strikt ab. Sie schadet gleichermaßen der Patientensicherheit sowie der Versorgungsqualität und schafft Rechtsunsicherheit für Ärzte, nichtärztliche Fachberufe und Patienten.

Ärztliche Kompetenz in der Psychotherapie unverzichtbar

Bei der Gestaltung einer Direktausbildung von psychologischen Psychotherapeuten, muss die verfasste Ärzteschaft beteiligt werden. Die Direktausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten darf die Qualifizierung ärztlicher Psychotherapeuten nicht gefährden, denn nur ärztliche Psychotherapeuten können die ganzheitliche Sicht auf die körperliche und seelische Gesundheit sicherstellen. Körperliche und psychische Behandlung dürfen nicht getrennt werden. Die Einheit von körperlicher und seelischer Gesundheit ist unauflösbar. Die komplexe Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen muss daher auch zukünftig die psychischen wie die somatischen Aspekte von Erkrankungen umfassen. Die geplante Neuordnung des Bildungsweges für psychologische Psychotherapeuten muss eine qualitativ hochwertige Ausbildung gewährleisten. Dabei müssen Terminologien gefunden werden, die unmissverständlich sind. Es soll nicht der Begriff "Psychotherapeut", sondern der treffendere Begriff "Psychologischer Psychotherapeut" eingeführt werden.

Durch einen neuen Studiengang darf es nicht zur Ausgrenzung anderer Qualifizierungsformen, insbesondere der ärztlichen Psychotherapeuten kommen. Ebenso darf er nicht die Qualität und Sicherheit der psychotherapeutischen Behandlung gefährden.

Für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung von anerkannten Flüchtlingen und Asylbewerbern

Rund eine Million Flüchtlinge sind im vergangenen Jahr nach Deutschland gekommen. Die medizinische Versorgung der hier Schutzsuchenden stellte die Behörden vor enorme Herausforderungen, die nur durch das ehrenamtliche Engagement vieler Tausend Ärztinnen und Ärzte sowie anderer Helfer bewältigt werden konnten. Der 119. Deutsche Ärztetag fordert Bund, Länder und Kommunen zu grundsätzlichen Nachbesserungen bei der gesundheitlichen Erstversorgung sowie bei der medizinischen Regelversorgung von Flüchtlingen auf. Notwendig ist eine deutlich bessere Personalausstattung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, damit dieser seinen Aufgaben unter anderem bei der gesundheitlichen Versorgung sowie bei der Gesundheitsprävention von Flüchtlingen nachkommen kann. Darüber hinaus muss ein möglichst barrierefreier Zugang für Flüchtlinge zu den Einrichtungen der ambulanten und stationären Regelversorgung sichergestellt werden. Der



119. Deutsche Ärztetag fordert deshalb die bundesweite Einführung einer Gesundheitskarte für alle Flüchtlinge. Im Asylbewerberleistungsgesetz sollten die Einschränkungen, nach denen bei Flüchtlingen nur akute Erkrankungen, nicht aber chronische Beschwerden behandelt werden dürfen, aufgehoben werden.

Gesundheit aus TTIP-Verhandlungen heraushalten

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert von der Europäischen Kommission verbindliche Zusagen, dass Gesundheitsdienstleistungen, -standards und -leitlinien aus den Verhandlungen für ein Transatlantisches Freihandelsabkommen herausgehalten werden.

Internationale Abkommen dürfen weder die Kompetenz der Mitgliedstaaten infrage stellen, ihre Gesundheitssysteme zu gestalten, noch dürfen sie deren Strukturprinzipien aufheben. Die bewährten Standards der Berufsausübung, der Ausbildung zum Arzt oder des in Deutschland weitreichenden Verbraucher- und Patientenschutzes dürfen nicht als vermeintliche Handelshemmnisse zugunsten von Industrieinteressen geopfert werden.

Für einen verantwortungsvollen Umgang mit digitalen Daten

Zahlreiche Plattformen bieten mittlerweile ein enormes Angebot an Smartphone-Apps im Bereich Lifestyle und Medizin an. Viele dieser Anwendungen können bei Prävention, Diagnostik und Therapie nützlich sein. Sie bergen aber auch Risiken im Hinblick auf die Zuverlässigkeit und die Sicherheit der Daten. Der 119. Deutsche Ärztetag fordert daher die Anbieter von Gesundheits-Apps auf, Nutzer in verständlicher Sprache über die Funktionen der App aufzuklären. Die Transparenz bei der Datenverarbeitung und die Kontrolle der Nutzer über ihre eigenen Daten müssen gewährleistet sein. Dies gilt insbesondere auch für Gesundheits-Apps, die von Privaten Krankenversicherungsunternehmen oder gesetzlichen Krankenkassen für Kunden bzw. Mitglieder angeboten werden. Es muss sichergestellt werden, dass Daten aus Gesundheits-Apps nicht zur individuellen Risikoadjustierung privater Krankenversicherungstarife eingesetzt werden. Ebenso muss Bestrebungen von gesetzlichen Krankenkassen entgegengetreten werden, Daten aus Gesundheits-Apps und Fitness-Trackern in der geplanten elektronischen Patientenakte zu sammeln und diese von den Krankenkassen verwalten zu lassen. Patientenakten dienen der ärztlichen Versorgung und gehören nicht in die Hände der Krankenkassen!

Für eine Beibehaltung der Dualität von GKV und PKV

Das duale Versicherungssystem mit den beiden Säulen Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) sichert die große Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Diese Leistungsfähigkeit darf nicht durch die Einführung eines staatlich erzwungenen Einheitssystems gefährdet werden. Die Bürgerversicherung löst kein einziges Problem des deutschen Gesundheitssystems, sondern schafft nur neue. Sie verhindert Wettbewerb und gefährdet die Therapiefreiheit des Arztes sowie die Wahlfreiheit der Bürger. Dagegen sorgt der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV für



ein hohes Leistungsniveau auch in der gesetzlichen Krankenversicherung. Beide Systeme sind zu stärken und dort, wo es notwendig ist, an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen. Diesem Ziel dient auch eine neue, rechtssichere und an die moderne wissenschaftliche Entwicklung angepasste Gebührenordnung für Ärzte.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung

- I - 02 Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen
- I - 25 Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten
- I - 32 Asylpaket II schränkt Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit für Asylsuchende ein
- I - 39 Posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen
- I - 53 Dolmetscher
- I - 31 Einsatz von qualifizierten Dolmetschern bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern
- I - 22 Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge
- I - 55 Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlingskinder
- I - 56 Familiennachzug für unbegleitete Minderjährige ermöglichen
- I - 38 Ausnutzung des Ehrenamts
- I - 30 Asylpaket II: Qualifizierte Gutachter unbedingt erforderlich
- I - 40 Menschen ohne Papiere
- I - 42 UN-Mandat zum Schutz von humanitären Einrichtungen und Personal gemäß der Genfer Konvention
- I - 57 Ächtung der Behandlung von Gesundheitseinrichtungen als militärische Ziele in bewaffneten Konflikten



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Rudolf Henke (Drucksache I - 02a) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die Koordination und subsidiäre Versorgung von Flüchtlingen wird für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) auch zukünftig eine große zusätzliche Herausforderung darstellen.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Länder und Kommunen auf, die finanzielle und personelle Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stärken.

Begründung:

Neben der Entwicklung und regelmäßigen Anpassung von Konzepten zur medizinischen Versorgung der Flüchtlinge stellen die Organisation und Durchführung von Versorgung und Impfungen eine große Herausforderung dar.

Diese Aufgaben müssen zusätzlich zu den Kernaufgaben des ÖGD, wie z. B. Infektionsschutz und Einschulungs- oder Schulentlassungsuntersuchungen, geleistet werden. Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge verläuft im föderalen System regional sehr unterschiedlich. Trotz des herausragenden Engagements vieler Ärztinnen und Ärzte bestehen vor Ort häufig Schwierigkeiten.

Eine adäquate ärztliche Personalausstattung in den Gesundheitsämtern, die Aufwertung des ÖGD in der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie eine angemessene Bezahlung der im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte sind dringend erforderlich.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich und Dr. Peter Scholze (Drucksache I - 25) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 stellt fest, dass im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten noch immer massive Defizite bestehen. Mit der Verabschiedung des Asylpakets II wurden gesetzliche Veränderungen geschaffen, die es schutzbedürftigen Geflüchteten, insbesondere denjenigen, die Opfer von Folter, Vergewaltigung und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen sind, massiv erschweren, ihr Asylbegehren einzubringen und ihren Rechtsanspruch auf professionelle Hilfe einzulösen. Aus diesem Grunde fordert der 119. Deutsche Ärztetag:

1. Opfer von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen müssen aus dem beschleunigten Asylverfahren herausgenommen werden. Es bedarf einer qualifizierten Prüfung von Hinweisen auf das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit nach geltenden fachlichen Standards.
2. Die medikamentöse Therapie einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist in den meisten Fällen nicht ausreichend. Wesentlich für die Behandlung ist die Herstellung von äußerer Sicherheit, d. h. Schutz vor den Umständen der traumatisierenden Ereignisse. Schwere psychische und auch somatische Erkrankungen müssen als Schutzgrund weiterhin anerkannt bleiben.
3. Der Aufbau von regionalen ÄrztInnen-Netzwerken, unterstützt von den Landesärztekammern, zur Erstellung von Attesten bzw. Gutachten für Geflüchtete, die gemäß § 60a Aufenthaltsgesetz (AufenthG) wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht abgeschoben werden können, wird gefordert. Dazu gehört auch die Vernetzung und Zusammenarbeit mit medizinischen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ärztliche und psychologische Atteste müssen - außer bei begründetem Zweifel im Einzelfall - auch in Zukunft anerkannt werden.
4. Für die Behandlung schwerer Erkrankungen liegt eine "ausreichende medizinische Versorgung" noch nicht vor (§ 60 Abs. 7 AufenthG), wenn eine Therapiemöglichkeit im Zielstaat der Abschiebung existiert. Von den Betroffenen darf nicht gefordert werden, sich an Orte mit Therapieangeboten zu begeben - ungeachtet finanzieller, struktureller oder anderer Hürden.
5. Versorgungslücken können und dürfen langfristig nicht durch ehrenamtliches Engagement geschlossen werden. Es bedarf professioneller Strukturen und



bedarfsgerechter Ressourcen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge.

6. Allen Geflüchteten - unabhängig vom Aufenthaltsstatus - ist bundesweit und zeitnah eine vollwertige Krankenversichertenkarte auszuhändigen.
7. Dolmetscherkosten müssen als notwendiger Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt werden. Die Finanzierung muss in das SGB V aufgenommen werden.
8. Zunehmend entziehen sich Geflüchtete dem offiziellen Versorgungswesen. Diese Tendenz wird sich durch Ablehnung von Asylanträgen weiter verstärken. Die medizinische Versorgung dieser Menschen muss ohne das Risiko einer Meldung an die Ausländerbehörde möglich gemacht werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Asylpaket II schränkt Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit für Asylsuchende ein

EntschlieÙung

Auf Antrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache I - 32) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung auf, wesentliche Teile des am 17.03.2016 in Kraft getretenen Asylpakets II nachzubessern, um allen Asylsuchenden das ihnen zustehende Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit in vollem Umfang zu gewähren.

Begründung:

Im Asylpaket II ist die Einführung beschleunigter Asylverfahren entsprechend § 30a Asylgesetz (AsylG) vorgesehen. Dies gilt für bestimmte Personengruppen: Asylsuchende aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten, Menschen, die Identitäts- oder Reisedokumente mutwillig beseitigt haben oder die Umstände offensichtlich diese Annahme rechtfertigen, Folgeantragsteller u. a. m.

Die beschleunigten Asylverfahren werden in "besonderen Aufnahmeeinrichtungen" durchgeführt. Die Betroffenen werden dort getrennt von anderen Asylsuchenden und unter strenger Auflage der Residenzpflicht untergebracht. Innerhalb einer Woche entscheidet das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) über den Asylantrag. Wird dieser abgelehnt, bleibt den Betroffenen nur eine Woche Zeit, dagegen zu klagen und alle Unterlagen beizubringen, die ein mögliches Abschiebungshindernis beweisen.

Es ist unrealistisch, unter derartigem Zeitdruck in einem fremden Land, ohne Kenntnis der Sprache und Gesetze und ohne sorgfältige Verfahrensberatung anwaltliche und/oder ärztliche Hilfe für eine qualifizierte Beratung, Untersuchung und Begutachtung zu finden. Schon wegen fehlender personeller Ressourcen ist dieser Zeitrahmen unrealistisch. Akute oder chronische Erkrankungen somatischer oder psychischer Art lassen sich in solch kurzer Frist verantwortungsbewusst weder sicher diagnostizieren noch ausschließen.

Diese Schnellverfahren sollen auch für besonders schutzbedürftige Asylsuchende gelten. Die Ärzteschaft fordert, generell alle besonders Schutzbedürftigen von den



Schnellverfahren auszunehmen. Das würde auch der Intention der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU und der Asylverfahrensrichtlinie 2013/32/EU entsprechen, in denen gefordert wird, die Bedürfnisse besonders schutzbedürftiger Personen zu berücksichtigen. Dies umfasst die erforderliche medizinische Versorgung, aber auch die Gewährung sonstiger Hilfen, sowohl bei der Unterbringung als auch im Verfahren.

Eine weitere schwerwiegende Änderung durch das Asylopaket II erfolgt durch § 60 Abs. 7 Aufenthaltsgesetz (AufenthG). Als Abschiebungshindernis gelten nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Die medizinische Versorgung muss im Zielland nicht gleichwertig mit der in der Bundesrepublik sein. Es ist ausreichend, wenn eine Behandlung nur in einem Teil des Zielstaates gewährleistet ist. Diese gesetzliche Wertung widerspricht nach Auffassung der Ärzteschaft dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG). Soll letzteres garantiert werden, muss die Zugangsmöglichkeit zu einer medizinischen Versorgung für Asylsuchende in jedem einzelnen zu prüfenden Fall gegeben sein.

Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) schwer zu stellen sind, und hat angenommen, dass diese Diagnosen auch vorgetäuscht werden könnten. Eine PTBS, die nicht ausdrücklich als lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung erkannt und qualifiziert wird, kann daher künftig nicht mehr als Abschiebungshindernis anerkannt werden.

Dies wird den von einer PTBS betroffenen Asylsuchenden nicht gerecht. Eine PTBS oder eine andere psychische Erkrankung kann bei einer drohenden Abschiebung bis zum Suizid führen. Das Potenzial dieser Erkrankungen kann allerdings in der Kürze eines beschleunigten Asylverfahrens kaum ausreichend erkannt werden. Es ist aus ärztlicher Sicht nicht hinnehmbar, dass für die Diagnostik von Erkrankungen und die Feststellung ihrer gesundheitlichen Auswirkungen im Asylverfahren nicht mehr der medizinische Standard gelten soll. Das bedeutet, dass gesetzliche Bestimmungen ohne kompetente Einzelfallprüfung über Gesundheit und sogar Leben von Asylsuchenden entscheiden können.

Für Diagnose und Therapie schutzbedürftiger Asylsuchender, besonders für solche mit psychischen Erkrankungen und PTBS, besteht weiterhin dringender Diskussions- und Handlungsbedarf. Es fehlen ausreichend erfahrene Ärzte, Psychotherapeuten und Psychologen sowie medizinisch qualifizierte Dolmetscher. Die interkulturelle Sensibilität muss auf allen Ebenen der mit Asylsuchenden befassten Personengruppen gefördert werden.

Flüchtlinge, die durch Krieg, Folter, Verfolgung oder Flucht traumatisiert sind, müssen generell im Asylverfahren mit besonderer Sorgfalt behandelt werden. Es steht zu befürchten, dass aufgrund der neuen Bewertung nach § 60 AufenthG die Diagnose PTBS abgewertet und in Frage gestellt wird, mit allen daraus folgenden gesundheitlichen



Konsequenzen für die Asylsuchenden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache I - 39) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 stellt fest, dass im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten noch immer große Defizite bestehen. Mit der Verabschiedung des Asylpakets II wurden gesetzliche Veränderungen geschaffen, die es schutzbedürftigen Geflüchteten, insbesondere denjenigen, die Opfer von Folter, Vergewaltigung und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen sind, erheblich erschweren, ihr Asylbegehren einzubringen und ihren Rechtsanspruch auf professionelle Hilfe einzulösen.

Aus diesem Grund fordert der 119. Deutsche Ärztetag:

Die medikamentöse Therapie einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist in den meisten Fällen weder immer angemessen noch ausreichend. Wesentlicher für die Behandlung ist die Herstellung von äußerer Sicherheit, d. h. Schutz vor den Umständen der traumatisierenden Ereignisse. Schwere psychische und auch somatische Erkrankungen müssen als Schutzgrund für die Anerkennung als Asylant weiterhin anerkannt bleiben.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Dolmetscher

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache I - 53) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 stellt fest, dass im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten noch immer große Defizite bestehen. Insbesondere die sprachliche Verständigung ist eine essenzielle Grundlage, um Diagnosen zu stellen und die Patienten überhaupt behandeln zu können.

Aus diesem Grunde fordert der 119. Deutsche Ärztetag:
Dolmetscherkosten müssen als notwendiger Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt werden. Die Finanzierung muss in das SGB V aufgenommen werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Einsatz von qualifizierten Dolmetschern bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Julian Veelken und Katharina Thiede (Drucksache I - 31) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich dafür einzusetzen, dass die zuständigen Behörden ausreichend fachlich und interkulturell qualifizierte Dolmetscher für eine adäquate gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen zur Verfügung stellen.

Außerdem müssen die gesetzlichen Voraussetzungen zur Übernahme der dabei entstehenden Kosten geschaffen werden.

Begründung:

In Deutschland haben ca. 20 Prozent der Menschen einen Migrationshintergrund. Ein großer Teil von ihnen, der sich durch den Flüchtlingsstrom im letzten Jahr wesentlich vergrößert hat, verfügt über keine ausreichenden Deutschkenntnisse. Eine medizinische Behandlung und Aufklärung bei körperlichen Erkrankungen, insbesondere bei lebensbedrohlichen Zuständen, vor Operationen und Eingriffen, verlangt eine korrekte sprachliche Verständigung zwischen Arzt und Patient. Noch entscheidender ist dies in der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen, die bei Flüchtlingen mit ihren traumatisierenden Erfahrungen häufig sind. In vielen Fällen ist hier eine ausreichende Verständigung ohne Sprachmittler nicht möglich, d. h. der Dolmetscher sichert die Ergebnisse der Diagnostik und Therapie sowohl für den Arzt als auch für den Patienten ab. Es ist deshalb erforderlich, dass der Einsatz von qualifizierten Dolmetschern unkompliziert möglich ist und die Kosten von den entsprechenden Sozialämtern und Krankenkassen erstattet werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dipl.-Med. Bernd Helmecke, Dr. Wolf von Römer und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache I - 22) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Flüchtlinge die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die ärztliche Vergütung bleibt wie bisher extrabudgetär, wobei die Krankenkassen die entstehenden Kosten mit den zuständigen Sozialhilfeträgern entsprechend verrechnen. Darüber hinaus muss der zusätzliche Aufwand für einen stark traumatisierten und mit erheblichen Sprachproblemen behafteten Patientenkreis besser abgebildet werden.

Begründung:

Ausgehend von einer vom Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI) und von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) initiierten Umfrage bei den Fachärzten für Innere Medizin in Deutschland hat sich herausgestellt, dass

- grundsätzlich keine entscheidenden Differenzen in der Morbidität der Flüchtlinge und der deutschen Bevölkerung bestehen,
- die Diagnostik und Therapie aber durch die Traumatisierung der Flüchtlinge aufgrund ihrer Historie und vor allem durch erhebliche sprachliche Barrieren erschwert werden.

Dies macht einen erhöhten ärztlichen Aufwand sowohl in den Praxen als auch im Krankenhaus erforderlich, der bei der Abrechnung der Leistungen berücksichtigt werden muss.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlingskinder

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Heidrun Gitter, Olaf BÜchter, Detlef Schmitz, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Joachim Suder, Agnes Trasselli, Dr. Peter Scholze und Dr. Roland FreÙle (Drucksache I - 55) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Gesundheitskarte gemäß Kinderrechtskonvention für Kinder und Jugendliche verbindlich und flächendeckend eingeführt wird, um bürokratische Hindernisse schnellstmöglich zu beseitigen.

Begründung:

Das Asylbeschleunigungsgesetz hat die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass die Bundesländer mit den Krankenkassen die Einführung einer Krankenkassenkarte freiwillig vereinbaren können.

Es zeigt sich aber, dass die Einführung der Gesundheitskarte sehr unterschiedlich weit vorangeschritten ist, wie auch ein aktueller Bericht im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung belegt. Die meisten Bundesländer haben die Gesundheitskarte bislang nicht eingeführt oder werden diese aus politischen Gründen auch nicht einführen.

Bislang macht es daher einen großen Unterschied, in welchem Bundesland geflüchtete Menschen unterkommen. Anträge zur Gewährung von Hilfsmitteln und Therapien für chronisch kranke, behinderte und seelisch erkrankte geflüchtete Menschen dauern in manchen Bundesländern viele Monate bis hin zu zwei Jahren.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Familiennachzug für unbegleitete Minderjährige ermöglichen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Gisbert Voigt, Agnes Trasselli, Dr. Heidrun Gitter, Olaf BÜchter, Dr. Roland FreÙle, Detlef Schmitz, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Joachim Suder und Dr. Peter Scholze (Drucksache I - 56) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung auf,

- die Einschränkungen des Familiennachzugs für Flüchtlingskinder wieder rückgängig zu machen und eine Familienzusammenführung zu ermöglichen,
- geflüchtete Frauen und Flüchtlingskinder vor Gewalt und vor sexuellen Übergriffen wirksam zu schützen.

Begründung:

Das Recht auf Familiennachzug wurde durch das sogenannte Asylpaket II für alle Flüchtlinge mit eingeschränktem Schutz für zwei Jahre ausgesetzt. Das soll auch für hier lebende Minderjährige gelten, deren Eltern dann nicht zu ihnen kommen können.

Damit verstößt das Asylpaket II auch gegen das Grundgesetz, das Ehe und Familie unter einen besonderen Schutz stellt. Zahlreiche Kinderschutzorganisationen haben daher den Bundespräsidenten dazu aufgerufen, dieses Gesetz nicht zu unterzeichnen.

Durch diese Gesetzesentscheidung werden sich Frauen und Kinder, besonders aus Syrien, nun erst recht gezwungen sehen, sich auf den oft lebensgefährlichen Weg nach Europa zu begeben. Dies gilt es zu verhindern.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ausnutzung des Ehrenamts

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache I - 38) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 stellt fest, dass die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mittel- und langfristig nicht auf ehrenamtlicher Basis erfolgen kann, sondern eine Aufgabe ist, die die Gemeinschaft bzw. staatlichen Institutionen übernehmen müssen.

Aus diesem Grunde fordert der 119. Deutsche Ärztetag:
Staatliche Stellen müssen zeitnah professionelle Strukturen schaffen und bedarfsgerechte Ressourcen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge zur Verfügung stellen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Asylpaket II: Qualifizierte Gutachter unbedingt erforderlich

EntschlieÙung

Auf Antrag von Julian Veelken und Katharina Thiede (Drucksache I - 30) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, dafür Sorge zu tragen, dass insbesondere im Rahmen beschleunigter Asylverfahren nach § 30a Asylgesetz (AsylG) für ärztliche Untersuchungen und Begutachtungen nur besonders qualifizierte Gutachter zum Einsatz kommen.

Diese Gutachter sollen möglichst nach dem Curriculum der Bundesärztekammer "Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM)" und unter Berücksichtigung des Istanbul-Protokolls fortgebildet und zertifiziert sein.

Begründung:

Das Asylpaket II verursacht schwerwiegende Einschränkungen für die gesundheitliche Situation von potenziell Schutzbedürftigen (i. e. in der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU Menschen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben).

Gemäß § 60 Abs. 7 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) gelten jetzt nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, als Abschiebungshindernis.

Eine lebensbedrohliche oder schwerwiegende posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), wenn sie nicht ausdrücklich als solche erkannt und qualifiziert wird, kann daher künftig nicht als Abschiebungshindernis wirken.

Gemäß § 60a Abs. 2c AufenthG wird allerdings gesetzlich vermutet, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen (Gesundheitsvermutung).

Eine Erkrankung, die "die Abschiebung beeinträchtigen kann", muss im behördlichen Verfahren "unverzüglich" "durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft gemacht werden" (vgl. auch § 60a Abs. 2d AufenthG). Asylsuchenden bleibt nur eine



Woche Zeit, um gegen die Ablehnung des Asylantrags Rechtsmittel einzulegen.

In den hierdurch dramatisch beschleunigten Verfahren werden hohe menschliche und fachliche Anforderungen an die den Gesundheitszustand begutachtenden Ärztinnen und Ärzte gestellt. Die UN-Menschenrechtskommission und die Generalversammlung der Vereinten Nationen haben im Jahr 2000 im Istanbul-Protokoll Standards für eine wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe verabschiedet, die auch Grundlage ärztlicher Untersuchung und Begutachtung im beschleunigten Asylverfahren sein müssen.

Nur besonders geschulte Ärztinnen und Ärzte können es bewältigen, diese Anforderungen sowie diejenigen des Bundesverwaltungsgerichts an die Beurteilung der posttraumatischen Belastungsstörung im Asylverfahren (Az: 10 C 8.07) in der kurzen ihnen für die Begutachtung zur Verfügung stehenden Zeit umzusetzen, wenn dies denn überhaupt möglich ist.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Menschen ohne Papiere

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache I - 40) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 stellt fest, dass im Bereich der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten noch immer große Defizite bestehen. Zunehmend entziehen sich Geflüchtete und abgelehnte Asylbewerber dem offiziellen Versorgungswesen. Diese Tendenz wird sich noch weiter verstärken.

Aus diesem Grunde fordert der 119. Deutsche Ärztetag:
Die medizinische Versorgung der Menschen ohne Papiere muss ohne das Risiko einer Meldung an die Ausländerbehörde möglich gemacht werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: UN-Mandat zum Schutz von humanitären Einrichtungen und Personal gemäß der Genfer Konvention

EntschlieÙung

Auf Antrag von PD Dr. Andreas Scholz, Anne Kandler, BMedSci Frank Seibert-Alves, Dr. Silke Engelbrecht, Dr. Bernhard Winter und Prof. Dr. Dr. Christof Hofele (Drucksache I - 42) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert sowohl die Bundesregierung wie den Weltärztebund (WMA) auf, Regelungen bei der UN zu erwirken, mit denen humanitäre Einrichtungen und deren Personal besonders geschützt werden.

Aufgrund der Entwicklung in den letzten Jahren muss auf UN-Mandate für diese Einrichtungen gedrungen werden, um überhaupt einen gewissen Schutz für Personal und Einrichtungen zu bewirken.

Begründung:

Der 119. Deutsche Ärztetag sieht mit größter Bestürzung, dass in Kampfhandlungen immer öfter humanitäre Einrichtungen wie Krankenhäuser, Sanitätseinrichtungen und Praxen sowie im Besonderen das medizinische Personal direkt oder indirekt angegriffen werden, was letztendlich zu weiteren Flüchtlingsströmen führt. Diese massiven Verstöße gegen die Genfer Konvention für bewaffnete Konflikte, die als "Minikonvention" im Artikel 3 eigentlich einen Minimalkonsens an humanitärer Verpflichtung vorsieht - den immerhin 196 Staaten unterschrieben haben -, stellen eine aus ethischer und ärztlicher Sicht nicht akzeptable Entwicklung dar.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ächtung der Behandlung von Gesundheitseinrichtungen als militärische Ziele
in bewaffneten Konflikten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Julian Veelken, Katharina Thiede, Dr. Ellis E. Huber und Dr. Herbert Menzel (Drucksache I - 57) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Im letzten Jahr sind zahlreiche Gesundheitseinrichtungen - besonders auch der ärztlichen Hilfsorganisation Médecins Sans Frontières (MSF) - in den Kriegsgebieten des Nahen und Mittleren Ostens gezielt durch verschiedene Kriegsparteien zerstört worden. Zahlreiche Patienten, Ärzte und eine große Zahl nichtärztlicher Helfer sind hierbei ums Leben gekommen.

Besonders verstörend ist, dass dies in Syrien und Afghanistan auch durch Kriegsparteien geschah, die sich offiziell ausdrücklich zum Völkerrecht bekennen.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert alle zuständigen Institutionen auf, solche Ereignisse mit der nötigen Ernsthaftigkeit aufzuklären und ermittelte Verantwortliche ohne Ansehen der Person zur Rechenschaft zu ziehen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Novellierung Psychotherapeutengesetz/Direktausbildung psychologische Psychotherapeuten

- I - 04 Novellierung des Psychotherapeutengesetzes - Qualität des Bildungswegs zum "Psychologischen Psychotherapeuten" muss gesichert sein
- I - 24 Ablehnung der Einführung des approbierten Heilberufs "Psychotherapeut"
- I - 26 Erhalt und Schärfung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die ärztliche Psychotherapie in Forschung, Lehre und Patientenbehandlung



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Novellierung des Psychotherapeutengesetzes - Qualität des Bildungswegs zum "Psychologischen Psychotherapeuten" muss gesichert sein

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 04) unter Berücksichtigung des Antrags von BMedSci Frank Seibert-Alves und Dr. Silke Engelbrecht (Drucksache I - 04a) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) plant noch in diesem Jahr eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Damit einhergehend soll ein Studiengang konzipiert und eingeführt werden, der direkt zur Approbation als "Psychotherapeut" führen soll. Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert, dass bei der geplanten Neuordnung des Bildungsweges für psychologische Psychotherapeuten an unmissverständlichen Terminologien festgehalten wird. Es darf daher nicht der Begriff "Psychotherapeut" eingeführt werden, sondern die zutreffende Bezeichnung "Psychologischer Psychotherapeut" muss erhalten bleiben.

Durch den neuen Studiengang darf es nicht zur Ausgrenzung anderer Qualifizierungsformen, insbesondere der ärztlichen Psychotherapeuten kommen, ebenso wenig darf er die Qualität und Sicherheit der psychotherapeutischen Behandlung gefährden. Die doppelt qualifizierten ärztlichen Psychotherapeuten betrachten Patientinnen und Patienten in ihrer bio-psycho-sozialen Einheit. Sie ordnen die komplexe Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen in einen Gesamtbehandlungsplan ein, der auch somatische Erkrankungen einbezieht.

Die Einführung einer basalen Direktausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten würde die bestehende Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen wesentlich verändern. Folge wäre eine QualitätseinbuÙe der Versorgung.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ablehnung der Einführung des approbierten Heilberufs "Psychotherapeut"

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Heiner Heister, Christa Bartels, Bernd Zimmer, Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Günther Jonitz, Prof. Dr. Bernd Bertram und Rudolf Henke (Drucksache I - 24) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 lehnt die Einführung eines neuen, allgemein approbierten Heilberufs mit Übernahme der bisher ärztlichen Zuständigkeit für den psychosozialen, kommunikativen und koordinativen Bereich unter der geplanten Bezeichnung "Psychotherapeut" ab.

Die Bezeichnung "Psychotherapeut" muss wie bisher entsprechend weitergebildeten Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vorbehalten und an einen hohen fachkundlichen Qualitätsstandard gebunden bleiben.

Begründung:

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) plant unter dem irreführenden Etikett "Novellierung des Psychotherapeutengesetzes" die Einführung eines neuen arzt-parallelen, allgemein versorgenden Heilberufs mit Approbation. Dieser soll die Berufsbezeichnung "Psychotherapeut" führen. Anders als der heutige ärztliche oder psychologische Psychotherapeut soll er jedoch nicht mehr über eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren verfügen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Erhalt und Schärfung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die ärztliche Psychotherapie in Forschung, Lehre und Patientenbehandlung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Heiner Heister, Christa Bartels, Bernd Zimmer, Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Günther Jonitz, Prof. Dr. Bernd Bertram und Rudolf Henke (Drucksache I - 26) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, die bewährten Regelungen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) von 1999 die ärztliche Psychotherapie betreffend zu erhalten und deren missverständliche Umsetzung im § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V zu korrigieren.

Begründung:

Im Zuge der Überlegungen über die Reform der Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ist darauf zu achten, dass folgende Regelungen des PsychThG erhalten bleiben:

- § 1 Abs. 1 PsychThG, der die Berufsbezeichnung "Psychotherapeut" entsprechend weitergebildeten Ärzten wie auch entsprechend ausgebildeten PP und KJP zuspricht.
- § 1 Abs. 3 PsychThG, der die Psychotherapie allgemein wissenschaftlich definiert.
- § 11 PsychThG, der den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) als Gremium aus Vertretern der Vertreter der PP und KJP sowie der Bundesärztekammer eingesetzt hat.

Der 109. Deutsche Ärztetag 2006 hat sich gegen den Alleinvertretungsanspruch der "Psychotherapeutenkammern" gewandt (Antrag Frau Prof. Krause-Girth, DÄT-Drs. II - 08), der 111. Deutsche Ärztetag 2008 (Antrag Dr. Heister, DÄT-Drs. III - 16) und der 113. Deutsche Ärztetag 2010 (Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer, DÄT-Drs. V - 16) haben gefordert, die missverständliche Regelung des § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V zu korrigieren, die so interpretiert werden kann, als habe der Gesetzgeber allein den PP und KJP die Bezeichnung "Psychotherapeut" zusprechen wollen.

Obwohl inzwischen aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verlautete, dass dies keineswegs gewollt sei und es sich lediglich um den Versuch einer sprachlichen Vereinfachung gehandelt habe, wird die Klammer "(Psychotherapeuten)" des § 28 Abs. 3



Satz 1 SGB V immer noch weithin als Legaldefinition missverstanden.

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 hat bekräftigt, dass jeder psychotherapeutisch weitergebildete Arzt ein Psychotherapeut ist (Antrag Dr. Heister, DÄT-Drs. VI - 99).

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber erneut auf, die Klammer "(Psychotherapeuten)" aus dem § 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V zu streichen und die korrekten Berufsbezeichnungen zu verwenden.



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

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

Krankenhausplanung: Investitionsstau der Krankenhäuser, PEPP

- I - 15 Der Ökonomisierung entgegenzutreten - dem individuellen Patienten gerecht werden
- I - 16 Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung stärken - Qualitätsverluste durch Ökonomisierung beenden



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Der Ökonomisierung entgegenzutreten - dem individuellen Patienten gerecht werden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 15) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Mit seiner Stellungnahme "Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus" hat der Deutsche Ethikrat eine ausgezeichnete Analyse der Krankenhausbehandlung in Deutschland vorgelegt und wichtige Impulse zur Verbesserung der Patientenversorgung gegeben. Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 begrüÙt, dass der Ethikrat die Notwendigkeit einer individuellen Behandlung und Betreuung der Patienten in das Zentrum seiner Betrachtungen gestellt hat und damit einen klaren Kontrapunkt zu den Ökonomisierungstendenzen im Gesundheitswesen setzt. In einem vor allem auf Effizienz und Effektivität getrimmten DRG-Vergütungssystem wird der Patient vorwiegend als ein pauschalierter Behandlungsfall wahrgenommen, das individuelle Patientenwohl tritt faktisch in den Hintergrund. Deshalb unterstützt der 119. Deutsche Ärztetag mit Nachdruck die Empfehlung des Ethikrates, für alle Behandlungsfälle kostenadäquate Finanzierungen sicherzustellen und dabei zu prüfen, unter welchen Bedingungen Fälle, Fallgruppen oder Patientengruppen außerhalb der Fallpauschalen zu finanzieren sind.

Besonders hervorzuheben ist die Empfehlung des Rates, eine bessere Kommunikation im Krankenhaus sicherzustellen und den dafür notwendigen zeitlichen und organisatorischen Aufwand für die Vergütung innerhalb des DRG-Systems entsprechend zu berücksichtigen. Mit Nachdruck unterstützt der 119. Deutsche Ärztetag die Forderung des Rates, die gesetzlichen Dokumentationspflichten im Krankenhaus zu vereinfachen, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu gewinnen. Befragungen zeigen seit Jahren, dass die ausufernde Bürokratie Ärztinnen und Ärzten Zeit nimmt, die sie für eine den individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht werdende Behandlung dringend brauchen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung stärken - Qualitätsverluste durch Ökonomisierung beenden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Anne Kandler, PD Dr. Andreas Scholz, BMedSci Frank Seibert-Alves, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger und Dipl.-Med. Sabine Ermer (Drucksache I - 16) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Zwölf Jahre nach der Einführung des G-DRG-Systems als Abrechnungsgrundlage mit paralleler Ökonomisierung der Medizin sieht der 119. Deutsche Ärztetag 2016 heute mit großer Sorge die negativen Folgen dieses Systems.

Das G-DRG-System setzt Anreize zur Fallzahlsteigerung und zu sachkostenintensiven Prozeduren. Der systembedingte Konkurrenzkampf der Krankenhäuser untereinander führt zu einer permanenten ökonomischen Wachstumsstrategie bei gleichzeitigem Kostensenkungswettbewerb zu Lasten der Beschäftigten. Insbesondere im Bereich der Pflege wurden Stellen abgebaut, und unter dem Diktat der Effizienzsteigerung wird die persönliche Zuwendung zum Patienten als idealistische Wunschvorstellung bagatellisiert. Dies führt zur Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Pflegenden-Patient-Beziehung und zum Verlust der intrinsischen Motivation. Gleichzeitig bedroht die Ökonomisierung die ärztliche Profession in ihrer Autonomie. Nicht nur explizite Regelungen in ärztlichen Arbeitsverträgen, auch impliziter Druck durch Benchmarking oder Kopplung von Stellenbesetzungen an Fallzahlsteigerungen setzen Ärztinnen und Ärzte unter Druck, ihre ärztlichen Entscheidungen nicht mehr ausschließlich am Wohl der Patientinnen und Patienten, sondern auch an ökonomischen Vorgaben auszurichten. Ärztliche Tätigkeit wird reduziert auf das Erbringen einer medizinischen Leistung.

Die Folgen dieser fehlgeleiteten Ökonomisierung der Medizin sind ein reduziertes Engagement oder gar der Verlust motivierter Fachkräfte, verbunden mit Einbußen an Qualität und Versorgungsgerechtigkeit durch Über-, Unter- und Fehlversorgung. Das Ziel einer finanzierbaren und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung wird damit verfehlt.

Die strukturelle Abschaffung des Gesprächs mit Zuwendung und Anteilnahme durch die Zeitökonomie wird auch von den Patientinnen und Patienten als Qualitätsverlust wahrgenommen und thematisiert. Konsequenz seitens der Politik ist die Qualitätsoffensive, deren Umsetzung in Form von Datengewinnung aus Indikatoren nun noch mehr Hände weg vom Patienten hin zum Schreibtisch bringt und somit das Gegenteil des Ziels erreicht.



Der 119. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, sich zur Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten stationären Versorgung als einer staatlichen Pflichtaufgabe zu bekennen. Hierzu gehört die Krankenhausplanung mit strukturellen und personellen Vorgaben sowie deren Finanzierung. Ebenso wird die Abschaffung des G-DRG-Systems oder anderer analoger Abrechnungssysteme (z. B. des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik [PEPP]) als alleinige Abrechnungsgrundlage gefordert.

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland auf, sich gemeinsam gegen die Entmenschlichung der Krankenversorgung zu stellen und sich stets ihres freien Berufes und der Unabhängigkeit ihrer ärztlichen Entscheidung gemäß § 2 Abs. 1 unserer Berufsordnung bewusst zu sein: "Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können."



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

Masterplan Medizinstudium 2020

- I - 27 neu Positionen der Ärzteschaft zum Masterplan Medizinstudium 2020
- I - 23 Masterplan Medizinstudium 2020: Studienplatzbewerber zielgerichtet auswählen, praktische Fähigkeiten ausbauen, Allgemeinmedizin stärken
- I - 18 Masterplan Medizinstudium 2020: Breite und kompetenzbasierte Ausrichtung des Medizinstudiums statt versorgungsorientierter Ausrichtung auf eine Fachrichtung
- I - 60 Medizinstudium sinnvoll weiterentwickeln
- I - 19 Keine Etablierung einer Landarztquote über die Vorabquote im Zulassungsverfahren zum Medizinstudium
- I - 45 Famulaturen in allen Institutionen und Fachdisziplinen ermöglichen
- I - 46 Mehr Wahlmöglichkeiten für Medizinstudenten im Praktischen Jahr durch einen fakultativen Vertragsarztanteil bei den Tertialen
- I - 51 Einheitliche und gerechte Fehltageregelung im Praktischen Jahr



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Positionen der Ärzteschaft zum Masterplan Medizinstudium 2020

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Bernd Zimmer, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König M. san., Michael Krakau, Michael Lachmund, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Dr. Ursula Stalmann, Barbara vom Stein, PD Dr. Maria Vehreschild und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache I - 27 neu) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Im Koalitionsvertrag zur 18. Legislaturperiode legen die Regierungsparteien fest, dass eine Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen Masterplan Medizinstudium 2020 entwickeln soll.

Dazu fordert der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

- die Erhöhung der Studienplatzkapazitäten,
- die Abschaffung von Teilstudienplätzen,
- die Weiterentwicklung des Medizinstudiums auf Basis der Evaluation von Modellstudiengängen und neuen Lehr-/Lernmethoden,
- eine bundesweite Übernahme des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM) sowie neuer Prüfungsformen,
- eine durchgehende Etablierung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin,
- eine Stärkung der Ausbildungsmöglichkeiten im ambulanten Sektor,
- die Stärkung des Wahlfaches Allgemeinmedizin durch Nutzung freiwilliger Anreizsysteme,
- die Absenkung des Stellenwertes der Abiturnote beim Zulassungsverfahren durch Einsatz und Evaluierung möglicher Alternativen.

Der 119. Deutsche Ärztetag erhebt diese Forderungen unter der Maßgabe, dass eine finanzielle Förderung der Universitäten und Lehrpraxen sichergestellt werden muss.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Masterplan Medizinstudium 2020: Studienplatzbewerber zielgerichtet auswählen, praktische Fähigkeiten ausbauen, Allgemeinmedizin stärken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Daniel Johannes Peukert und Dr. Hanjo Pohle (Drucksache I - 23) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Vor dem Hintergrund der Debatte um die Erstellung des Masterplans Medizinstudium 2020 appelliert der 119. Deutsche Ärztetag 2016 an Bund und Länder, Maßnahmen vorzuschlagen, die geeignet sind, das Medizinstudium sinnvoll weiterzuentwickeln. Dazu zählen eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber, die Förderung der Vermittlung praktischer Fähigkeiten und die Stärkung der Allgemeinmedizin. Von einer Landarztquote sollte hierbei allerdings ebenso Abstand genommen werden wie von der Einführung eines PJ-Pflichtabschnittes in der Allgemeinmedizin.

Begründung:

Zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber:

Vor dem Hintergrund, dass die Abiturnote im heutigen Zulassungsverfahren zu hoch gewichtet ist, sollte ein Verfahren eingeführt werden, in dem die Bedeutung der Abiturnote verringert wird und Auswahltests (z. B. schriftlicher standardisierter Test, standardisierte Assessmentverfahren), fachbezogene Qualifikationen und soziales Engagement (z. B. Bundesfreiwilligendienste) stärker einbezogen werden. Von einer Landarztquote muss Abstand genommen werden. Die wenigsten Bewerber können vor ihrem Studium einschätzen, welche Fachrichtung sie später einschlagen wollen und ob sie sich eine Tätigkeit in unterversorgten Regionen vorstellen können. Bewerber könnten sich zu Versprechungen hinreiÙen lassen, um einen Studienplatz zu erhalten. Außerdem wäre ein Vorzug von Bewerbern, die sich für eine spätere ärztliche Tätigkeit auf dem Land verpflichten, gegenüber Bewerbern, die dies noch nicht für sich entscheiden möchten, eine ungerechte Begünstigung. Eine Landarztquote birgt die Gefahr eines Arztes zweiter Klasse, der - vermeintlich nur wegen seiner Zusage, aufs Land zu gehen - studieren durfte.

Förderung der Praxisnähe:

Die Vermittlung praktischer Fähigkeiten und deren Verknüpfung mit theoretischen Grundlagen haben in der ärztlichen Ausbildung noch immer einen zu geringen Stellenwert.



Das Medizinstudium ist in seiner Gesamtheit zu stark verschult und zu theorielastig. Es ist überwiegend geprägt von Frontalveranstaltungen, Auswendiglernen und ungenügend praxisbezogenem Unterricht. "Am Patienten lernen und arbeiten" muss viel stärker und bereits zu Beginn in das Studium einbezogen werden. Hierzu gehören eine praxisbezogene und interaktive Lehre, fallorientiertes Arbeiten, problemorientiertes Lernen und longitudinale Lehrveranstaltungen. Auch die Einbindung Studierender und Auszubildender anderer Gesundheitsberufe sollte berücksichtigt werden, um frühzeitig klinische Abläufe und die interdisziplinäre Kommunikation miteinander zu schulen.

Da viele Studierende falsche bzw. nur vage Vorstellungen von der beruflichen Realität der niedergelassenen Haus- und Fachärzte haben, sollte auch die ambulante Medizin stärker in die ärztliche Ausbildung eingebunden werden. Sie sollte bereits zu Studienbeginn integriert werden und die Studierenden über die gesamte Dauer ihrer Ausbildung begleiten, inklusive der Möglichkeit, einen PJ-Wahlabschnitt in der ambulanten Versorgung - bei Haus- und Fachärzten unabhängig von der Fachrichtung - zu absolvieren.

Förderung der Praxisnähe bedeutet auch Stärkung des wissenschaftlichen Grundverständnisses. Vor diesem Hintergrund sollten die wissenschaftlichen Kurse ausgebaut werden, um die wissenschaftliche Kompetenz der Studierenden in der Breite anzuheben. So kann gewährleistet werden, dass die späteren Ärzte ihre Patienten fundiert und evidenzbasiert behandeln. Ebenso muss auf eine umfangreichere theoretische und praktische Unterstützung der promotionswilligen Studierenden gesetzt werden, z. B. im Rahmen von strukturierten Promotionsprogrammen.

Stärkung der Allgemeinmedizin:

Das Fach Allgemeinmedizin wurde an den Universitäten bereits intensiv gestärkt: durch den Ausbau der Lehrstühle, mehr Forschung, die Einführung eines Blockpraktikums sowie einer hausärztlichen Famulatur und den Ausbau der Möglichkeit, ein PJ-Wahlterial in der Allgemeinmedizin zu absolvieren. Trotzdem ist das Fach noch nicht dort, wo es hingehört, nämlich stärker an den Studienanfang und über den Gesamtverlauf des Studiums verteilt. Mit Blick auf die letzte Änderung der Approbationsordnung (ÄAppO) (2012) sollte dem allerdings nicht mit weiteren Verpflichtungen begegnet werden. Vielmehr muss der Fokus im Studium darauf gerichtet werden, das Ansehen des Allgemeinmediziners weiter zu stärken und die spätere Weiterbildung in der Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten.



Der diskutierte Vorschlag, im Praktischen Jahr (PJ) einen Pflichtabschnitt in der Allgemeinmedizin einzuführen, wird von der großen Mehrheit der Studierenden abgelehnt. Weitere Zwangsmaßnahmen weisen in die falsche Richtung. Erst einmal sollten die bereits angeschobenen Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit abgewartet und evaluiert werden. Im Übrigen wäre die Einführung von PJ-Quartalen ein sinnvoller Weg. Studierende würden mehr Wahlfreiheit gewinnen und die Möglichkeit erhalten, ihren persönlichen Interessenschwerpunkten nachzugehen. Hiervon würde auch die Allgemeinmedizin profitieren.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Masterplan Medizinstudium 2020: Breite und kompetenzbasierte Ausrichtung des Medizinstudiums statt versorgungsorientierter Ausrichtung auf eine Fachrichtung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 18) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Das Medizinstudium sollte von Beginn an universell und kompetenzbasiert gestaltet werden und sich mehr am späteren Alltag in den Kliniken und Einrichtungen der ambulanten Versorgung ausrichten. Die Studierenden müssen fächerübergreifend ausgebildet werden und von Beginn an mit Patienten und realem Behandlungsgeschehen in Berührung kommen. Vor allem während des klinischen Teils des Studiums besteht sonst die Gefahr, dass u. a. basiswissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlagen, betriebswirtschaftliche Aspekte und Kommunikationsfähigkeiten in der studentischen Ausbildung nicht mehr ausreichend Berücksichtigung finden.

In der derzeitigen Debatte um den Masterplan Medizinstudium 2020 darf der Fokus nicht ausschließlich auf die landärztliche Versorgung und ihre Versorgungsengpässe gerichtet werden, sondern Ziele müssen eine Verbesserung der Ausbildung insgesamt unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus Modellstudiengängen sowie eine kurzfristige Erhöhung der Studienplatzkapazitäten um mindestens zehn Prozent sein. Zu einem guten Arzt werden angehende Mediziner durch eine breit gefächerte Ausbildung und nicht durch verpflichtende Abschnitte in der Allgemeinmedizin. Jede Form von Zwang wird nicht zu dem vom Gesetzgeber gewünschten Ergebnis führen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Medizinstudium sinnvoll weiterentwickeln

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Ulrich M. Clever, Martin Holzapfel, Dr. Ullrich Mohr und Dr. Christoph Freiherr Schoultz von Ascheraden (Drucksache I - 60) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Im Vordergrund des Masterplans Medizinstudium 2020 müssen die Verbesserung und angemessene Weiterentwicklung der Ausbildung zur approbierten Ärztin bzw. zum approbierten Arzt stehen. Dabei muss das Ziel dieser Weiterentwicklung sein, dass die neu approbierten Ärztinnen und Ärzte mit den notwendigen ärztlichen Kernkompetenzen in ihre vertiefende Weiterbildung starten können. Deswegen soll der Pflichtanteil im Medizinstudium auf ein Kerncurriculum fokussiert werden, um gleichzeitig den Studierenden ausreichend Möglichkeit für eine individuelle Schwerpunktsetzung zu lassen.

Den Medizinstudierenden müssen bereits früh im Studium sowohl klinisch-praktische als auch wissenschaftliche Kompetenzen vermittelt werden. Entscheidend ist dabei, dass ein früher Kontakt zu Patientinnen und Patienten in enger Betreuung durch Dozierende ermöglicht wird, um kommunikative und soziale Kompetenzen zu schulen.

Begründung:

Angehende Ärzte müssen sowohl in den theoretischen Grundlagen als auch praktisch ausgebildet werden. Auf diese Weise werden Studierende auf die Realität des späteren Arbeitsalltags adäquat vorbereitet. Der reibungslose Start der neu approbierten Ärztinnen und Ärzte ins Berufsleben wird so erleichtert, vor allem auch im Interesse der Arbeitgeber und Kolleginnen und Kollegen. Die durch verstärkte Praxisorientierung gesteigerte Motivation der Studierenden während des Medizinstudiums unterstützt zudem die gewünschte Hinführung der Studierenden zu späteren klinisch-praktischen Tätigkeitsfeldern.

Diese Förderung praktischer, wissenschaftlicher und kommunikativer Maßnahmen ist für die ausreichende Vorbereitung der frisch approbierten Ärztinnen und Ärzte auf ihre spätere Tätigkeit und Weiterbildung essenziell.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Keine Etablierung einer Landarztquote über die Vorabquote im Zulassungsverfahren zum Medizinstudium

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 19) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 spricht sich gegen die Einführung einer Landarztquote im Rahmen der Vorabquote der Zulassung zum Medizinstudium nach § 32 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Hochschulrahmengesetz (HRG) aus und fordert ein von Versorgungsgesichtspunkten vollständig unabhängiges Auswahlverfahren.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Famulaturen in allen Institutionen und Fachdisziplinen ermöglichen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Rudolf Henke (Drucksache I - 45) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert, dass das Ableisten von Famulaturen in allen klinischen Institutionen möglich sein soll.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Mehr Wahlmöglichkeiten für Medizinstudenten im Praktischen Jahr durch einen fakultativen Vertragsarztanteil bei den Tertialen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Lothar Rütz, Barbara vom Stein, Dr. Thomas Fischbach, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Joachim Wichmann und Dr. Ernst Lennartz (Drucksache I - 46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Einführung des Pflichtangebotes folgender Wahlmöglichkeit für die Medizinstudenten im Praktischen Jahr (PJ):

In jedem PJ-Tertial an einem Krankenhaus soll der Student die Möglichkeit erhalten, nach seiner Wahl entweder zwei oder vier Wochen des Tertials bei einem Vertragsarzt zu absolvieren. Das PJ-Krankenhaus muss diese Option anbieten; die Rahmenbedingungen sind unverändert zum stationären Bereich zu gewähren. Bei der Wahl der Vertragsarztpraxen sollen auch benachbarte Fächer möglich sein, z. B. Allgemeinmedizin beim Tertial Innere Medizin oder Orthopädie und Unfallchirurgie beim Tertial Chirurgie.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Einheitliche und gerechte Fehltageregulung im Praktischen Jahr

EntschlieÙung

Auf Antrag von Klaus-Peter Schaps, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Thomas Lipp und Dr. Hanjo Pohle (Drucksache I - 51) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 spricht sich für eine einheitliche und gerechte Fehltageregulung im Praktischen Jahr (PJ) aus. Die Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) muss derart geändert werden, dass attestiertes krankheitsbedingtes Fernbleiben vom PJ-Ausbildungsplatz nicht auf das Fehltagkontingent angerechnet wird.

Begründung:

Aktuell sieht die Approbationsordnung 30 Fehltage im PJ vor. Diese müssen gleichzeitig für freie Tage, Prüfungsvorbereitungen oder bei Krankheit genommen werden. Dies zwingt die Studierenden dazu, im Falle einer Krankheit entweder auf Erholung zu verzichten oder erkrankt am Ausbildungsort zu erscheinen. Letzteres gefährdet nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern stellt auch eine mögliche Gefährdung der Patienten dar. Noch dazu wird die Fehltageregulung, obwohl in der ÄAppO festgehalten, nur äußerst inhomogen umgesetzt. Hinzu kommt, dass die Studierenden aufgrund fehlender Studienzeiten ihre 30 Fehltage - wenn denn noch vorhanden - an das Ende ihres letzten PJ-Tertials legen, um sich adäquat auf ihre letzte Prüfung (M3/mündlich) vorbereiten zu können. Somit gibt es über das gesamte PJ keine Erholungsmöglichkeiten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Schweigepflicht (Germanwings-Absturz)

I - 03 Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und des Patientengeheimnisses



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht und des
Patientengeheimnisses

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 03) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 bekräftigt die Forderung der Ärzteschaft, im Interesse des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten die ärztliche Schweigepflicht und den Schutz des Patientengeheimnisses unverändert zu gewährleisten.

Begründung:

Am 24.03.2015 hatte der Kopilot des Germanwings-Fluges Nr. 4U9525 den Absturz des Flugzeuges herbeigeführt und dabei seinen und den Tod von 149 weiteren Menschen verursacht. Den Opfern und ihren Angehörigen gilt die Anteilnahme der deutschen Ärzteschaft.

Unmittelbar nach Bekanntwerden der psychischen Erkrankung des Kopiloten, aber ohne genaue Kenntnis der Umstände und der Rechtslage, wurde in Teilen der Öffentlichkeit voreilig eine Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht diskutiert. Die Bundesärztekammer und der 118. Deutsche Ärztetag 2015 hatten sich ausdrücklich gegen weitergehende Änderungen der ärztlichen Schweigepflicht ausgesprochen.

Die ärztliche Schweigepflicht ist als Kernelement der Berufsethik in den Berufsordnungen der Ärztekammern verbindlich geregelt. Das Patientengeheimnis dient dem Schutz der Privatsphäre der Patienten und wird als Grundrecht durch die Verfassung geschützt. Nur eine weitgehend uneingeschränkte ärztliche Schweigepflicht schafft die Voraussetzungen für das unerlässliche Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten.

Der am 13.03.2016 veröffentlichte Bericht der französischen Untersuchungsbehörde stellt einen wichtigen Beitrag zur Aufklärung der tatsächlichen Umstände des Flugzeugabsturzes dar. Der Bericht enthält jedoch keine Forderung an den Gesetzgeber, die ärztliche Schweigepflicht einzuschränken.



Bereits nach der geltenden Rechtslage sind Ärztinnen und Ärzte unter anderem dazu verpflichtet, geplante Straftaten gegen das Leben Dritter bei den zuständigen Behörden anzuzeigen, wenn sie glaubhaft von einem solchen Vorhaben erfahren. Die entsprechenden Bestimmungen der §§ 138 und 139 des Strafgesetzbuches (StGB) erlauben Abweichungen von der ärztlichen Schweigepflicht, um das Leben anderer Menschen zu schützen. Um Straftaten gegen sonstige Rechtsgüter, wie Freiheit und körperliche Unversehrtheit, zu verhindern, dürfen Ärztinnen und Ärzte im Wege des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 StGB von der Schweigepflicht abweichen.

Liegen Ärztinnen und Ärzten, wie im Fall des Kopiloten, keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine konkret geplante Straftat vor, können auch weitergehende gesetzliche Einschränkungen der ärztlichen Schweigepflicht derartige Straftaten nicht verhindern.

Mit Einführung des neuen § 65b in das Luftverkehrsgesetz (LuftVG) wurde eine neue flugmedizinische Datenbank für Tauglichkeitszeugnisse geschaffen. Durch Aufhebung der Pseudonymisierung hat die Einhaltung des Datenschutzes eine neue Dimension erhalten. Hierbei muss gewährleistet sein, dass das vertrauensvolle Patienten-Arzt-Verhältnis dadurch keinen Schaden nimmt.



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

TTIP/CETA

- I - 54 TTIP bedroht unser Gesundheitswesen - Vorsicht ist besser als Nachsicht
- I - 58 Das Gesundheitswesen darf nicht dem Freihandelsabkommen TTIP ausgeliefert werden
- I - 59 Das Freihandelsabkommen CETA darf nicht umgesetzt werden



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: TTIP bedroht unser Gesundheitswesen - Vorsicht ist besser als Nachsicht

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Peter Scholze, Prof. Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich, Julian Veelken, Dr. Bernhard Winter, Prof. Dr. Matthias Richter-Turtur, Dr. Siegfried Rakette, Dr. Jörg Franke, Dr. Christoph Emminger, MD Dr. Karl Breu, Dr. Albert Joas, Dr. Dr. habil. Carola Wagner-Manslau, Dr. Wilhelm Wechsler und Dr. Veit Wambach (Drucksache I - 54) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesärztekammer auf, die gemeinsame "Erklärung der Präsidenten und Vorsitzenden der Heilberufe von BÄK, KBV, BZÄK, ABDA und KZBV" zum Freihandelsabkommen Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) öffentlichkeitswirksam in die gesundheitspolitische Diskussion einzubringen. Sowohl die Ärzteschaft als auch gesundheitspolitische Mandatsträger und Gremien sollen nochmals über die Gefahren informiert werden, die mit dem geplanten Freihandelsabkommen TTIP unserem Gesundheitswesen drohen.

Die oben genannte gemeinsame Erklärung vom Mai 2015 ist mit dem Titel "Vielfalt des europäischen Gesundheitswesens und Freiberuflichkeit bewahren" überschrieben. Sie betont folgerichtig: "Patienteninteressen (gehen) vor Kapitalinteressen [...] Freihandelsabkommen dürfen den Patientenschutz nicht gefährden [...] Freihandelsabkommen dürfen unsere Standards nicht senken [...] (wir müssen die) Teilnahme am medizinischen Fortschritt sicherstellen [...] (und) Gesundheitsschutz ist nicht verhandelbar." Diese Grundprinzipien einer patientenorientierten Medizin werden durch das geplante TTIP-Abkommen in Frage gestellt.

Sie müssen deshalb verstärkt Eingang in die öffentliche Diskussion finden.

Begründung:

Mit TTIP besteht die Gefahr, dass den Einzelinteressen wirtschaftlicher Akteure Vorrang eingeräumt wird und dafür bestehende medizinische Standards abgebaut oder unterhöhlt werden. Es besteht die Gefahr, dass das Niveau des Verbraucherschutzes gesenkt wird. Präventive Maßnahmen, etwa Verbote für die Bewerbung ungesunder Produkte, sollen behindert werden. Es besteht die Gefahr, dass das nur in Europa verankerte Vorsorgeprinzip durch das in den USA geltende Wissenschaftsprinzip mehr oder weniger verdrängt wird (damit Beweislastumkehr bei vermuteten Belastungen und Schädigungen



für die menschliche Gesundheit). Es besteht die Gefahr weiterer (Teil-)Privatisierung und Kommerzialisierung im Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge. Mit TTIP käme es zu einer erheblichen Verteuerung des Gesundheitswesens durch eine zeitliche Ausdehnung des Patentschutzes (was Medikamente verteuert) sowie eine stärkere Bevorzugung der für die Bevölkerung teureren privatwirtschaftlichen Versicherungssysteme. Es besteht die Gefahr, dass die Finanzierung von Solidarsystemen weiter zurückgefahren wird. Laut Verhandlungsmandat sollen alle Dienstleistungen, die nicht ausschließlich von hoheitlichen Stellen erbracht werden, auf das höchste Niveau liberalisiert werden, das die USA oder Europa in irgendwelchen Freihandelsverträgen bereits umgesetzt haben. Es besteht die Gefahr, dass mit TTIP die Pharmakonzerne wieder die Möglichkeit erhalten, durchgeführte Studien zu unterschlagen, wenn diese gegen ihre Medikamente sprechen. Die staatlichen Preiskontrollen der EU-Mitgliedstaaten werden als Handelshemmnis angesehen und sollen zurückgedrängt werden (explizit auch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes [AMNOG]).

Literatur:

1. "Vielfalt des europäischen Gesundheitswesens und Freiberuflichkeit bewahren", Erklärung der Präsidenten und Vorsitzenden der Heilberufe von BÄK, KBV, BZÄK, ABDA und KZBV (Mai 2015)
2. "Freihandelsabkommen TTIP - eine Gefahr für die Demokratie", Sebastian Botzem und Markus Wolf in: Impulse - der Wissenschaftsdialog, Universität Bremen (05.11.2015)
3. "ATTAC: Bedroht die geplante transatlantische Freihandelszone unsere Gesundheit?", Harald Klimenta in: Gesellschaft, Ökonomie, Politik (14.11.2014)



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Das Gesundheitswesen darf nicht dem Freihandelsabkommen TTIP ausgeliefert werden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Julian Veelken, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Christoph Ehrensperger und Dr. Joachim Suder (Drucksache I - 58) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesärztekammer auf, sich mit Nachdruck bei den mit dem Freihandelsabkommen Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) befassten staatlichen Organen in Deutschland und Europa dafür einzusetzen, dass die bestehenden nationalen Rechte und Kompetenzen, die das Gesundheitswesen betreffen, durch TTIP nicht zu ihrem Nachteil verändert werden.

Gleichfalls soll bei anderen europäischen Ärzteorganisationen um Unterstützung für eine gemeinsame Verteidigung der gesundheitlichen Standards in Europa geworben werden.

Begründung:

Der 119. Deutsche Ärztetag verweist auf den Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer und die EntschlieÙung des 118. Deutschen Ärztetages 2015 zum Freihandelsabkommen "TTIP - Vielfalt des europäischen Gesundheitswesens und Freiberuflichkeit bewahren" (Drs. VI - 122), in dem die wesentlichen Kritikpunkte im Hinblick auf ein transatlantisches Freihandelsabkommen ausführlich dargelegt wurden.

In der Zwischenzeit wurden die allgemeinen Befürchtungen, dass TTIP zu Einschränkungen der Patientenrechte, der Freiberuflichkeit der Ärzte, der Kompetenzen ihrer Selbstverwaltungsorgane, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialsysteme sowie der Regulierung des Arzneimittelmarktes führen könnte, eher bestärkt als ausgeräumt.

Die Geheimhaltung der Verhandlungsinhalte, die Missachtung selbstverständlicher Rechte der Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf Information und die bisher fehlende parlamentarische Befassung und Abstimmung stehen im Widerspruch zu elementaren demokratischen Rechten in Europa. Es ist inakzeptabel, dass die betroffene Öffentlichkeit erst jetzt erfährt, worüber verhandelt und entschieden wird, nachdem wichtige TTIP-Dokumente von Greenpeace geleakt wurden.



Weithin unbeachtet sind die vorgesehenen sogenannten Standstill- und Ratchet-Klauseln. Standstill-Klauseln verbieten, eine einmal erfolgte Liberalisierung wieder rückgängig zu machen. Ratchet-Klauseln verlangen, künftige Liberalisierungen automatisch zu TTIP-Verpflichtungen zu machen, die dann nicht mehr ohne Weiteres revidiert werden können.

Damit wären jeder künftigen Politik in solchen Fragen - auch der Gesundheitspolitik - die Hände gebunden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Das Freihandelsabkommen CETA darf nicht umgesetzt werden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Julian Veelken, Katharina Thiede, Dr. Joachim Suder, Dr. Christoph Ehrensperger und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache I - 59) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesärztekammer auf, sich umgehend und intensiv bei den mit dem Freihandelsabkommen Comprehensive Economic and Trade Agreement (CETA) befassten deutschen und europäischen Verhandlungsführern und den politischen Parteien dafür einzusetzen, dass dieses Abkommen in der vorliegenden Form nicht umgesetzt wird, um schwere Nachteile für die öffentliche Daseinsvorsorge und insbesondere für das Gesundheitswesen zu vermeiden.

Begründung:

Es eilt! Das Freihandelsabkommen CETA zwischen Kanada und der EU ist nicht nur wegen der kurzen Zeitspanne bis zum avisierten Inkrafttreten im Oktober 2016 sehr viel brisanter als das in der Öffentlichkeit heftig diskutierte Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP).

Denn sollte CETA schon "vorläufig" in Kraft treten, können nicht nur kanadische, sondern auch US-amerikanische Konzerne über ihre Tochtergesellschaften in Kanada europäische Staaten auf Schadensersatz wegen entgangener Gewinne (z. B. im Gesundheitsbereich) verklagen. Die USA würden TTIP gar nicht mehr benötigen, weil CETA als trojanisches Pferd seine Aufgabe bereits erfüllt hätte. Gesundheit würde endgültig zur Handelsware.

CETA ähnelt dem geplanten TTIP-Abkommen zwischen den USA und der EU. Es bedroht u. a. die Souveränität der einzelnen EU-Staaten in Bezug auf ihre Gesundheitspolitik und die Ausgestaltung ihrer Gesundheitssysteme sowie allgemein ihrer öffentlichen Dienstleistungen. Die umstrittenen Schiedsgerichte zum Investitionsschutz haben den Namen, aber nicht ihre Funktion geändert.

Bereits im Juni 2016 will die Europäische Kommission das CETA-Abkommen dem EU-Ministerrat und dem Europäischen Parlament zur Entscheidung vorlegen, zusammen mit ihrer Einschätzung, ob das Abkommen ein "gemischtes" Abkommen sein könnte. Ein allein die EU-Kompetenzen betreffendes Abkommen bedarf keiner nationalen parlamentarischen



Zustimmung. Ein "gemischtes" Abkommen hingegen muss nicht nur vom Ministerrat und vom EU-Parlament, sondern von allen nationalen Parlamenten ratifiziert werden. Letzteres dauert gewöhnlich zwei Jahre.

Allerdings können die Bereiche im "gemischten" Abkommen, die ausschließlich in die Zuständigkeit der EU fallen, schon "vorläufig" und ohne Zustimmung der nationalen Parlamente angewendet werden. Das würde auf die umstrittenen Schiedsgerichte zutreffen, wenn Direktinvestitionen nach den Regeln des Lissabonner Vertrages unter die alleinige Kompetenz der EU fallen. Eine "vorläufige" Anwendung schafft Fakten, die auch durch spätere parlamentarische Entscheidungen in den Mitgliedstaaten kaum mehr rückholbar sind.



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

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

Weiteres

- I - 36 Unabhängigkeit und Qualität freiberuflicher, selbständiger ärztlicher Berufsausübung durch angemessene Honorierung gewährleisten
- I - 33 Keine untertarifliche Bezahlung ausländischer Ärztinnen und Ärzte!



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Unabhängigkeit und Qualität freiberuflicher, selbständiger ärztlicher
Berufsausübung durch angemessene Honorierung gewährleisten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Axel Brunngraber, Christa Bartels und Wieland Dietrich (Drucksache I - 36) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert, dass die ärztliche Tätigkeit freiberuflicher, selbstständiger Ärzte grundsätzlich bei der Behandlung aller Patienten, unabhängig vom Versicherungsstatus (GKV, PKV, Unfallversicherungsträger u. a. m), existenzsichernd möglich sein muss.

Freiberuflich tätige, selbstständige Ärzte sind bei der Ausübung ihres Berufes darauf angewiesen, dass ihre ärztliche Tätigkeit bei allen Patienten angemessen honoriert wird. Darüber hinaus stellen die Delegierten des Deutschen Ärztetages fest, dass die stets gebotene Qualität ärztlichen Handelns bei allen Patientengruppen ein wirtschaftlich solides Fundament voraussetzt.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Keine untertarifliche Bezahlung ausländischer Ärztinnen und Ärzte!

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache I - 33) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die vom Marburger Bund mit den Krankenhausarbeitgebern vereinbarten Tarifverträge müssen ausnahmslos zur Anwendung kommen und gelten selbstverständlich auch für ausländische Ärztinnen und Ärzte mit einer Berufserlaubnis nach § 10 Bundesärzteordnung (BÄO). Wenn eine Zulassung zur Heilkunde im Rahmen der BÄO erfolgt ist, müssen für alle Ärzte die gleichen Tarifbedingungen gelten, unabhängig davon, wo sie ihre Ausbildung absolviert haben. Forderungen einzelner Krankenhausträger, ausländische Ärzte mit einer Berufserlaubnis nach § 10 BÄO vom Geltungsbereich des entsprechenden Ärzte-Tarifvertrages auszunehmen, weist der 119. Deutsche Ärztetag 2016 entschieden zurück. Tarifverträge gelten für alle angestellten Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern. Wer hier Ausnahmen fordert, ebnet den Weg zu einer systematischen untertariflichen Bezahlung bestimmter Gruppen von Ärzten. Der 119. Deutsche Ärztetag fordert deshalb die Verantwortlichen in den Krankenhäusern auf, von diskriminierenden Überlegungen Abstand zu nehmen, die auf den Sonderstatus eines schlecht bezahlten "Migrantenarztes" hinauslaufen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

GOÄneu

- I - 43 GOÄ: Notwendigkeit der Änderung des Paragrafenteils der bisherigen GOÄ sowie der BÄO
- I - 09 Erarbeitung eines eigenen Entwurfs Ärzte-GOÄneu
- I - 05 GOÄ-Novelle umsetzen nach Abstimmung des Leistungsverzeichnisses und der Bewertungen mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften
- I - 41 Nachhaltigkeit einer neuen GOÄ
- I - 14 Zur Reform der GOÄ
- I - 17 Regelungen zur Bildung von Analogziffern beibehalten
- I - 11 Sonderhaushalt für externe Beratung beim Projekt Ärzte-GOÄneu
- I - 10 Ressourcen in der Bundesärztekammer für die Thematik GOÄ
- I - 49 Eine Datenstelle für die Weiterentwicklung der GOÄ muss transparent sein
- I - 21 Steigerungsfaktoren in der Ärzte-GOÄneu
- I - 07 Erarbeitung aktueller Leistungslegenden und -bewertungen in der GOÄneu
- I - 12 Einbeziehung der Berufsverbände und Fachgesellschaften bei der Entwicklung der Ärzte-GOÄneu
- I - 06 Geeignetes Anhörungs-, Informations- und Bewertungsverfahren zu den Leistungslegenden und -bewertungen der GOÄ mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften
- I - 13 Vorlage von statischen und dynamischen Simulationen sowie qualitativen und quantitativen Auswirkungen der Ärzte-GOÄneu
- I - 20 Verankerung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der GOÄ - jetzt!
- I - 37 Abschluss- und Provisionskosten der privaten Krankenversicherungen - Schieflage bei der Mittelverwendung von Beitragsgeldern beseitigen
- I - 44 Offenlegung von Verbindungen/Mitgliedschaften der Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und Teilnehmer an den GOÄ-Verhandlungen mit privaten Krankenversicherern



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: GOÄ: Notwendigkeit der Änderung des Paragrafenteils der bisherigen GOÄ sowie der BÄO

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hanjo Pohle und Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache I - 43) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Die Neuordnung der GOÄ-Novellierung erfordert eine Neubetrachtung der Notwendigkeit einer Änderung sowohl des Paragrafenteils der bisherigen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als auch der Bundesärzteordnung (BÄO). Veränderungen in diesem Bereich sind nur dann zulässig, wenn sie inhaltlich zum Betreiben einer novellierten Gebührenordnung für Ärzte notwendig sind. Dies ist mit den Berufsverbänden und den Spitzenorganisationen der Ärzte abzustimmen.

Begründung:

Da sich die angestrebten Veränderungen im Paragrafenteil und in der Bundesärzteordnung weder als nutzvolle Kompromissmasse herausstellten noch dazu dienen, unser hohes Gut der Freiberuflichkeit und das verantwortungsvolle Arzt-Patienten-Verhältnis zu schützen, ist davon auszugehen, dass sie nicht notwendig sind.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Erarbeitung eines eigenen Entwurfs Ärzte-GOÄneu

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Petra Bubel, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Christa Bartels, Wieland Dietrich, Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt, Dr. Susanne Blessing, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Klaus-Peter Spies und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache I - 09) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 beschließt, einen von der Ärzteschaft, deren verfassten Organen und Verbänden getragenen Ärzte-GOÄneu-Entwurf durch den Vorstand der Bundesärztekammer erarbeiten zu lassen, der sodann zur Grundlage neu aufzulegender Verhandlungen mit den Kostenträgern gemacht wird. Dabei wird die Bundesärztekammer ein professionelles Projektmanagement einrichten.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: GOÄ-Novelle umsetzen nach Abstimmung des Leistungsverzeichnisses und der Bewertungen mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 05) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Lothar Rütz, Dr. Thomas Fischbach, Wieland Dietrich, Barbara vom Stein, Dr. Joachim Wichmann und Christa Bartels (Drucksache I - 05a) und Dr. Lothar Rütz, Dr. Thomas Fischbach, Wieland Dietrich, Barbara vom Stein, Dr. Joachim Wichmann und Christa Bartels (Drucksache I - 05b) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 begrüßt die unmittelbare Einbindung der ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des PKV-Verbands und der Beihilfe in die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird beauftragt, einen konsentierten Gesamtentwurf zur Novellierung der GOÄ unter Berücksichtigung ihrer doppelten Schutzfunktion aus den o. g. Gesprächen unter Beratung durch den Ausschuss "Gebührenordnung" der Bundesärztekammer nach abschließender Prüfung gegenüber dem BMG freizugeben, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Das Recht zur Liquidation aus der Approbation bleibt unberührt.
- Die Rahmenbedingungen der GOÄneu dürfen nicht dazu führen, dass die GOÄneu zu einem Honorarsteuerungssystem umgeformt wird.
- Die Leistungslegendierungen und -bewertungen sowie die neue Steigerungssystematik entsprechen auch durch Unterstützung der Fachgesellschaften und Berufsverbänden den wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnissen des Jahres 2016.
- Die Basis der Leistungsbewertungen folgt einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation.
- Zusatzaufwand, der sich aus der Leistung und den Umständen ihrer Erbringung bzw. patientenbezogen ergibt, muss in entsprechenden Zusatzleistungen angemessen abgebildet werden, soweit er nicht über die Steigerung geltend gemacht werden kann.
- Das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) wird durch die GOÄ nicht behindert.
- Die "sprechende Medizin", zu der insbesondere die hausärztlichen und andere grundversorgende Leistungen zählen, wird besser als bisher bewertet.
- Die bisher auf Basis der Beratungen und der Entschlüsse des Außerordentlichen



Deutschen Ärztetages vom 23.01.2016 ausgehandelten Anpassungen, insbesondere der Gesetzesinitiative und des Paragrafenteils,

- Bindung von § 1 Abs. 2 GOÄ-Paragrafenteil an die Berufsordnung anstatt an die Weiterbildungsordnung,
- Klarstellung: Die Gemeinsame Kommission (GeKo) darf keine weitergehenden Kompetenzen als die Abgabe von Empfehlungen erhalten,
- Streichung der Zuständigkeit der GeKo bezüglich Aufklärungs- und Dokumentationspflichten bei Auftragsleistungen in der Gesetzesinitiative,
- (längerfristige) Fortführung der Analogberechnungen "alter Leistungen" auch gegenüber der privaten Krankenversicherung (PKV) und Beihilfe,
- Klarstellung, dass mit dem Monitoring nach der Übergangsvorschrift nach Artikel 2 der Gesetzesinitiative kein Budget vorgegeben wird,

sind umzusetzen. Die Verhandlungen sind über damit noch nicht umgesetzte Entschlüsse, Beschlüsse und Veranlassungen des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2016 sowie des 119. Deutschen Ärztetages weiterzuführen.

Im Rahmen dieser abschließenden Prüfung werden die geplanten Änderungen der Bundesärzteordnung (BÄO) und des Paragrafenteils der GOÄ gemäß der Vorgaben der o. g. Entschlüsse des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages überprüft (Operationalisierbarkeit des weiteren Verhandlungsergebnisses).

Begründung:

Im Nachgang zum Außerordentlichen Deutschen Ärztetag 2016 wurde seitens des Ministeriums eine Umsetzung der Gesetzesinitiative in der laufenden Legislaturperiode in Aussicht gestellt, sofern sich die Bundesärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfe bis spätestens Mitte März 2016 auf einen Vorschlag zur Novellierung einigen könnten.

Am 17.03.2016 hat der Vorstand der Bundesärztekammer bei dem vorgelegten Entwurf eines Leistungsverzeichnisses Klärungsbedarf in Teilen der Legendierung und der Preisfindung festgestellt und die Vorlage unter der Prämisse notwendiger Nachverhandlungen - gemäß der Beschlüsse des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2016 insbesondere des Leitantes - nicht an das Bundesministerium weitergeleitet. Vor dieser Entscheidung hatte sich bereits ergeben, dass die Bundesregierung die GOÄ-Novellierung in der laufenden Legislaturperiode nicht beschließen wird.

Bundesärztekammer und PKV-Verband sehen den vom Vorstand der Bundesärztekammer abgelehnten Entwurf nach ihrer Verständigung zur Weiterführung des Reformprozesses am 06.04.2016 als Zwischenstand. Im weiteren Abstimmungsprozess mit dem BMG, dem PKV-



Verband und der Beihilfe wurde vereinbart, den Entwurf des vorabgestimmten Leistungsverzeichnisses und die auf dieser Basis festzulegenden Bewertungen der Leistungen im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen nochmals zu überprüfen und zu verhandeln. Die Bundesärztekammer hat in Abstimmung mit den Verhandlungspartnern durchgesetzt, den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften im Rahmen von Präsenzterminen die Möglichkeit zu geben, die jeweils für sie relevanten Teile des Leistungsverzeichnisses zu diskutieren und im Sinne einer Qualitätssicherung zu überprüfen. Parallel zu diesem Abstimmungsprozess sollen die Bewertungen der Leistungen im Verhandlungsprozess mit den Verhandlungspartnern nochmals ausdifferenziert und in einem zweiten Beteiligungsverfahren mit den Berufsverbänden und wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften diskutiert und ggf. angepasst werden.

Das überarbeitete Leistungsverzeichnis soll dem BMG überreicht werden, vorausgesetzt, dass die Einigungen bezüglich der Bewertungen und der Legendierungen zwischen den Verbänden, der Bundesärztekammer sowie dem PKV-Verband und der Beihilfe gemäß des o. g. Verfahrens erfolgreich verlaufen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Nachhaltigkeit einer neuen GOÄ

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache I - 41) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Die neue Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist neben einer Neuordnung der Leistungslegende so zu gestalten, dass Leistungsänderungen durch Fortschritte in der Medizin wie neue Diagnostik oder Therapie fortlaufend erfasst werden können. Die dazu erforderlichen Instrumentarien sind unter Wahrung der ärztlichen Freiberuflichkeit zu entwickeln.

Begründung:

In einem Arbeitsfeld mit solch dynamischen Entwicklungen wie in der Medizin ist eine starre Gebührenordnung innerhalb kürzester Zeit wieder veraltet.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Zur Reform der GOÄ

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Norbert Metke, Rudolf Henke, Dr. Wolf von Römer, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Jürgen de Laporte, Dr. Oliver Funken, Bernd Zimmer und Dr. Svante Gehring (Drucksache I - 14) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der aktuelle Entwurf einer novellierten Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfordert in allen Teilen eine zügige, planvolle und systematische Überarbeitung. Bei der Überarbeitung erwartet der 119. Deutsche Ärztetag 2016 vom Vorstand der Bundesärztekammer ein neu konzipiertes schrittweises Vorgehen im Rahmen einer Gesamtstrategie.

Die ersten Schritte dieser Überarbeitung sind vom Vorstand der Bundesärztekammer nach dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 23.01.2016 bereits eingeleitet worden.

Im nächsten Schritt ist auf der Grundlage ärztlichen Sachverstandes und betriebswirtschaftlicher Kalkulationen ein eigener ärztlicher Entwurf erforderlich. Ziel muss eine ärztliche Gebührenordnung sein, die in erster Linie das Verhältnis zum Patienten und nicht zu Versicherungen berücksichtigt. Ziel muss auch sein, dass nach 30 Jahren Stillstand der GOÄ die ärztliche Diagnostik und Therapie angemessen vergütet werden. Im Rahmen der innerärztlichen Neuordnung müssen auch die spezifisch hausärztlichen Leistungen angemessen abgebildet und bewertet werden. Sodann sollen auf der Basis dieses innerärztlich konsentierten Entwurfes weitere Verhandlungen mit der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Beihilfe und im Anschluss mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgen.

Begründung:

Eine eigenständige und wirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung ist ein wichtiges Kernelement eines freien Berufes. Dies gilt stets unabhängig davon, welche anderen ärztlichen Abrechnungssystematiken in den Sozialversicherungssystemen etabliert sind. Eine ärztliche Gebührenordnung steht für die gesamte Bandbreite ärztlicher Diagnostik und Behandlung nach aktuellem wissenschaftlichem Stand und auf Grundlage einer betriebswirtschaftlichen und transparenten Kalkulation. Sie muss die doppelte Schutzfunktion erfüllen, einerseits den Patienten vor Überforderung zu schützen und andererseits dem Arzt eine angemessene Vergütung zu ermöglichen. Dieser doppelten



Schutzfunktion entspricht es, dass der Staat die GOÄ in Form einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlässt.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Regelungen zur Bildung von Analogziffern beibehalten

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Andreas Hellmann, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Wieland Dietrich, Dr. Petra Bubel, Dr. Axel Brunngraber, Christa Bartels, Dr. Frauke Wulf-Homilius und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache I - 17) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, bei den Verhandlungen zur Ärzte-GOÄneu die Bildung von Analogziffern genauso wie in der bisherigen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erhalten. Nur so kann auf individuelle Notwendigkeiten bei Innovationen sowohl bei deren medizinischer Bewertung als auch bei der Kalkulation der Bewertung passend reagiert werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Sonderhaushalt für externe Beratung beim Projekt Ärzte-GOÄneu

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Petra Bubel, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Susanne Blessing, Wieland Dietrich, Dr. Christian Albring und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache I - 11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Landesärztekammern auf, für die Entwicklung einer Ärzte-GOÄneu die notwendigen finanziellen Mittel für externe Beratung und IT-Kapazitäten entsprechend zur Verfügung zu stellen, da die Leistungsbewertungen betriebswirtschaftlich kalkuliert und im Sinne einer grundsätzlichen Systematik weiterentwicklungsfähig ausgestaltet werden müssen. Dazu sollte ein Sonderhaushalt für das Jahr 2016 in Höhe von 3,0 Mio. Euro aufgestellt werden, der auf 2017 übertragbar ist. Etwaig nicht verbrauchte Mittel sollten an die Landesärztekammern zurückgeführt werden.

Begründung:

Um einen "eigenen" Entwurf einer Ärzte-GOÄneu zu entwerfen, muss die Bundesärztekammer durch die Landesärztekammern in die Lage versetzt werden, professionelle Unterstützung zur Erarbeitung dieser in Anspruch nehmen zu können.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Ressourcen in der Bundesärztekammer für die Thematik GOÄ

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Petra Bubel, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Susanne Blessing, Dr. Christian Albring, Wieland Dietrich und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache I - 10) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Das Dezernat der Bundesärztekammer, das sich mit der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beschäftigt, muss personell und materiell so ausgestattet werden, dass es auch im Verhältnis zum Verhandlungspartner dieser Aufgabe gewachsen ist. Es soll sich in sinnvollen Fällen externer Experten bedienen.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 appelliert an die Landesärztekammern, dafür die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung zu stellen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Eine Datenstelle für die Weiterentwicklung der GOÄ muss transparent sein

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Anja Dippmann und Dr. Hans-Detlef Dewitz (Drucksache I - 49) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 beschließt für den Fall, dass die Schaffung einer Datenstelle nicht zu umgehen ist, dass diese transparent ist. Diese Datenstelle muss den Beteiligten vollen Zugang zu den Daten zusichern und unabhängig von den Beteiligten eine Kontrollfunktion über den korrekten Datenfluss und das vollständige und vollzählige Datenvolumen des Datenzuflusses ausüben.

Begründung:

Laut dem im September 2015 von der Bundesärztekammer und der privaten Krankenversicherung (PKV) gemeinsam an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übersandten Entwurf eines neuen § 11a der Bundesärzteordnung (BÄO) soll sich die Gemeinsame Kommission (GeKo) zur Durchführung ihrer Aufgaben einer Datenstelle bedienen. Diese Datenstelle soll mindestens halbjährliche Analysen vornehmen, zu allen der GeKo in § 11a Abs. 2 BÄO zugewiesenen Aufgaben, d. h. unter anderem zur Beseitigung von Über- und Unterbewertungen, zu den zulässigen Behandlungsumständen, die eine Steigerung des Gebührensatzes rechtfertigen oder begründen können, zum Umgang mit Informations-, Beratungs-, Kennzeichnungs- und Dokumentationspflichten bei Erbringung von Auftragsleistungen nach der GOÄ und zur Sicherung der Qualität. Diese Analysen sollen dem BMG dann unverzüglich übermittelt werden.

Die Datenstelle soll die Berechnungsbasis für die gesamte GOÄneu darstellen. Laut der §§ 12 bis 15 im Entwurf zur Geschäftsordnung der GeKo soll nur die Datenstelle Zugriff auf die Daten haben und diese innerhalb einer bestimmten Frist löschen. Beihilfe und PKV sollen Abrechnungsdaten an die Datenstelle liefern, wobei auch Teildaten akzeptiert würden. Dies würde bewirken, dass die Datenhoheit alleinig bei den Datenzulieferern (PKV, Beihilfe) liegen würde, somit bestünde eine Asymmetrie an Information und Verfügbarkeit der Daten zuungunsten der Leistungserbringer. Selbst Berufsverbände und Landesärztekammern sollen laut Entwurf keinen Einblick in die Änderungen der der GOÄneu zugrundeliegenden Daten erhalten. Näheres zur Datenstelle und zu einer Leitlinie zur Grundlage der Datenanalysen würde erst noch zu beschließen sein.



Fest steht jedoch schon, dass die Kosten der Datenstelle aus dem Haushalt der Kommission bestritten würden, der hälftig von der Bundesärztekammer, also der Ärzteschaft, zu tragen wäre. Wäre die Datenstelle nicht unabhängig, würde die Ärzteschaft ansonsten hälftig eine nicht unabhängige Datenstelle finanzieren, deren Kostenentwicklung unabwägbar ist und deren inhaltliche Vollständigkeit und Korrektheit die Ärzteschaft (vertreten durch die vier von der Bundesärztekammer benannten Vertreter in der GeKo) aufgrund unklarer Transparenzverhältnisse nicht kontrollieren könnte.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Steigerungsfaktoren in der Ärzte-GOÄneu

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Petra Bubel, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Susanne Blessing, Dr. Hans Worlicek und Wieland Dietrich (Drucksache I - 21) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Die Steigerungsfaktoren müssen in der Ärzte-GOÄneu grundsätzlich und generell zur Verfügung stehen. Um die Rechnung individuell entsprechend dem Aufwand gestalten zu können, muss es einen Spielraum mit einer freien Wahlmöglichkeit des Faktors in einem gewissen Bereich geben. Eine Untergrenze für den Faktor muss weiterhin vorgesehen werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Erarbeitung aktueller Leistungslegenden und -bewertungen in der GOÄneu

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Andreas Hellmann, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Dr. Petra Bubel, Christa Bartels, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Wieland Dietrich und Dr. Susanne Blessing (Drucksache I - 07) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 beschließt, dass der Vorstand der Bundesärztekammer für eine aktuelle Ärzte-GOÄneu gemeinsam mit den jeweiligen Berufsverbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften dem medizinischen Fortschritt entsprechende Leistungslegenden und entsprechende Bewertungen erarbeiten soll.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Einbeziehung der Berufsverbände und Fachgesellschaften bei der
Entwicklung der Ärzte-GOÄneu

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Andreas Hellmann, Wieland Dietrich, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt, Dr. Susanne Blessing, Dr. Petra Bubel, Dr. Klaus-Peter Spies und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache I - 12) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Die Berufsverbände und wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sind in die Verhandlungen zur Ärzte-GOÄneu einzubeziehen, indem sie regelmäßig und umfassend über den Stand der Verhandlungen unterrichtet werden und ihren Sachverstand jeweils einbringen können. In die Bewertung der notwendigen Simulationsberechnungen werden die Berufsverbände einbezogen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Geeignetes Anhörungs-, Informations- und Bewertungsverfahren zu den Leistungslegenden und -bewertungen der GOÄ mit den Berufsverbänden und Fachgesellschaften

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Andreas Hellmann, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Joachim Wichmann und Wieland Dietrich (Drucksache I - 06) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Die Leistungslegenden und -bewertungen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) müssen aktuellen wissenschaftlichen und fachlichen Erkenntnissen entsprechen. Hierfür muss sowohl für die derzeitige Erstellung einer Ärzte-GOÄneu als auch für deren künftige Aktualisierungen ein geeignetes Anhörungs- und Informationsverfahren mit den Berufsverbänden und wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften etabliert werden. Wenn die Berufsverbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften dem Ausschuss "Gebührenordnung" der Bundesärztekammer Änderungen der GOÄ vorschlagen, sollten diese von der Bundesärztekammer unter deren Einbeziehung bearbeitet und bewertet werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Vorlage von statischen und dynamischen Simulationen sowie qualitativen und quantitativen Auswirkungen der Ärzte-GOÄneu

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Wieland Dietrich, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Frauke Wulf-Homilius und Christa Bartels (Drucksache I - 13) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 beschließt, dass der Vorstand der Bundesärztekammer vor den Verhandlungen mit der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Beihilfe statische und dynamische Simulationen zu erstellen hat, um die qualitativen und quantitativen Auswirkungen der Ärzte-GOÄneu abschätzen zu können. Diese sind auch dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 sowie den Berufsverbänden vorzulegen.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Verankerung des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der GOÄ - jetzt!

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Christa Bartels, Dr. Hans Ramm und Dr. Andreas Hellmann (Drucksache I - 20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer und die entsprechenden Gremien dazu auf, das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie dringend und noch vor der großen Novellierung in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu verankern und die ungleiche Vergütung der Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Psychotherapieverfahren zu beenden. Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde vom 95. Deutschen Ärztetag 1992 beschlossen und 1993 in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) eingeführt. Mit inzwischen gut 3.000 niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist dies kein kleines Fachgebiet. Nur mit einer entsprechenden Abbildung des Fachgebietes in der GOÄ ist es für den ärztlichen Nachwuchs und im Sinne der Patientinnen und Patienten attraktiv.

Begründung:

Aufgrund der steigenden Zahl somatisch und psychisch komorbid erkrankter Patientinnen und Patienten werden Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie dringend flächendeckend benötigt. Es geht hier nicht nur um die Versorgung mit Psychotherapie, es geht um die psychosomatische Diagnostik und Behandlung bei schwersten somatischen Erkrankungen im internistischen, neurologischen und orthopädischen Bereich, oft auch als Komorbiditäten. Die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten kann von psychologischen Psychotherapeuten nicht geleistet werden. Hierzu ist ein fundiertes medizinisches Hintergrundwissen notwendig, um eine optimale und ressourcenorientierte Behandlung mit dem Patienten erarbeiten zu können.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

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

EntschlieÙung

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Susanne Blessing und Dr. Frauke Wulf-Homilius (Drucksache I - 37) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Lediglich etwa ein Viertel der Beitragsgelder zur privaten Krankenversicherung (PKV) wird für ärztliche Behandlung ausgegeben. Wie bereits auf dem 118. Deutschen Ärztetag 2015 werden die weiterhin zu hohen Abschlussaufwendungen, insbesondere die zu hohen Abschlussprovisionen kritisiert. Die Delegierten fordern eine deutliche Senkung dieser Abschlussprovisionen. Auch sind die Kosten für Verwaltung und Leistungsmanagement auf den Prüfstand zu stellen. Stattdessen muss ein größtmöglicher Anteil der Beitragsgelder der Versicherten für medizinische Zwecke verwendet werden.

Vor diesem Hintergrund ist es auch im Hinblick auf die Verhandlungen zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) inakzeptabel, wenn seitens des PKV-Verbandes ein Inflationsausgleich abgelehnt, ja sogar Kostenneutralität gefordert wird, andererseits für versicherungsinterne Zwecke derart überhöhte Mittel aufgewendet werden.



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Titel: Offenlegung von Verbindungen/Mitgliedschaften der Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und Teilnehmer an den GOÄ-Verhandlungen mit privaten Krankenversicherern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christoph Freiherr Schoultz von Ascheraden, Dr. Ullrich Mohr, Martin Holzapfel, Dr. Klaus-Dieter Böhme, Dr. Jürgen de Laporte, Dr. Daniela-Ursula Ibach, Dr. Roland Freßle und Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache I - 44) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und alle ärztlichen Mitglieder der Verhandlungen mit der privaten Krankenversicherung (PKV) über die Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf, ihre Mitgliedschaft in Gremien, Beiräten, Arbeitskreisen und sonstigen institutionalisierten Verbindungen zu privaten Krankenversicherern offenzulegen. Die Angaben sind im Deutschen Ärzteblatt zu veröffentlichen.

Begründung:

Transparenz ist die Grundlage von Vertrauen. Was in Wissenschaft und Politik gefordert wird, muss auch für die Mandatsträger der deutschen Ärzteschaft gelten.



**TOP II Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen
Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierter
Unternehmenskultur**

- II - 01 Für eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Versorgung
der Patienten mit Arzneimitteln
- II - 03 Erstattung von OTC-Arzneimitteln bei älteren multimorbiden
Patienten
- II - 04 Zulassungskriterien in Zulassungsstudien besser gestalten
- II - 05 Bewährte Arzneimittel müssen weiterhin zur Verfügung gestellt
werden
- II - 06 Ausreichende staatliche Finanzierung der
Arzneimittelnutzenbewertung erforderlich



**TOP II Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen
und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur**

Titel: Für eine qualitativ hochwertige und kosteneffiziente Versorgung der Patienten
mit Arzneimitteln

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Klaus-Peter Spies und Dr. Wolf von Römer (Drucksache II - 01a) und Wieland Dietrich, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Susanne Blessing und Christa Bartels (Drucksache II - 01b) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Mit der Einführung der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes - AMNOG) im Jahr 2011 sollte eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten mit neu zugelassenen Arzneimitteln erreicht werden. Trotz inzwischen höherer Einsparungen durch das AMNOG wird das ursprünglich angestrebte Ziel in Höhe von 2,4 Mrd. Euro bei Weitem nicht erreicht. Die Ausgaben für Arzneimittel im GKV-Bereich steigen stattdessen jährlich weiter um vier bis fünf Prozent. Bei einigen Arzneimitteln - vor allem in der Onkologie - liegen die jährlichen Therapiekosten pro Patient bei 80.000 Euro und höher.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 befürchtet deshalb, dass aus Kostengründen die ausreichende Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und privaten Krankenversicherung (PKV) gesichert und eine gerechte Verteilung begrenzter Ressourcen in unserem Gesundheitssystem zunehmend gefährdet sein wird.

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert deshalb den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Grundlagen für die Bewertung neuer Arzneimittel im AMNOG-Verfahren an die Kostenentwicklung anzupassen und dadurch die Rahmenbedingungen für eine rationale und kosteneffiziente Pharmakotherapie zu verbessern. Die Ärzteschaft sollte sich darauf verlassen können, dass die in ihrem Nutzen bewerteten Arzneimittel ab Markteinführung eine wirtschaftliche Verordnung über das gesamte Anwendungsgebiet ermöglichen. Dies schafft Verordnungssicherheit. Die Übernahme des Preisbildungsrisikos, z. B. in Form der Gefahr von Regressforderungen durch die Kostenträger, wird von der Ärzteschaft abgelehnt.



Der 119. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, darauf zu achten, dass der beschriebene Finanzkonflikt nicht dazu führt, dass in Zukunft innovative Medikamente den Patienten vorenthalten werden.

Begründung:

Die von GKV bzw. PKV übernommenen Kosten bei neuen Arzneimitteln müssen sich am evidenzbasierten Nachweis des patientenrelevanten Nutzens orientieren und den G-BA-Beschlüssen zum Zusatznutzen folgen. Die derzeit freie, ausschließlich am Markt orientierte Preisfestlegung für Arzneimittel im ersten Jahr nach der Markteinführung durch den pharmazeutischen Unternehmer muss abgeschafft werden.

Die Erkenntnisse aus der Nutzenbewertung sollten den Ärzten in verständlicher Form zeitnah zur Verfügung stehen, um bei Therapieentscheidungen im Versorgungsalltag auch einbezogen werden zu können. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass der berechnete Anspruch der Patienten auf eine dem Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse entsprechende medikamentöse Versorgung adäquat berücksichtigt wird.

Arzneimittel mit nachgewiesenem Zusatznutzen als wichtige therapeutische Säule der Behandlung von Patienten sollten, nachdem sie auf dem deutschen Markt eingeführt wurden, uneingeschränkt zur Verfügung stehen. Durch geeignete Maßnahmen muss der Gesetzgeber versorgungsrelevante Marktrücknahmen aus marktwirtschaftlichen Gründen verhindern und dem weiterhin bestehenden Problem der Versorgungsengpässe entgegenwirken.



**TOP II Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen
und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur**

Titel: Erstattung von OTC-Arzneimitteln bei älteren multimorbiden Patienten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Gerald Quitterer und Bernd Zimmer (Drucksache II - 03) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 lehnt die von den Bundestagsfraktionen von CDU und SPD als Reaktion auf den Pharmadialog erhobene Forderung ab, wonach ältere, multimorbide Patienten OTC-Arzneimittel künftig grundsätzlich von den Krankenkassen erstattet bekommen.

Begründung:

Gerade bei den älteren, multimorbiden Patienten geht jede weitere Substanz in einem komplexen Therapieregime mit wissenschaftlich gut belegtem Risikoanstieg für unerwünschte Arzneimittelinteraktionen einher. Gerade der rationale, sparsame Substanzeinsatz würde mit einer derartigen Regelung zunehmend unterlaufen. Eine Vielzahl von OTC-Präparaten wie Johanniskraut, niedrig dosierte nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) u. v. m. bieten ein hohes Interaktionspotenzial im Rahmen der Therapie multimorbider Senioren.



**TOP II Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen
und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur**

Titel: Zulassungskriterien in Zulassungsstudien besser gestalten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Oliver Funken (Drucksache II - 04) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nur noch Medikamente im deutschen Markt zuzulassen, die alle Daten offenlegen, und insbesondere bei Onkologika und Rheumatologika die Lebensqualität als Outcome-Faktor mit zu evaluieren.



**TOP II Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen
und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur**

Titel: Bewährte Arzneimittel müssen weiterhin zur Verfügung gestellt werden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Michael Klock, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Andreas Weber, Prof. Dr. Reinhard Griebenow und Rolf Granseyer (Drucksache II - 05) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft eine Liste von therapie relevanten und bewährten Medikamenten zu erstellen, damit die als notwendig erachteten Arzneimittel durch die Pharmaindustrie weiterhin sowie ausreichend produziert werden und für die notwendige Therapie jederzeit zur Verfügung stehen.

Begründung:

Wichtige bewährte Medikamente werden durch Einstellung sowie Herunterfahren der Produktion, Indikationsumwandlung, Rückgabe der Zulassung und/oder Gewinnoptimierung nicht mehr durch die Pharmaindustrie zur Verfügung gestellt.



**TOP II Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen
und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur**

Titel: Ausreichende staatliche Finanzierung der Arzneimittelnutzenbewertung
erforderlich

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Gerald Gronke, Prof. Dr. Ulrich Schwantes, Dr. Hanjo Pohle und Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz (Drucksache II - 06) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Unabhängige versorgungsrelevante Forschung zur Arzneimittelnutzenbewertung ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert daher die ausreichende staatliche Finanzierung von unabhängigen Institutionen und Forschungsvorhaben zur Arzneimittelnutzenbewertung.

Begründung:

Die von pharmazeutischen Firmen betriebene Arzneimittelforschung ist teuer und kann deshalb nicht vom Staat selbst übernommen werden. Firmenforschung ist nicht unabhängig. Die Überprüfung der Forschungsergebnisse muss aber unabhängig erfolgen. Dafür müssen Kontrollgremien und -vorhaben unabhängig finanziert werden. Eine firmenunabhängige Finanzierung ist nur mit staatlichen Mitteln möglich. Der Staat hat z. B. aus den Einnahmen aus der Umsatzsteuer für Arzneimittel auch die Mittel dafür.



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

*Novellierung der MWBO
Weitere Themen*



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Novellierung der MWBO

- III - 02 Antrag auf Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (Impfleistungen)
- III - 20 Versorgung von Menschen mit Behinderung in die Weiterbildungsordnung aufnehmen
- III - 21 Prävention als Aufgabe der Gesamtärzteschaft
- III - 10 Digitale Bibliotheken als Zulassungsvoraussetzung für Weiterbildungsstätten
- III - 22 Gebietsbezogene geriatrische Kompetenz als wesentlichen Bestandteil medizinischer Versorgung stärken
- III - 13 Kommunikation gehört zum lebenslangen Lernen
- III - 04 Antrag auf Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe (Partnerbehandlung)
- III - 09 Einführung einer Zusatzbezeichnung "Klinische Notfallmedizin"
- III - 08 Mindestweiterbildungszeiten
- III - 17 Kompetenzen statt starrer Weiterbildungszeiten - Überprüfung
- III - 12 Klare Regeln für ergänzende Weiterbildungsmöglichkeiten
- III - 01 MWBO-Novelle: Version 2 für die Fachgebiete auf WIKI-BÄK



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Antrag auf Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (Impfleistungen)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Fischbach (Drucksache III - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Geschlechts- und altersunabhängige Impfleistungen müssen durch Ärztinnen und Ärzte aller Fachgebiete erbracht werden. Eine Aufnahme der Impfleistung in die "Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung für die Abschnitte B und C" der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wird zur Gewährleistung der Erfordernisse der Menschen und der ärztlichen Berufsordnung vorgenommen.

Begründung:

Die mangelnde Durchimpfung der Bevölkerung in Deutschland erfordert dringende Maßnahmen. Eine der Ursachen liegt in der Beschränkung der Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildungsordnung (WBO) mancher Bundesländer, wie zum Beispiel bei Kinder- und Frauenärztinnen und -ärzten, die nur Kinder bzw. Frauen impfen dürfen.

Die geschlechts- und altersunabhängige Impfleistung muss in die "Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung für die Abschnitte B und C" der MWBO überführt werden, damit alle Ärztinnen und Ärzte unabhängig von ihrem Fachgebiet zur Durchimpfung der Bevölkerung beitragen können.

Die ärztliche Berufsordnung gibt vor:

- Im Gelöbnis: Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.
 - In den Grundsätzen: § 1 Abs. 2: Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.
-



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Versorgung von Menschen mit Behinderung in die Weiterbildungsordnung aufnehmen

Beschluss

Auf Antrag von Günther van Dyk, Dr. Birgit Wulff, Klaus Schäfer, Dr. Hans Ramm, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Pedram Emami MBA und Dr. Bruno Schmolke (Drucksache III - 20) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern werden aufgefordert, die Betreuung von/den Umgang mit Menschen mit Behinderung in strukturierter Form als Weiterbildungsinhalt im Rahmen der MWBO-Novelle in die (Muster-)Weiterbildungsordnung aufzunehmen.

Begründung:

Bereits der 113. Deutsche Ärztetag 2010 unterstützte uneingeschränkt (Drs. V - 17 und V - 17a) die Forderung der UN-Behindertenrechtskonvention nach einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen, die der Qualität und dem Stand der Versorgung von Menschen ohne Behinderungen entspricht. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben und die volle und gleichberechtigte Teilhabe.

In konsequenter Umsetzung dieses Beschlusses muss die Betreuung von/der Umgang mit Menschen mit Behinderung in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten stärker berücksichtigt werden. Dies sollte für alle Fachgebiete gleichermaßen gelten, sodass in der MWBO ein entsprechend strukturierter Inhalt in die allgemeinen Inhalte aufzunehmen ist.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Prävention als Aufgabe der Gesamtärzteschaft

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Oliver Funken und Bernd Zimmer (Drucksache III - 21) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Gesundheitsförderung und Prävention sind als wesentliche und in der Bedeutung steigende Bestandteile der Gesundheits- und Heilfürsorge der Bürgerinnen und Bürger umfänglich in der ärztlichen Weiterbildungsordnung zu aktualisieren und damit zu intensivieren.

Die mit dem Präventionsgesetz (PrävG) vom 18.05.2015 beschlossenen weitgehenden Maßnahmen zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung müssen verstärkt aufgegriffen werden, damit die deutsche Ärzteschaft auch zukünftig dafür bestmöglich weitergebildet in die nationale Präventionsstrategie eingebunden ist.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer auf, in die "Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung" die gebietsbezogene Prävention und Früherkennung von Krankheiten für alle Lebensalter im jeweiligen soziokulturellen Umfeld aufzunehmen.

Begründung:

Prävention und Gesundheitsförderung sollen überall greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Damit geht das Präventionsgesetz über die bisherigen Maßnahmen der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hinaus, schließt aber auch in diesem Bereich Lücken. Die Beratung im soziokulturellen Umfeld der Menschen entscheidet vielfach über das Erkrankungsrisiko, lange bevor Erkrankungen auftreten. Dieses spezifische, individualisierte Erkrankungsrisiko zu vermeiden oder bestmöglich in allen Lebensbereichen vom pränatalen Stadium bis ins hohe Alter zu minimieren, ist ein Kernmerkmal ärztlicher Tätigkeit.

Das Gesetz sieht vor, dass die bestehenden Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiterentwickelt werden. Künftig soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszusprechen, diese durch konkrete



Verordnungen zu unterstützen und damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patienten beizutragen.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Digitale Bibliotheken als Zulassungsvoraussetzung für Weiterbildungsstätten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache III - 10) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 bittet die Bundesärztekammer, in der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) vorzusehen, dass für eine Zulassung als Weiterbildungsstätte Voraussetzung ist, eine Präsenzbibliothek oder eine digitale medizinische Bibliothek mindestens für die Weiterzubildenden vorzuhalten. Für alle Weiterbildungsbereiche müssen dabei mindestens allgemein anerkannte digitale Fachzeitschriften und ein Zugang zur Cochrane Library vorgehalten werden.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Gebietsbezogene geriatrische Kompetenz als wesentlichen Bestandteil medizinischer Versorgung stärken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Gerald Quitterer, Dr. Jörg Böhme, Dr. Jan Döllein und Dr. Michael Rosenberger (Drucksache III - 22) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Die demografische Entwicklung in einer Gesellschaft des langen Lebens erfordert eine flächendeckende Versorgung eines stetig steigenden Anteils älterer bis hochbetagter Patientinnen und Patienten. Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert deswegen, dass bei der Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) auch Versorgungsaspekte berücksichtigt werden und eine gebietsbezogene Berücksichtigung geriatrischer Kompetenzen in allen patientenversorgenden Fächern erfolgt und nicht durch die Einführung eines Facharztes für Geriatrie eine weitere Spezialisierung mit Abspaltung angestoßen wird.

Begründung:

Die Einführung eines Facharztes für Geriatrie in der MWBO und die Konzentration auf stationäre Versorgung geriatrischer Patienten führt zu einem Rückzug der geriatrischen Versorgung aus der Fläche.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Kommunikation gehört zum lebenslangen Lernen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Christiane Groß M.A. (Drucksache III - 13) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient gehört zur ärztlichen Tätigkeit. Gute Kommunikation muss fortlaufend trainiert und reflektiert werden. Deshalb sollten Kommunikationstrainings in der Aus-, Weiter- und Fortbildung verpflichtend verankert werden. Die Grundlagen der ärztlichen Kommunikation müssen bereits in der Ausbildung erworben werden und insbesondere Gesundheitsberatung, motivierende Gesprächsführung, sprachliche Kompetenzen, interkulturelle Sensibilität und allgemeine in allen Gebieten vorkommende Gesprächsführung umfassen. Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 begrüÙt daher die Verstärkung des Trainings in der ärztlichen Kommunikation und ärztlichen Gesprächsführung im Rahmen der ärztlichen Ausbildung, die der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) vorsieht.

Der 119. Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, den Erwerb der gebietsspezifischen Kommunikationskompetenz ausdrücklich in die ärztliche Weiterbildungsordnung im allgemeinen Kompetenzblock aufzunehmen.

Ziel der Weiterbildung ist der geregelte Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für definierte ärztliche Tätigkeiten nach Abschluss der Berufsausbildung. Die Kommunikation hat je nach Gebiet teilweise eine besondere Spezifität und sollte auch im Gebiet innerhalb der Weiterbildung geübt werden. Aufbauend auf die in der Ausbildung vermittelten Kernkompetenzen sollen die ärztliche Gesprächsführung und Kommunikation in der Weiterbildung inhaltlich an der gebietsspezifischen Kommunikationskompetenz orientiert und integriert in die jeweilige Weiterbildung von den befugten Ärztinnen und Ärzten vermittelt werden. Ein extraklinischer Kurs kann die Anleitung der ärztlichen Kommunikation von einem erfahrenen befugten Arzt in dem jeweiligen Gebiet nicht ersetzen.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Antrag auf Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe (Partnerbehandlung)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus König (Drucksache III - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Beratung und Therapie des männlichen Partners bei genitalen Infektionen einer Frau ist - auch - durch Frauenärztinnen und -ärzte in Praxis und Klinik möglich.

Begründung:

In einigen Bundesländern ist die medizinisch erforderliche Beratung und Mitbehandlung des Mannes bei einer genitalen Infektion seiner Partnerin durch Frauenärztinnen und -ärzte nicht möglich - Ursache ist die Beschränkung der Weiterbildungsordnung auf weibliche Patientinnen.

Die notwendige Beratung und Partnerbehandlung unterbleibt in vielen Fällen, weil die Partner den Hausarzt, Urologen oder Dermatologen nicht aufsuchen können oder wollen. Die Folge sind rezidivierende Vulvovaginitiden, chronische Veränderungen der Vulva, der Vagina bzw. der Zervix bis hin zu Präkanzerosen sowie gehäufte Arbeitsunfähigkeitszeiten der Partnerin.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Einführung einer Zusatzbezeichnung "Klinische Notfallmedizin"

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache III - 09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert, dass in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) eine Zusatzbezeichnung "Klinische Notfallmedizin" aufgenommen wird. Durch stetig steigende Patientenzahlen in Notaufnahmen steigen die Anforderungen an dort tätige Ärzte permanent. Um auch in Zukunft den qualitativ hohen Standard der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland zu sichern sowie Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung entsprechend anleiten zu können, ist hierfür die Einführung einer Zusatzqualifikation dringend erforderlich.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Mindestweiterbildungszeiten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Heidemarie Lux, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Christiane Groß M.A. (Drucksache III - 08) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 bittet die Bundesärztekammer, in der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) zeitnah vorzusehen, dass die Weiterbildungsabschnitte von drei Monaten angerechnet werden können und eine Weiterbildung in Teilzeit auch mit mindestens zwölf Wochenstunden, wenn diese nicht die Hälfte der Gesamtweiterbildungszeit überschreitet, ermöglicht wird.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Kompetenzen statt starrer Weiterbildungszeiten - Überprüfung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß M.A., Anne Kandler, Dr. Susanne Johna, Christa Bartels, Michael Lachmund und PD Dr. Maria Vehreschild (Drucksache III - 17) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesärztekammer auf, bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) die geplanten vorgegebenen starren Weiterbildungszeiten zugunsten der Feststellung von Kompetenzen zu überprüfen.

Begründung:

In der Regel soll wie bisher für die Anerkennung eines fachärztlichen Abschlusses der Nachweis von festgelegten Weiterbildungszeiten gefordert werden. Dies kann unter Umständen bedeuten, dass bei Ärztinnen und Ärzten, die eine reduzierte Arbeitszeit haben, eine Verlängerung der Anerkennungszeiten eventuell auch auf mehr als die doppelte Zeit anwächst.

Völlig in den Hintergrund geraten bei diesem Verfahren die erworbenen fachlichen Kompetenzen, die z. B. in Nachtdiensten, Überstunden, ehrenamtlichen Tätigkeiten etc. nachweislich erworben wurden. Sinnvoll erscheint demgegenüber für einzelne Fächer oder auch einzelne Weiterbildungsabschnitte eine kritische Überprüfung, ob hier eine Reduktion der Weiterbildungszeit ermöglicht werden kann.

Auch sollte grundsätzlich überprüft werden, ob Teilzeitstellen immer nur anteilmäßig anerkannt werden können, denn bekanntlich ist zum Teil die Arbeit innerhalb einer Teilzeitbeschäftigung höher konzentriert als bei einer Ganztagsbeschäftigung.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Klare Regeln für ergänzende Weiterbildungsmöglichkeiten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Christiane Groß M.A. (Drucksache III - 12) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern auf, Definition und Voraussetzungen von ergänzenden Weiterbildungsmöglichkeiten im Rahmen der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) klarzustellen:

1. Theoretische Weiterbildungsmöglichkeiten können die Erreichung von Weiterbildungszielen immer nur ergänzen, aber die praktische Weiterbildung am Patienten nicht ersetzen.
2. Voraussetzungen für die Teilnahme an ergänzenden Weiterbildungsmöglichkeiten sind Freiwilligkeit, Zertifizierung durch die Ärztekammer und Durchführung von einem Weiterbildungsbefugten im Sinne der Weiterbildungsordnung.
3. Als Bestandteil der Weiterbildung setzen ergänzende Weiterbildungsmöglichkeiten die Sicherstellung des freien Zugangs und der Finanzierung für alle sich weiterbildende Ärztinnen und Ärzte voraus.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: MWBO-Novelle: Version 2 für die Fachgebiete auf WIKI-BÄK

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 nimmt den aktuellen Sachstand zur Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zur Kenntnis. Er bittet die Bundesärztekammer, den Abschnitt B der MWBO in der neuen Entwurfsversion (Version 2) auf WIKI-BÄK einzustellen, damit im Rahmen des Konvergenzverfahrens mit den Ärztekammern die Fachgesellschaften und Berufsverbände die aktuelle Fassung kommentieren können.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Weitere Themen

- III - 03 Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe (männliches Mammakarzinom)
- III - 05 Aufstockung der Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung
- III - 19 Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung
- III - 11 Anerkennung von Weiterbildungsgängen und -abschnitten im Ausland
- III - 16 Evaluation der Reformergebnisse der (Muster-)Weiterbildungsordnung



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe (männliches Mammakarzinom)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus König (Drucksache III - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Diagnostik und Therapie des männlichen Mammakarzinoms werden - auch - durch Frauenärztinnen und -ärzte in Praxis und Klinik durchgeführt. Aufgrund der Versorgungsnotwendigkeit erfolgt die Änderung der Weiterbildungsordnung unverzüglich.

Begründung:

Die Diagnostik von Brustveränderungen unter Zuhilfenahme von Mammasonografie und Stanze etc. sowie die Therapie des Mammakarzinoms beim Mann wird nach Überweisung durch Haus- und Fachärzte üblicherweise durch Frauenärztinnen und -ärzte durchgeführt. Die Tumornachsorge des in einer Frauenklinik operierten männlichen Mammakarzinompatienten obliegt meist Frauenärztinnen und -ärzten. In einigen Bundesländern wird die frauenärztliche Leistung beim Mammakarzinom des Mannes nicht honoriert, sondern als fachfremd deklariert, weil in der Weiterbildungsordnung nicht explizit auf die Behandlung des männlichen Mammakarzinoms Bezug genommen wird.

Die Aufnahme eines entsprechenden Passus in die bestehende Weiterbildungsordnung ist aus medizinischer und aus der Versorgungsnotwendigkeit erforderlich.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Aufstockung der Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Andreas Hellmann und Dr. Siegfried Rakette (Drucksache III - 05) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) dringend dazu auf, zusammen mit dem Gesetzgeber für eine weitergehende Förderung der Weiterbildung im ambulanten fachärztlichen Bereich zu sorgen. Nachdem immer mehr Weiterbildungsinhalte nur noch im ambulanten Bereich vermittelt werden können, steht es außer Frage, dass im Sinne einer qualifizierten, umfänglichen Weiterbildung dieser Bereich zunehmend mit einzubeziehen ist. Für den notwendigen Umfang einer ambulanten Weiterbildung reichen die bereitgestellten Mittel bei Weitem nicht aus.

Begründung:

In zahlreichen Anträgen und Wortbeiträgen auf Deutschen Ärztetagen wurde die Bedeutung des ambulanten Sektors auch für die fachärztliche Weiterbildung festgestellt und konsentiert. 1.000 Weiterbildungsplätze im fachärztlichen Bereich werden derzeit bundesweit gefördert. Das ist in Anbetracht des zunehmenden Ärztemangels auch im fachärztlichen Bereich nicht genug.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Klaus König, Dr. Peter Zürner und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache III - 19) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Vertragschließenden der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V, d. h. die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), mit Nachdruck auf, schnellstmöglich § 3 Abs. 3 der Vereinbarung zu ändern und dafür Sorge zu tragen, dass auch Weiterbildungen von Facharztgruppen gefördert werden können, für die die (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) eine geringere als eine 24-monatige Weiterbildungszeit in der ambulanten Versorgung vorsieht.

Begründung:

In der am 01.07.2016 in Kraft tretenden Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V von DKG, KBV und GKV-Spitzenverband heißt es in § 3 Abs. 3, dass nur Facharztgruppen finanziell förderfähig sind, für die die MWBO eine fakultative Weiterbildungszeit von mindestens 24 Monaten in der ambulanten Versorgung vorsieht. Da die MWBO für viele Facharztgruppen eine geringere als eine 24-monatige Weiterbildungszeit in der ambulanten Versorgung enthält (z. B. Gebiet Anästhesiologie: 18 Monate, Gebiet für Innere Medizin: 18 Monate, Gebiet für HNO: 12 Monate), würde dies bedeuten, dass viele für die Versorgung wichtige Fachgruppen von der Förderung ausgeschlossen wären.

Um dies zu korrigieren, ist die Vereinbarung dringend zu ergänzen und die Förderung auf Fachgruppen zu erstrecken, die eine 12-, 18- oder 24-monatige Weiterbildungszeit in der ambulanten Versorgung vorsehen.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Anerkennung von Weiterbildungsgängen und -abschnitten im Ausland

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Heidemarie Lux, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger und Dipl.-Med. Sabine Ermer (Drucksache III - 11) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 bittet die Bundesärztekammer, zur Erleichterung der Bearbeitung von Anfragen von Ärzten aus dem Ausland nach der Anerkennung von Weiterbildungsgängen und -abschnitten und zur Vermeidung der Befassung mehrerer Landesärztekammern mit derselben Anfrage ein pseudonymisiertes Register der Antragsteller einzuführen. Vorbild dafür könnte das Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) darstellen.

In einer zweiten Ausbaustufe sollte dieses Register in systematisierter Weise auch die Kernpunkte des Antrags und der betroffenen Entscheidung aufnehmen.



TOP III Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Evaluation der Reformergebnisse der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Katharina Thiede und Julian Veelken (Drucksache III - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert, unmittelbar nach Inkrafttreten der sich aktuell noch im Erarbeitungsprozess befindenden novellierten (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) eine umfassende Evaluation der ärztlichen Weiterbildung zu initiieren.

Diese Evaluation muss darauf abzielen, die positiven und negativen Einflüsse der Novelle auf die ärztliche Weiterbildung festzustellen. Darauf aufbauend müssen der weitere Reformbedarf identifiziert und ein Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung der MWBO veranlasst werden.

Begründung:

Die aktuelle Novelle der ärztlichen Weiterbildung bleibt trotz des immensen geleisteten Arbeitsaufwandes aller Beteiligten in ihren bisherigen Ansätzen hinter den Erwartungen zurück, die an die ärztliche Weiterbildung insbesondere auch im internationalen Vergleich gestellt werden müssen. Eine gründliche Evaluation ist also dringend notwendig, um die auch in Zukunft erforderlichen Reformen inhaltlich zu untermauern.

Mit dem Kompetenzbegriff wird in der Novelle der MWBO für Deutschland ein Novum in die ärztliche Weiterbildung eingeführt, dessen Auswirkungen gründlich untersucht werden müssen, um den Bedenken verschiedener Interessenvertreter Rechnung zu tragen und mittelfristig eine tatsächlich kompetenzbasierte Weiterbildung zu erreichen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

*Bericht zum Beschluss IX-02 des 118. Deutschen Ärztetages 2015
- Gremienstruktur
Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und
Ökonomie
Arbeitsbedingungen/Arbeitsschutz/ärztliche Berufsausübung
Arzneimittel
Ausbildung
Behindertenrechte
Bundesärztekammer
Deutscher Ärztetag
Entscheidungsassistenz
Ethikkommission
Fortbildung
Gesundheitsfachberufe
Indikationsstellung
Intersexualität
Kindergesundheit
Klug entscheiden
Krankenhaus
Normung
Notfallversorgung
Palliativversorgung
Qualitätssicherung/Patientensicherheit
Reproduktionsdiagnostik/PID/Pränataldiagnostik
SGB V/GKV
Telematik/Telemedizin/E-Health
Weitere Themen*



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Bericht zum Beschluss IX-02 des 118. Deutschen Ärztetages 2015 - Gremienstruktur

IV - 99 Erhalt der Akademie für Gebietsärzte und Akademie für Allgemeinmedizin



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Erhalt der Akademie für Gebietsärzte und Akademie für Allgemeinmedizin

Beschluss

Auf Antrag von Bernd Zimmer, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Oliver Funken, Dr. Christian Albring, Dr. Jan Döllein, Dr. Gerald Qitterer, Dr. Michael Rosenberger, Dr. Markus Beck, Dr. Christoph Freiherr Schoultz von Ascheraden, Dr. Wolf von Römer und Dipl.-Med. Bernd Helmecke (Drucksache IV - 99) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Die Akademien für Gebietsärzte und Allgemeinmedizin bleiben mit eigenem Statut und mit der bisherigen Struktur erhalten. Dazu gehört insbesondere, dass die jeweiligen Vorstände vom Deutschen Ärztetag gewählt werden.

Begründung:

Eine Verschmelzung der Akademien wird weder nennenswerte Ressourcen sparen noch zur Verschlinkung der Gremienstruktur beitragen. Schon heute treffen sich die Akademien, um sektorenübergreifende Themen zu diskutieren.

Eine Abschaffung der Akademien in der jetzigen Form wird

- keine Ressourcen sparen,
- die Gremienstruktur nicht vereinfachen,
- keine zusätzlichen Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Diskussion schaffen und
- die demokratischen Mitwirkungsrechte des Deutschen Ärztetages einschränken durch den Wegfall der Wahl der Akademievorstände durch die Delegierten des Deutschen Ärztetages.

Der Erhalt der Akademien ist sachgerecht, da nur auf diese Weise die Möglichkeit geschaffen wird, spezifische Versorgungsthemen (hausärztliche und gebietsärztliche Versorgungsebene) in der gebührenden Differenziertheit zu diskutieren. Das Verschmelzen der beiden Akademien zu einer "Gemeinsamen Akademie der Bundesärztekammer" bietet dazu keine Perspektive.

Eine grundsätzlich begrüßenswerte Verschlinkung der Gremienstruktur wird durch die Abschaffung der beiden Akademien nicht erreicht angesichts der zehn unterschiedlichen Organisationsformen, in denen die Themen der Bundesärztekammer bearbeitet werden.



Vielmehr wäre es dafür erforderlich, die 91 Kommissionen, Beauftragten, Arbeitsgruppen, Foren, Ausschüsse und Unterausschüsse, Ständigen Konferenzen und anderen Einrichtungen der Bundesärztekammer auf Überschneidungen und Redundanzen zu überprüfen.

Das Ergebnis der Bearbeitung des Themas Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in den letzten Jahren hat gezeigt, dass Transparenz und Mitwirkungsmöglichkeiten an allen Themen, die die Ärzteschaft betreffen, von größter Bedeutung sind. Der Wegfall der demokratischen Rechte des Deutschen Ärztetages bei der Wahl der Akademievorstände und zukünftiger Bestimmung der Vorstände durch das Bundesärztekammerpräsidium ist dabei ein völlig falscher Weg.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie

- IV - 02 Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie
- IV - 03 Auswirkungen des Spannungsfeldes zwischen Medizin und Ökonomie auf erfolgsabhängige, vorrangig an ökonomischen Kriterien orientierte Bonuszahlungen bei der Vergütung leitender Krankenhausärzte und nichtleitender, angestellter Ärzte
- IV - 33 Freiberuflichkeit erhalten - Fremdbestimmung ausschließen - Ökonomisierung der Medizin verhindern
- IV - 22 Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen
- IV - 77 Angestellte Ärztinnen und Ärzte im Konflikt zwischen Kommerzialisierung und Medizin
- IV - 105 Leitende Krankenhausärzte



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 02) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der sparsame Umgang mit Ressourcen gehört zu den Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten. Sie möchten, dass Gesundheitsleistungen trotz begrenzter Ressourcen möglichst allen Patientinnen und Patienten zugutekommen, entsprechend ihren Bedürfnissen und dem medizinisch-wissenschaftlichen Stand. In diesem Sinne muss ärztliches Handeln ökonomisch orientiert sein. Das individuelle Patienten-Arzt-Verhältnis muss dabei aber frei von Interessen Dritter oder auch eigenen Interessen bleiben und darf sich ausschließlich am Patientenwohl orientieren. Beide Prinzipien sind als wesentliche ethische Grundlagen der freien ärztlichen Berufsausübung auch in der ärztlichen Berufsordnung in Deutschland verankert und auch international anerkannt.

Leitende Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern tragen für beide Prinzipien die Verantwortung, auch in ihrer Funktion als Vorgesetzte, Lehrer und Vorbilder. Gerade Krankenhausträger und deren Verwaltungen, aber auch Kostenträger und politisch Handelnde sollten leitende Ärztinnen und Ärzte daher in ihrem freien ärztlichen Handeln im Interesse der Patienten unterstützen.

Daher begrüÙt der 119. Deutsche Ärztetag 2016, dass der Gesetzgeber seiner Bitte gefolgt ist und die gesetzlichen Vorgaben für zulässige Zielvereinbarungen klarer und schärfer definiert hat. Er fordert die Krankenhausträger auf, bei der Gestaltung der Verträge für die Tätigkeit leitender Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus diese Vorgaben zu respektieren und den folgenden Anforderungen an die Unabhängigkeit ärztlichen Handelns Rechnung zu tragen.

Ökonomische Parameter dürfen keine Definitionsmacht über ärztliches Handeln erlangen

Ökonomisierung ist dann abzulehnen, wenn betriebswirtschaftliche Parameter individuelle und institutionelle Ziele ärztlichen Handelns definieren, ohne dass es eine medizinische Begründung gibt, die sich am Patientenwohl orientiert. Letztlich müssen im Konfliktfall ärztlich-medizinische Gesichtspunkte in der individuellen Entscheidungssituation der Ärztinnen und Ärzte bei der Patientenbehandlung ökonomischen Erfordernissen und Aspekten gesellschaftlicher Verantwortung immer vorgehen.



Medizinische und ökonomische Ziele müssen jedoch nicht zwangsläufig einen Gegensatz darstellen. Solange ökonomisches Denken dazu beiträgt, die originären Ziele der Medizin möglichst effektiv zu erreichen, stellt es einen integralen Bestandteil des ärztlichen Berufsethos dar und ist damit sogar geboten. Wenn jedoch ökonomisches Denken Zielen wie Gewinnmaximierung oder Rentabilitätsorientierung Vorrang gewährt, widerspricht dies den obigen Prinzipien (s. auch Stellungnahme "Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung" der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, 2013).

Kollision zwischen Ökonomie und Medizin muss vermieden werden

Die Medizin ist auf eine zeitintensive Zuwendung und eine empathische Beziehungsqualität des Arztes gegenüber dem Patienten ausgerichtet. Je patientennäher der Bereich ist, auf den die Ökonomie Einfluss nimmt, desto größer wird die Gefahr, dass Ärztinnen und Ärzte in eine Konfliktsituation zwischen medizinischen Notwendigkeiten und ökonomischen Vorgaben geraten. Daraus folgt, dass ökonomische Vorgaben sowohl unabhängiges ärztliches Handeln als auch Arbeitsbedingungen ermöglichen müssen, die eine ausreichende Patientenzuwendung gewährleisten.

Unter ökonomisch geprägtem Druck kann der Aufwand an Gesprächs- und Begegnungszeit mit dem Patienten zur Disposition stehen. Hiermit wird nicht Überflüssiges eingespart, sondern der Kern der ärztlichen Identität. Die Medizin darf nicht auf Messbares reduziert werden, vielmehr muss der persönlichen ärztlichen Zuwendung zum Patienten mehr Gewicht eingeräumt werden. Dies gilt gleichermaßen auch für die weiteren anerkannten Gesundheitsberufe. Dabei verschlechtert eine an vordergründig ökonomischem Denken ausgerichtete, zu geringe Stellenbemessung zum Beispiel in der Pflege die Situation zusätzlich.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Auswirkungen des Spannungsfeldes zwischen Medizin und Ökonomie auf erfolgsabhängige, vorrangig an ökonomischen Kriterien orientierte Bonuszahlungen bei der Vergütung leitender Krankenhausärzte und nichtleitender, angestellter Ärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 03) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Susanne Blessing, Christa Bartels und Dr. Axel Brunngraber (Drucksache IV - 03a) und Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing und Dr. Axel Brunngraber (Drucksache IV - 03b) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Krankenhausträger auf, bei ihren Vertragsverhandlungen mit leitenden Krankenhausärztinnen und -ärzten von festzustellenden Umgehungsstrategien zur Aushebelung des gesetzgeberischen Willens bei der Neufassung des § 135c SGB V abzusehen und diesem uneingeschränkt Rechnung zu tragen. Anderenfalls wäre der Gesetzgeber aufgerufen, derartigen Entwicklungen auch rechtlich Einhalt zu gebieten.

Der 119. Deutsche Ärztetag begrüÙt die Aktivitäten der Gemeinsamen Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte, Fehlsteuerungen durch Bonuszahlungen im Gesundheitswesen zu verhindern.

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert die Krankenhausträger darüber hinaus auf, auch gegenüber den nichtleitenden Klinikärzten und den in ambulanten Bereichen (z. B. medizinischen Versorgungszentren) von Krankenhäusern angestellten Ärzten Fehlanreize durch vorrangig ökonomisch motivierte Zielvorgaben zu vermeiden oder Ärzte durch solche Zielvorgaben unter Druck zu setzen.

Auf Bonusversprechungen oder Sanktionen, die zur Modifikation von Diagnosen und Therapien, des Einweisungs- oder Überweisungsverhaltens oder zum Upcoding bei Kodierung und Abrechnung dienen, muss grundsätzlich verzichtet werden.

Begründung:

Das Problem zunehmender Ökonomisierungstendenzen in der Medizin zeigt sich beispielhaft seit mehr als einem Jahrzehnt in den Dienst- bzw. Arbeitsverträgen leitender



Krankenhausärzte. Schon mehrere Deutsche Ärztetage haben erfolgsabhängige Bonuszahlungen strikt abgelehnt, da das Risiko bestehe, dass leitende Ärztinnen und Ärzte durch finanzielle Anreize veranlasst werden könnten, Leistungseinschränkungen oder -ausweitungen zu erwägen. Auch wenn die Berücksichtigung ökonomischer Erfordernisse notwendig ist, darf dies nicht dazu führen, dass medizinische Entscheidungen im Krankenhaus primär von wirtschaftlichen Kriterien determiniert werden. Mit jedem Bonus für das Erreichen ökonomisch ausgerichteter Ziele ist auch eine Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit verbunden. § 23 Abs. 2 (Muster-)Berufsordnung (MBO-Ä) bestimmt daher, dass "in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis [...] eine Ärztin oder ein Arzt eine Vergütung für ihre oder seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren [darf], dass die Vergütung die Ärztin oder den Arzt in der Unabhängigkeit ihrer oder seiner medizinischen Entscheidung beeinträchtigt".

Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer - gemeinsam mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands - aus rechtlichen Erwägungen eine entsprechende Änderung der gesetzlichen Vorschrift des § 136a SGB V [alt] selbst als erforderlich erachtet. Die Erweiterung der gesetzlichen Regelung auch auf Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür, wie z. B. Case-Mix-Volumina oder Summen von Bewertungsrelationen, trägt der seitherigen Entwicklung in notwendigem Maße Rechnung und stellt somit eine notwendige Voraussetzung für die vom Gesetzgeber angestrebte Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von ökonomischen Anreizen dar.

Dieser Initiative der Bundesärztekammer trug der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mit einer Neufassung dieser Vorschrift in § 135c [neu] Rechnung. Die zum 01.01.2016 in Kraft getretene Neufassung des § 135c SGB V lautet: "Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern."

Auf dieser differenzierteren gesetzlichen Grundlage werden die Bundesärztekammer und der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands im Rahmen ihrer Gemeinsamen Koordinierungsstelle die Arbeit zur Bewertung von Zielvereinbarungen fortsetzen, um damit auch zukünftig Ärztinnen und Ärzte sowie Klinikverwaltungen dabei zu unterstützen, nur rechtskonforme Zielvereinbarungen abzuschließen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Freiberuflichkeit erhalten - Fremdbestimmung ausschließen - Ökonomisierung der Medizin verhindern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Christiane Frenz, Dr. Anke Müller, Dr. Kerstin Skusa, Dr. Evelin Pinnow, Dipl.-Med. Bernd Helmecke und Dr. Andreas Crusius (Drucksache IV - 33) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 wendet sich nachdrücklich gegen die zunehmenden fach- und sachfremden Einflüsse, denen insbesondere leitende Krankenhausärzte, aber auch die Ärzteschaft insgesamt ausgesetzt sind, und die mehr und mehr ökonomische Gesichtspunkte in den Vordergrund stellen. Die Freiheit der ärztlichen Entscheidung und damit das Patientenwohl als Maxime ärztlichen Handelns werden zunehmend infrage gestellt. Bonuszahlungen für leitende Krankenhausärzte, welche Anreize ausschließlich zur Erlössteigerung setzen, sind Ausdruck der systematischen Fehlentwicklung und daher strikt abzulehnen. Die wirtschaftlichen Rentabilitätsentwicklungen einerseits sowie staatliche Lenkung, eine zunehmende Bürokratie, Reglementierungen und ein sozialrechtliches Korsett andererseits verengen die medizinischen Handlungskorridore und entmündigen die ärztliche Autorität und damit auch die Souveränität des Patienten. Darüber hinaus wird mit der ökonomischen und funktionalen Verengung des Arztberufs zum "Dienstleister", "Reparateur" oder wirtschaftlichen "Unternehmer" dieser nachhaltig trivialisiert und teilweise diskreditiert.

Begründung:

Der ärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Er ist geprägt durch die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von medizinischen Leistungen. Bezeichnend für die Tätigkeit aller Ärztinnen und Ärzte, egal in welcher Rechtsform sie ihren Beruf ausüben, sind vor allem die Weisungsunabhängigkeit von nichtärztlichen Dritten in allen fachlichen und medizinischen Fragen und die Bindung an berufsethische Werte.

Der Beruf des Arztes als freier Beruf findet seine Selbstbeschränkung in der Verantwortung, die er für seine Patienten und gegenüber der Gesellschaft übernimmt. Freiheit und Verantwortung sind das Fundament für eine intakte Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt sowie zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft.



Die ärztliche Freiberuflichkeit ist weitaus mehr als ein gesellschaftliches Leitbild, sie ist für die Ärztinnen und Ärzte eine Frage der inneren Haltung und gelebter Berufsmoral. Sie tragen bei allen täglichen medizinischen Entscheidungen eine hohe persönliche Verantwortung für die Gesundheit ihrer Patienten und sind sich dessen bewusst.

Nicht nur aus ökonomischen Interessen, sondern auch aus ideologischen Gründen wird die ärztliche Freiberuflichkeit zunehmend beschädigt. Es liegt im gesamtgesellschaftlichen Interesse und dient dem Patientenwohl, die Freiberuflichkeit dauerhaft zu sichern.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Michael Krakau, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Anne Bunte, Dr. Claus Beermann, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Christian Köhne und Prof. Dr. habil. Bernd Haubitz (Drucksache IV - 22) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 betrachtet mit Sorge, dass im Rahmen der Vertragsbedingungen von leitenden Ärzten und Chefarzten bei sogenannten Zielvereinbarungen zunehmend unternehmerische Risiken der Krankenhausträger, wie auch das Erreichen von konkreten Leistungsvorgaben, zum Vertragsgegenstand gemacht werden. In diesem Zusammenhang bleibt festzustellen, dass auch Ärzte mit Leitungsfunktionen in einem Arbeitsverhältnis stehen, bei dem vom Arbeitgeber die Vergütung der geleisteten Arbeitszeit geschuldet ist und nicht wie bei einem Werkvertrag das Erreichen bestimmter Leistungserfolge. Der Arzt schuldet die Heilbehandlung, nicht einen bestimmten wirtschaftlichen Erfolg.

Daher müssen die Vertragsbedingungen angestellter Ärzte inhaltlich so ausgestaltet sein, dass die ärztliche Tätigkeit unabhängig nach den sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen ausreichender, zweckmäßiger und wirtschaftlicher, das Maß des Notwendigen nicht überschreitender Leistungserbringung erfolgen kann. Dies muss aber eine auf den Einzelfall bezogene, unabhängige ärztliche Entscheidung bleiben, die nicht durch summarische betriebswirtschaftliche Vorgaben und darauf basierende finanzielle Anreize gegängelt wird.

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) daher auf, dafür Sorge zu tragen, dass diese arbeitsrechtlichen Vorgaben in Chefarztverträgen eingehalten werden. Sie muss dies in der Vereinbarung mit der Bundesärztekammer gemäß § 135c SGB V unmissverständlich umsetzen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Angestellte Ärztinnen und Ärzte im Konflikt zwischen Kommerzialisierung und Medizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich, Dr. Christoph Ehrensperger, Dr. Joachim Suder, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Peter Scholze und Dr. Bernhard Winter (Drucksache IV - 77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, ein öffentliches Symposium zur Problematik von Medizin und Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung vorbehaltlich haushaltsrelevanter Bedenken des Vorstands durchzuführen.

Die Krankenhausversorgung wird anstelle des Patientenwohls immer stärker vom Leitprinzip der Ökonomisierung geprägt. Alle Beschäftigten leiden unter einem steigenden Druck auf ihre Professionalität und ihre ethischen Maßstäbe. Von Konflikten zwischen dem medizinisch Notwendigen und ökonomisch Machbaren sind auch alle angestellten Ärztinnen und Ärzte betroffen, von der jüngsten Assistenzärztin bis zum leitenden Arzt.

Die im ambulanten Bereich angestellten Ärztinnen und Ärzte sind ebenfalls mit ökonomischen Vorgaben ihrer Arbeitgeber konfrontiert.

Begründung:

Das Steuerungsprinzip der Ökonomisierung hat die wünschenswerte Wirtschaftlichkeit ärztlichen Handelns von den Füßen auf den Kopf gestellt. Wirtschaftlichkeit ist eine möglichst effiziente, also sparsame und effektive, d. h. wirksame Zuteilung von Gütern und Dienstleistungen. Sie steht zur moralischen Identität des Arztberufs keineswegs im Widerspruch. Eine Ökonomisierung liegt dagegen vor, "wenn betriebswirtschaftliche Parameter jenseits ihrer Dienstfunktion für die Verwirklichung originär medizinischer Aufgaben eine zunehmende Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Handlungsziele gewinnen."¹

In der Stellungnahme "Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus" lautet die Kritik des Deutschen Ethikrates: "Es fällt auf, dass (...) eine Ausrichtung auf das Patientenwohl als maßgebliches normatives Leitprinzip für die Krankenhausversorgung



bisher nicht explizit im Vordergrund steht. Mit diesem Befund korrespondieren besorgniserregende Entwicklungen in der Krankenhausmedizin, wie zum Beispiel Mengenausweitungen oder Reduzierungen von Behandlungsleistungen, die Konzentration auf besonders gewinnbringende Behandlungsverfahren zulasten anderer notwendiger Behandlungsangebote sowie mittlerweile problematische Arbeitsbedingungen für das im Krankenhaus tätige Personal.² Es ist an der Zeit, den zunehmenden Widerspruch zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung des Gesundheitswesens näher in Augenschein zu nehmen und Politik und Öffentlichkeit für die aktuellen Fehlentwicklungen zu sensibilisieren.

¹ "Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung", Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin (...) bei der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 38, 20.09.2013, A1754

² "Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus", Stellungnahme des Deutschen Ethikrats, 05.04.2016, 5.1 Zusammenfassung, S. 131



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Leitende Krankenhausärzte

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Wolfgang Linhart, Dr. Anne Gräfin Vitzthum von Eckstädt, Dr. Wolfgang Miller, Dr. Ullrich Mohr, Dr. Klaus Baier und Prof. Dr. Michael Faist (Drucksache IV - 105) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 möge beschließen, dass die Landesärztekammern den leitenden Krankenhausärzten als deren Standesorganisation in organisatorischen Fragen sowie bei Problemen in berufsrechtlichen oder sozialrechtlichen Fragen unterstützend zur Seite stehen und ihnen dafür eine geeignete Plattform zur Verfügung stellen.

Begründung:

Die leitenden Krankenhausärzte haben bisher als originäre Mitglieder der Ärztekammern keinerlei Möglichkeiten, seitens ihrer Ärztekammern bei berufs- oder standesrechtlichen Problemen einen entsprechenden Ansprechpartner zu haben.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Arbeitsbedingungen/Arbeitsschutz/ärztliche Berufsausübung

- IV - 20 Arbeiten 4.0 - keine Aufweichung bestehender gesetzlicher und tariflicher Arbeitsschutzstandards
- IV - 24 Wissenschaftszeitvertragsgesetz
- IV - 25 Zunehmende Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte
- IV - 35 Mutterschutz - Einheitliches Schutzniveau gewährleisten
- IV - 36 Geplante Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie - Bereitschaftsdienst muss Arbeitszeit bleiben
- IV - 80 Einhaltung der ärztlichen Berufsordnung bei der Gestaltung von Arbeitsverträgen
- IV - 66 Unterstützung nichtleitender angestellter Ärzte bei berufsordnungsgerechter Gestaltung von Arbeitsverträgen
- IV - 50 Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation: Eine dauerhafte Aufgabe für die Ärzteschaft und die Gesundheitspolitik



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Arbeiten 4.0 - keine Aufweichung bestehender gesetzlicher und tariflicher Arbeitsschutzstandards

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 20) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 erwartet vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), dass die bestehenden verbindlichen gesetzlichen Standards zum Schutz von Arbeitnehmern nicht angesichts eines behaupteten Flexibilisierungsbedarfes preisgegeben werden. Insbesondere die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) ermöglichen im Zusammenspiel mit der tariflichen Regelungskompetenz der Tarifpartner bereits jetzt ein Höchstmaß an arbeitgeberseitiger Flexibilität bei gleichzeitigem Schutz der Arbeitnehmer und gewährleisten einen nachhaltigen Interessenausgleich.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Wissenschaftszeitvertragsgesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 24) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, das Wissenschaftszeitvertragsgesetz (WissZeitVG) erneut zu ändern und zwingende Mindeststandards hinsichtlich der Befristung von Arbeitsverträgen zu setzen sowie die Tarifsperre aufzuheben.

Begründung:

Im Vorfeld der Novellierung des WissZeitVG 2016 wurde von verschiedener Seite darauf hingewiesen, dass die Befristungspraxis im Hochschulbereich und insbesondere auch bei den Ärztinnen und Ärzten an Universitätsklinik zu überwiegend sehr kurzen Laufzeiten nach dem WissZeitVG führte, und deswegen gefordert, feste Mindeststandards von wenigstens zwei Jahren bei den Vertragslaufzeiten zu normieren. Weiterhin war gefordert worden, die aus dem Hochschulrahmengesetz (HRG) übernommene Tarifsperre aufzuheben, um flexiblere und an die jeweilige Berufsgruppe angepasste Regelungen zu ermöglichen.

Diese Forderungen sind in der jüngsten Novellierung leider nur mangelhaft umgesetzt worden. Nach der Neufassung des Gesetzes ist künftig die Befristungsdauer so festzulegen, dass sie der angestrebten Qualifizierung "angemessen" ist. Dieser Rechtsbegriff ist auslegungsbedürftig und wird nicht zu einer Änderung der Befristungspraxis insbesondere von Ärztinnen und Ärzten führen. Der Gesetzgeber macht in der Begründung sogar deutlich, dass er sich hier wegen der Vielfalt der Qualifizierungsmöglichkeiten und -wege gerade nicht festlegen möchte. So werden es künftig wie so oft die Arbeitsgerichte sein, die im Einzelfall entscheiden, was unter dem "sinnvollen Zeitraum" im Hinblick auf die Qualifizierung zu verstehen ist. Werden die Arbeitsgerichte nicht angerufen, wird es im Zweifel nach wie vor der Arbeitgeber sein, der die Bedingungen setzt.

Einen Sonderfall stellt im Bereich der Universitätsklinik die Befristung von



Arbeitsverträgen für Ärztinnen und Ärzte dar, die sich in der Weiterbildung befinden. Der Gesetzgeber hat hier versäumt klarzustellen, ob er den Abschluss der Facharztweiterbildung als Qualifizierungsziel im Sinne des WissZeitVG ansieht. Wenn es sich um ein solches Qualifizierungsziel handeln sollte, muss unbedingt normiert werden, dass die Befristungsdauer dann zwingend so zu bemessen ist, dass die "für eine selbstständige Vertretung des Fachs Medizin in der Lehre erforderliche" Facharztweiterbildung (BAG, 02.09.2009 – 7 AZR 291/08) auch abgeschlossen werden kann. Anderenfalls kann auch der einzig im Bereich der Medizin auf neun Jahre ausgedehnte Qualifizierungszeitraum in der Postdoc-Phase nicht mehr gerechtfertigt werden. Wenn es sich bei der Facharztweiterbildung nicht um eine Qualifizierung im Sinne des WissZeitVG handeln soll, kann eine Befristung nur nach dem Ärzte-Arbeitsvertragsbefristungsgesetz (ÄArbVtrG) erfolgen.

Ähnliche Unsicherheiten, die eine Normierung von Mindeststandards bei den Vertragslaufzeiten erfordern, gelten nun bei Drittmittelbefristungen. Künftig "soll" sich die Laufzeit des Arbeitsvertrages an der Dauer des Projektes orientieren. Aber auch hier bleibt viel Spielraum, da die Vorschrift nicht als zwingende Vorgabe formuliert und ebenfalls bereits in der Begründung vermerkt ist, dass kürzere Befristungen, wenn auch nur im Ausnahmefall, möglich bleiben.

Es war weiterhin gefordert worden, wie auch der Ausschuss für Kulturfragen in seinen Empfehlungen vom 06.10.2015 an den Bundesrat ausführte, die bereits aus dem HRG übernommene Tarifsperre im WissZeitVG aufzuheben. Auch dies hat der Gesetzgeber nicht aufgegriffen. So wird es den zuständigen Gewerkschaften auch künftig nicht möglich sein, mit den Arbeitgebern eigene Tarifregelungen zu verhandeln. Diese Option würde jedoch nicht zu weniger Verlässlichkeit für die Nachwuchswissenschaftler führen, sondern ermöglichen, passgenaue Lösungen zu entwickeln und wesentlich flexibler und schneller zu reagieren als der Gesetzgeber.

Im Ergebnis kommt die Novellierung des WissZeitVG über gut gemeinte Ansätze kaum hinaus. Standards, insbesondere zwingende zeitliche Untergrenzen für Befristungen, wurden nicht gesetzt. Stattdessen hat der Gesetzgeber wie so oft einen Teil der Probleme auf die Judikative delegiert. Eine erneute Novellierung des Gesetzes hinsichtlich der Mindeststandards ist unabdingbar, um insbesondere Nachwuchswissenschaftlern im ärztlichen Bereich planbare, verlässliche und transparente Karrierewege, auf die sie auch ihr privates Leben abstimmen können, zu bieten.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zunehmende Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Rudolf Henke (Drucksache IV - 25) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 spricht sich dafür aus, dass aufgrund zunehmender Gewalt gegenüber Ärztinnen und Ärzten und anderem medizinischen Personal das Thema "Deeskalationstraining" bereits im Studium behandelt und während der Weiterbildung und weiterhin im Klinikalltag thematisiert werden soll.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Mutterschutz - Einheitliches Schutzniveau gewährleisten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Klaus Reinhardt und Dr. Thomas Lipp (Drucksache IV - 35) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 begrüÙt grundsätzlich die im Kabinettsbeschluss zum Mutterschutzgesetz formulierten Änderungen im Mutterschutzrecht, insbesondere die Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten auf Studentinnen. Die Einbeziehung der ärztlichen Vertretung in Gestalt der ärztlichen Berufsverbände und Kammern im geplanten Ausschuss für Mutterschutz ist dabei unerlässlich. Der 119. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber des Weiteren auf, die Anforderungen der Richtlinie 2010/41/EU zur Gleichbehandlung von Selbstständigen umzusetzen.

Begründung:

Insbesondere die Gesundheitsberufe sind als mutterschutzrechtlich gefahrgeneigter Tätigkeitsbereich zu bezeichnen. Der Anteil der weiblichen Medizinstudierenden liegt bei mehr als 60 Prozent, und somit übertrifft korrespondierend auch die Anzahl der ärztlichen Berufseinsteigerinnen die der männlichen Kollegen.

Besonders von Ärztinnen wird das Mutterschutzrecht jedoch nicht selten als Hemmnis in ihrem beruflichen Fortkommen erlebt, da die Schutzfunktion häufig nicht als solche wahrgenommen und, ohne den individuellen Bedürfnissen der Schwangeren und ihrer Eigenverantwortlichkeit Raum zu geben, restriktiv angewandt wird.

Der 119. Deutsche Ärztetag unterstützt daher grundsätzlich das Ziel des Gesetzes, die mutterschutzrechtlichen Arbeitgeberpflichten besser zu konturieren und die Beschäftigungsverbote grundlegend zu überarbeiten, um dem Wunsch vieler Frauen an der Fortführung ihrer Erwerbstätigkeit auch während der Schwangerschaft und Stillzeit in angemessener Weise Rechnung zu tragen. Allerdings ist ein einheitliches Gesundheitsschutzniveau in der Schwangerschaft, nach der Entbindung und während der Stillzeit berufsgruppenunabhängig nur dann zu gewährleisten, wenn die spezifischen Belange einzelner Berufsgruppen ausreichend Berücksichtigung gefunden haben.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Geplante Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie - Bereitschaftsdienst muss
Arbeitszeit bleiben

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Thomas Lipp und Dr. Hanjo Pohle (Drucksache IV - 36) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Arbeitgeber im Gesundheitswesen und die politisch Verantwortlichen dazu auf, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) sicherzustellen und sich einer Aufweichung der EU-Arbeitszeitrichtlinie entschieden entgegenzustellen.

Begründung:

Die Belastung der Ärztinnen und Ärzte an der Klinik durch Überstunden und ausufernde Arbeitszeiten ist fortwährend hoch, wie eine Abfrage des Hartmannbundes anlässlich des 118. Deutschen Ärztetages 2015 unter seinen angestellten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zeigte. Eine geplante Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie, die eine Erweiterung der Wochenhöchstleistungszeit sowie eine Neubewertung der inaktiven Zeit während des Bereitschaftsdienstes vorsieht, würde zu einer unzumutbaren Arbeitsbelastung der am Krankenhaus Beschäftigten führen. Ziel des ArbZG ist es, die Arbeitnehmer vor überlangen Arbeitszeiten zu schützen und die Einhaltung ihrer Ruhezeiten zu garantieren. Die gesamte Bereitschaftsdienstzeit muss daher auch weiterhin als Arbeitszeit gewertet werden. Bereits im Rahmen der bestehenden Regularien ist es mittels einer Opt-Out-Einwilligungserklärung der Beschäftigten möglich, die Arbeitszeiten auch über die wöchentliche Höchstleistungszeit von 48 Stunden hinaus auszudehnen. Die geforderte Flexibilität der Arbeitgeber ist damit schon heute gegeben.

Durch eine Lockerung des Arbeitsschutzes für Ärztinnen und Ärzte sowie für das Pflegepersonal wird nicht nur die Gesundheit der Beschäftigten, sondern auch die Patientensicherheit gefährdet. Personalmangel darf nicht auf dem Rücken der Beschäftigten ausgetragen werden.



Die Handlungsweise der Arbeitgeber wird den Personalmangel im Gegenteil noch weiter verstärken, da sich die Attraktivität einer Abwanderung in nichtkurative Tätigkeitsfelder oder ins Ausland bei einer Fortführung der Nichteinhaltung des ArbZG sich weiter manifestiert.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einhaltung der ärztlichen Berufsordnung bei der Gestaltung von Arbeitsverträgen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Prof. Dr. Matthias Richter-Turtur (Drucksache IV - 80) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Vorstände der Bundes- und Landesärztekammern auf, die Einhaltung der ärztlichen Berufsordnung weiter zu gewährleisten. Angriffen auf die Berufsordnung in Form von inakzeptablen Vertragsregelungen muss in Zukunft zur Unterstützung der Betroffenen von Seiten der Ärztekammern widersprochen werden.

Begründung:

Im Laufe der letzten Jahrzehnte gerieten Ärzte im Beschäftigungsverhältnis, insbesondere leitende Ärzte in ihrem ärztlichen Handeln, zunehmend unter ökonomischen Erfolgsdruck. Unter dem Zwang arbeitsvertraglicher Regelungen ist die Einhaltung der Regeln zur Berufsordnung, insbesondere der ärztlichen Unabhängigkeit, zunehmend gefährdet. Einzelne Kolleginnen und Kollegen sind in der Bewerberposition nicht in der Lage, arbeitsvertragliche Regelungen (Bonusvereinbarungen, betriebswirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen, Steigerung der Fallschwere und Indikationsausweitungen etc.) ändern zu können, selbst wenn diese der ärztlichen Berufsordnung widersprechen. Nur unter dem öffentlichen Druck der für die Berufsausübung verantwortlichen Ärztekammern kann es gelingen, einen effektiven Widerstand gegen diese oktroyierten Vertragsbedingungen auszuüben.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Unterstützung nichtleitender angestellter Ärzte bei berufsordnungsgerechter Gestaltung von Arbeitsverträgen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Jörg Franke (Drucksache IV - 66) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 betont, dass die in § 23, Abs. 2 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) definierten Anforderungen an die Zulässigkeit von Vergütungsregelungen nicht nur für Chefarzte, sondern generell für alle angestellten Ärzte, die in der ambulanten oder stationären Patientenbetreuung tätig sind, gelten.

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, eine Prüfung von Verträgen angestellter Ärzte auch in nichtleitender Funktion anzubieten, um eine Vereinbarkeit der Regelungen in ärztlichen Angestelltenverträgen mit den Grundsätzen der Berufsordnung sicherstellen zu können.

Begründung:

Zunehmend betriebswirtschaftlich geprägte und dominierte Strukturen, auch im Bereich der ambulanten Patientenversorgung, bedrohen die Freiheit der ärztlichen Entscheidung als unabdingliche Grundlage der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. 29.000 angestellt in der ambulanten Versorgung tätige Ärzte müssen hier dringend unterstützt werden. In der Regel sind gerade diese Kollegen wenig juristisch beraten und stehen bei der Vertragsverhandlung oft Personalabteilungen relativ allein gegenüber.

Eine ausreichende Sicherstellung der unabhängigen Entscheidungsfindung durch angestellte Ärztinnen und Ärzte benötigt Unterstützung.

Schon aufgrund der hohen Zahl angestellter Ärzte in der ambulanten Patientenversorgung würde eine Aufweichung der oben genannten Grundsätze hier die ärztliche Reputation gefährden und die Freiberuflichkeit des gesamten Berufsstands in Frage stellen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation: Eine dauerhafte Aufgabe für die Ärzteschaft und die Gesundheitspolitik

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Bernd Zimmer, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König M. san., Michael Krakau, Michael Lachmund, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Manfred Pollok, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Dr. Ursula Stalman, Barbara vom Stein, PD Dr. Maria Vehreschild und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache IV - 50) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Kommunikation ist die Basis jeder ärztlichen Tätigkeit in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Gelungene Kommunikation führt zu besseren Behandlungsergebnissen und sichert den Behandlungserfolg. Sie trägt wesentlich dazu bei, die individuell passende Diagnostik und Therapie zu finden. Gute Kommunikation stärkt die Autonomie und Selbstverantwortung unserer Patientinnen und Patienten. Sie fördert die berufliche Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten und der mit uns arbeitenden Gesundheitsfachberufe/Professionen.

Das hohe Vertrauen, das uns Ärztinnen und Ärzten entgegengebracht wird, ist wesentlich auf die Erfahrung zurückzuführen, dass sich Patientinnen und Patienten ihren Ärztinnen und Ärzten im Gespräch anvertrauen können und mit ihren Sorgen und Anliegen gehört werden. Im NRW-Gesundheitssurvey, einer repräsentativen telefonischen Bevölkerungsumfrage, haben jeweils über 80 Prozent der Befragten angegeben, dass ihre Ärztin/ihr Arzt "meine Sorgen und Ängste berücksichtigt" hat und "geduldig auf meine Fragen eingegangen" ist. 84 Prozent der Befragten haben angegeben, dass die Ärztin/der Arzt "mir aufmerksam zugehört [hat], unabhängig davon, wie beschäftigt sie bzw. er war". Etwa 90 Prozent der Befragten berichteten, dass die Ärztin/der Arzt "die verordnete Therapie mit mir abgesprochen" hat und der Patientin/dem Patienten dabei nicht das Gefühl gegeben hat, ihre bzw. seine Zeit zu vergeuden.

Umgekehrt gilt: Wenn Patientinnen und Patienten Anlass zu Unzufriedenheit oder Beschwerden sehen, ist dies häufig darauf zurückzuführen, dass die Kommunikation nicht gelungen ist. Dieses Risiko steigt, wenn ungünstige Rahmenbedingungen eine gute Kommunikation gefährden. Dies hat der Deutsche Ethikrat im April 2016 in seiner



Stellungnahme "Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus" eindrucksvoll bestätigt und die Gewährleistung einer besseren Kommunikation an den Anfang seiner Empfehlungen gestellt.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 bekräftigt deswegen die Notwendigkeit, die Kommunikationskompetenz als zentrales Merkmal des ärztlichen Berufs weiter zu fördern und zu stärken. Er fordert zugleich Rahmenbedingungen ein, unter denen Ärztinnen und Ärzten Zeit und Ruhe für das Gespräch mit ihren Patientinnen und Patienten finden.

Bereits der 117. Deutsche Ärztetag 2014 und der 118. Deutsche Ärztetag 2015 haben eine Stärkung der ärztlichen Kommunikation gefordert und die sich verschärfenden Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit durch Ökonomisierung, Bürokratisierung und Schematisierung der Medizin kritisiert.

Der 119. Deutsche Ärztetag hält fest:

Die ärztliche Kommunikationskompetenz muss in allen Phasen der beruflichen Tätigkeit erhalten und weiter gestärkt werden.

- Der Deutsche Ärztetag begrüßt die inzwischen entwickelten Vorhaben zur Stärkung der Kommunikationskompetenz in der ärztlichen Ausbildung und fordert deren rasche und vollständige Umsetzung, wie dies auch in der "Heidelberger Erklärung zur Förderung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Ausbildung" dargelegt wird.
- Der Deutsche Ärztetag bekräftigt seine Forderung, Kommunikation als Schlüsselkompetenz in der Weiterbildung weiter zu verankern. Dies ist unbedingt bei der anstehenden Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu berücksichtigen. Außerdem geht es darum, auch die Weiterbildungsbefugten besser dabei zu unterstützen, kommunikative Kompetenzen in der Weiterbildung zu vermitteln.
- Zu einer umfassenden Förderung der Kommunikation gehört es, auch Aspekte wie Selbstfürsorge und Umgang mit den eigenen Grenzen aufzugreifen. Die Etablierung von wirksamen Coping-Strategien muss deshalb ebenso in der Aus-, Weiter- und Fortbildung verankert werden.
- Die Bundesärztekammer und die Ärztekammern werden aufgefordert, weiterhin innovative Fortbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte anzubieten, mit denen die kommunikativen Kompetenzen berufsbegleitend fortentwickelt werden können.

Die Rahmenbedingungen für gute Kommunikation im Gesundheitswesen müssen verbessert werden.

- Der 119. Deutsche Ärztetag fordert, dass alle gesundheitspolitischen Vorhaben mit Blick auf ihre Auswirkungen für die Arzt-Patienten-Beziehung beurteilt werden. Bürokratisierung und Ökonomisierung, die die Patienten-Arzt-Beziehung belasten oder gar weitere Arztzeit weg vom Patienten binden, dürfen nicht weiter voranschreiten,



sondern müssen im Gegenteil zurückgedrängt werden.

- In gleicher Weise sind auch die Kommunikation und Kooperation aller im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen in den Blick zu nehmen.
- Der 119. Deutsche Ärztetag fordert zur Gewährleistung der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Kommunikation einen geschützten Raum. Notwendig hierzu sind Ungestörtheit und die Respektierung der ärztlichen Schweigepflicht.
- Vergütungssysteme im ambulanten wie stationären Bereich sind so auszurichten, dass sie gelingende Kommunikation fördern und Anreize für das Arzt-Patienten-Gespräch setzen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Arzneimittel

- IV - 04 Weniger ist mehr - Patienteninformation zum rationalen Einsatz von Antibiotika
- IV - 53 Patientensicherheit bei medikamentöser und technischer Therapie stärken



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Weniger ist mehr - Patienteninformation zum rationalen Einsatz von Antibiotika

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 04) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 betrachtet die Ausbreitung der Resistenzen bei Antibiotika mit Sorge und sieht für die Versorgung der Patienten eine zunehmende von multiresistenten Keimen ausgehende Gefahr.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aufgefordert, zusammen mit der verfassten Ärzteschaft Maßnahmen und Kampagnen zum rationalen Gebrauch von Antibiotika zu entwickeln und für diese entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Dazu gehören Kommunikationskonzepte mit multimodalem Ansatz unter Einbeziehen von audiovisuellen und sozialen Medien, der Aufbau spezifischer und persönlicher, auch computergestützter Kommunikationstools für die Zielgruppen und eine begleitende Evaluation der Kampagnen durch Erfassung von Antibiotikaverbrauch sowie Förderung der öffentlichen Wahrnehmung und Maßnahmen für eine Veränderung im Verhalten zum Einsatz von Antibiotika.

Begründung:

Die Teilnehmer der Auftaktveranstaltung zur Neugestaltung der Akademien (Akademien der Bundesärztekammer im Dialog) "Muss man alles machen, was man kann?" haben die Problematik konstatiert und darauf hingewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte vor Ort von der Politik wie von der verfassten Ärzteschaft flankierende Maßnahmen zur Patienteninformation erwarten.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Patientensicherheit bei medikamentöser und technischer Therapie stärken

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 53) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung auf, zur Stärkung des Patientenschutzes vor unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) geeignete Maßnahmen zu ergreifen, zum Beispiel durch die Einführung von Meldepflichten. Therapeutische Entscheidungen beruhen immer auf einer Nutzen-Risiko-Abwägung. Während ein nachgewiesener Nutzen in der Regel Grundlage der Zulassung von Arzneimitteln ist, stellt sich das ganze Ausmaß von UAW erst in der Anwendung des Arzneimittels unter Langzeitbedingungen und/oder bei von den Zulassungsstudien nicht erfassten Patientenkollektiven heraus. Im Gegensatz zur Arzneimittelzulassung existiert für UAW kein äquivalentes Regelwerk, das die notwendige Dokumentation klinischer Daten vorschreibt.

Daher muss die Pharmaindustrie nachdrücklich angehalten werden, ihren Verpflichtungen zur zeitgerechten Publikation klinischer Daten aus abgeschlossenen Studien in der Datenbank der European Medicines Agency (EMA) nachzukommen.

Weiterhin unterstützt der 119. Deutsche Ärztetag Bestrebungen auf EU-Ebene, wonach auch schwerwiegende Vorkommnisse beim Einsatz von Medizinprodukten zukünftig den Behörden automatisch gemeldet werden und die Hersteller alle Vorkommnisse dokumentieren sowie auf Verlangen an die Behörden weitergeben müssen.

Der 119. Deutsche Ärztetag betont, dass für alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus die sich aus der ärztlichen Berufsordnung ergebende Pflicht besteht, unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu melden.



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Ausbildung

- IV - 29 Vorklinisches Krankenpflegepraktikum sowohl stationär als auch ambulant ableisten
- IV - 38 Methodische Kompetenz fördern
- IV - 51 Einstellung von Lehrmaterialien in das Intranet an Hochschulen nach § 52a UrhG -
Pauschalvergütung statt nutzungsbezogener Einzelabrechnung



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vorklinisches Krankenpflegepraktikum sowohl stationär als auch ambulant
 ableisten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Hanjo Pohle und Dr. Thomas Lipp (Drucksache IV - 29) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, die Approbationsordnung (ÄAppO) dahingehend zu ändern, dass das vorklinische Krankenpflegepraktikum im Studium der Humanmedizin nicht nur in stationären, sondern zumindest teilweise auch in ambulanten Krankenpflegeeinrichtungen abgeleistet werden kann.

Begründung:

Die Sicherstellung der zukünftigen medizinischen ambulanten Versorgung erfordert einen frühzeitigen Kontakt mit der zunehmend häufigen ambulanten Krankenpflegewirklichkeit.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Methodische Kompetenz fördern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Rudolf Henke, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 38) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die konsequente und flächendeckende Integration von methodisch orientierten Lehrveranstaltungen in das Medizinstudium.

Die Integration soll ohne eine Erhöhung der Gesamtstundenzahl erfolgen, um eine Mehrbelastung der Studierenden zu vermeiden. Ziel ist es, die Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens zu vermitteln. Dies sollte möglichst früh erfolgen, um anhand klinischer Praxis im Laufe des Studiums vertieft werden zu können.

Die adäquate Einordnung von externer Evidenz in den klinischen Entscheidungsprozess setzt nicht nur klinische Erfahrung, sondern auch eine hinreichende methodische Kompetenz voraus. Hier zeigen sich im Alltag der Fortbildungspraxis und auch in der jungen Medizinergeneration deutliche Lücken. Dieses Problem wird immer dann noch verschärft, wenn Medizinstudierende sehr frühzeitig im Rahmen des Medizinstudiums mit diagnostischen und therapeutischen Konzepten konfrontiert werden, ohne das notwendige methodologische Rüstzeug gelernt zu haben. Die Lehrinhalte sollten sich dabei am Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) orientieren.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einstellung von Lehrmaterialien in das Intranet an Hochschulen nach § 52a
UrhG - Pauschalvergütung statt nutzungsbezogener Einzelabrechnung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz, Rudolf Henke und Dr. Christiane Groß M.A. (Drucksache IV - 51) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Kultusministerkonferenz (KMK) der Länder und die VG Wort auf, in dem künftigen Gesamtvertrag über die Vergütung der Nutzungen gemäß § 52a Urheberrechtsgesetz (UrhG) an Hochschulen keine Abrechnung auf Basis einer Einzelerfassung und -meldung vorzusehen, sondern weiterhin eine Pauschalvergütung zu vereinbaren.



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Behindertenrechte

- IV - 81 Im Referentenentwurf zum Bundesteilhabegesetz Leistungen der Eingliederungshilfe zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit für Menschen mit Behinderung beibehalten
- IV - 82 Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB)



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Im Referentenentwurf zum Bundesteilhabegesetz Leistungen der Eingliederungshilfe zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit für Menschen mit Behinderung beibehalten

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters (Drucksache IV - 81) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert, die gesetzliche Grundlage für Leistungen der Eingliederungshilfe zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit für Menschen mit Behinderung in der Eingliederungshilfe aufrechtzuerhalten und zu festigen.

Begründung:

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) veröffentlichte am 26.04.2016 nach langer Diskussion im Vorfeld einen Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes. Schon vorab war ein Arbeitsentwurf bekannt geworden.

Dieser nun veröffentlichte Referentenentwurf ist von Betroffenenverbänden, von Wohlfahrtsverbänden, von Fachverbänden und Fachgesellschaften bereits in vielerlei Hinsicht kritisch bewertet worden, weil er weit hinter dem Ziel einer zeitgemäÙen Politik für Menschen mit Behinderung zurückbleibt.

Die deutsche Ärzteschaft ist besonders beunruhigt über die Tatsache, dass gemäß den Formulierungen des § 76 des Referentenentwurfs alle Leistungen der Eingliederungshilfe zur Förderung und Erhaltung von Gesundheit, insbesondere die nachgehenden Hilfen zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen (bisher § 54 Abs. 1 Nr. 5 SGB XII) künftig ersatzlos entfallen sollen. Für derartige Leistungen kann kein anderer Leistungsträger in Anspruch genommen werden.

Mit dieser Regelungsabsicht werden unverzichtbare Leistungen für notwendige gesundheitsbezogene Aktivitäten, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sichern und ergänzen und die im Alltag regelmäßig von jedem Bürger selbst zu erbringen sind, vollständig aus dem Recht der Eingliederungshilfe ausgeschlossen. Die Regelungsabsicht bedeutet eine gravierende Verschlechterung für Menschen mit Behinderung, die oft im überdurchschnittlichen Maße von chronischen und akuten Krankheiten betroffen sind.



Diese Regelungsabsicht kann keinesfalls hingenommen werden. Die Absicht steht im eklatanten Gegensatz zum häufig besonderen gesundheitlichen Versorgungsbedarf von Menschen mit Behinderung einerseits, zum häufigen Bedarf dieser Gruppe an Assistenz im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung andererseits.

Die Regelungsabsicht verstößt auf größte Weise gegen die Forderungen der Artikel 25 und 26 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Deshalb werden folgende Vorschläge formuliert:

§ 76 Abs. 2 des Referentenentwurfs sollte durch eine neu einzufügende Nr. 4 der aufgeführten Leistungen folgendermaßen ergänzt werden:

1. Leistungen für Wohnraum,
2. Assistenzleistungen,
3. Gesundheitsbezogene Leistungen,
4. Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie, ...

Mit der vorgeschlagenen Einfügung einer neuen Nr. 4 (Gesundheitsbezogene Leistungen) ist die Einfügung eines darauf bezogenen zusätzlichen Paragraphen erforderlich.

Ein demgemäß neu einzufügender § 76a Gesundheitsbezogene Leistungen könnte folgendermaßen formuliert werden:

"(1) Leistungen zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher, psychotherapeutischer oder ärztlich verordneter Behandlungen werden erbracht, soweit dafür kein anderer Leistungsträger zuständig ist. Sie umfassen insbesondere die Assistenz im Hinblick auf die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente, die Assistenz bei der Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen von Behandlungen, die Assistenz bei Einhaltung von Diätvorschriften sowie die Assistenz bei der Ausführung empfohlener Übungsbehandlungen im Alltagskontext.

(2) Die Leistungen der Gesundheitspflege umfassen insbesondere die Assistenz bei der Beobachtung des Gesundheitszustandes und bei der gegebenenfalls notwendig werdenden Anbahnung ärztlicher, psychotherapeutischer oder anderer therapeutischer Hilfen.

(3) Assistenzleistungen bei der gesundheitsbezogenen Gestaltung der Lebensführung dienen der Vorbeugung von Gesundheitsstörungen oder Krankheiten, der Vorbeugung von Verschlimmerungen bestehender Gesundheitsstörungen und Krankheiten sowie der Wiederherstellung der Gesundheit durch Anleitung zu gesundheitsfördernder Lebensweise und Vermeidung von gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen."



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB)

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Helmut Peters (Drucksache IV - 82) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 bittet die Ärztinnen und Ärzte in den Zulassungsausschüssen, Anträge für medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) positiv zu bescheiden und auf diese Weise zum zügigen Aufbau eines flächendeckenden Netzes von MZEB beizutragen.

Begründung:

Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Umsetzung der Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention, namentlich der Artikel 25 und 26 derselben. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden in Form des § 119c SGB V, mit Ergänzungen des § 120 SGB V und mit dem § 43b SGB V, die gesetzlichen Grundlagen für die MZEB in Analogie zu den bewährten sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) (§ 119 SGB V) geschaffen.

Mit dieser gesetzlichen Regelung wurde einer langjährigen und wiederholten Forderung der Fachverbände für Menschen mit Behinderung, aber auch der deutschen Ärzteschaft entsprochen. So hatte der 112. Deutsche Ärztetag 2009 unter Punkt IV der Tagesordnung (Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung) gefordert, "dass die gesetzlichen Grundlagen für medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger und mehrfacher Behinderung (in Anlehnung an die sozialpädiatrischen Zentren) geschaffen werden". Durch diese in komplementärer Beziehung zum medizinischen Regelversorgungssystem stehenden ambulanten spezialisierten Angebote für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung soll die dringend notwendige Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Erwachsenen mit Behinderung vorangebracht werden.

Die bisher vorliegenden Erfahrungen mit Anträgen auf Ermächtigung von in Gründung befindlichen MZEB bei den Zulassungsausschüssen sind sehr unterschiedlich. Teilweise treffen die Antragsteller auf Unkenntnis hinsichtlich dieser neuen Versorgungskomponente oder sogar auf Widerstände im Verfahren.



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Bundesärztekammer

- IV - 15 Vorlage eines Organisationskonzeptes für die Bundesärztekammer
- IV - 47 Vorlage einer Compliance-Regelung für Vorstandsmitglieder der Bundesärztekammer
- IV - 68 Vermeidung von Interessenkonflikten
- IV - 73 Wiedereinführung der Ausschüsse "Sucht und Drogen" und "Prävention und Umwelt"
- IV - 107 Überarbeitung von Satzung und Geschäftsordnung der Bundesärztekammer



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vorlage eines Organisationskonzeptes für die Bundesärztekammer

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Andreas Hellmann, Dipl.-Med. Frank-Ulrich Schulz, Dr. Petra Bubel, Dr. Christian Albring, Dr. Marlene Lessel, Dr. Susanne Blessing, Wieland Dietrich und Dr. Joachim Wichmann (Drucksache IV - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 verlangt vom Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK), bis zum 120. Deutschen Ärztetag 2017 ein Organisationskonzept für die BÄK vorzulegen. Dabei sollen sowohl die derzeitige als auch die zukünftige Gewichtung der Ressourcen der BÄK (Personal, IT und Finanzen) für die Aufgaben und einzelnen Bereiche der BÄK dargestellt werden.

Begründung:

Im Rahmen der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurden die organisatorischen Schwächen und Missstände innerhalb der Organisationsstruktur der BÄK sowie die Abhängigkeit der BÄK von anderen Playern in Bezug auf Projektmanagement, Datenbeschaffung und -analyse deutlich. Unter anderem diese organisatorischen Fehler führten im Rahmen des Projektes GOÄneu zu der heutigen Situation, dass die deutsche Ärzteschaft über keinen eigenen Entwurf einer Gebührenordnung verfügt. Diese Fehler sind für die Zukunft zu korrigieren, um die BÄK langfristig mit entsprechender Kompetenz auszustatten.

Langfristig wird der Aufgabenbereich der BÄK im Rahmen der kontinuierlichen Weiterentwicklung der GOÄ an Gewicht und Bedeutung gewinnen. Diese Entwicklung muss sich ebenso in der Organisationsentwicklung der BÄK durch den Aufbau von Kompetenz und eine entsprechende Ausstattung mit finanziellen Ressourcen widerspiegeln.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vorlage einer Compliance-Regelung für Vorstandsmitglieder der Bundesärztekammer

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Petra Bubel, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing und Dr. Frauke Wulf-Homilius (Drucksache IV - 47) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 eine Compliance-Regelung für alle Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer zur Beschlussfassung vorzulegen.

Diese Regelung muss eine Veröffentlichung entsprechender Nebeneinkünfte von allen Vorstandsmitgliedern der Bundesärztekammer vorsehen ähnlich den Regelungen für Abgeordnete des Deutschen Bundestages.

Weiter ist vorzusehen, dass über die Tätigkeit an sich, den Umfang der Tätigkeit, die Einkünfte aus der Tätigkeit sowie darüber, für welche natürliche oder juristische Person die Tätigkeit erfolgt, Angaben aufzunehmen. Einkommen und Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit in der Patientenversorgung (z. B. in Klinik oder Praxis) sind hiervon ausgenommen.

Begründung:

Im Rahmen der Presseberichterstattung über die Novellierung der GOÄneu wurden Verquickungen zwischen Vorstandsmitgliedern der Bundesärztekammer mit Unternehmenskonzernen bekannt. Der gesamte Vorstand der Bundesärztekammer ist in erster Linie der neutralen Amtsführung verpflichtet, sodass eine entsprechende Veröffentlichung etwaiger Nebenbeschäftigungen verlorenes oder beschädigtes Vertrauen in den Vorstand der Bundesärztekammer wiederherstellt und gleichzeitig transparent informiert.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vermeidung von Interessenkonflikten

Beschluss

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Susanne Blessing, Christa Bartels und Dr. Axel Brunngraber (Drucksache IV - 68) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 stellt fest, dass Unabhängigkeit und Vertrauenswürdigkeit ärztlicher Mandatsträger in der Bundesärztekammer Grundpfeiler sind, um die in der BÄK-Satzung festgeschriebenen Aufgaben erfüllen zu können. Dem kommt besonders zur Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft höchste Bedeutung zu.

Gemäß § 2 der Satzung obliegen der Bundesärztekammer unter anderem folgende Aufgaben:

- Das Zusammengehörigkeitsgefühl aller deutschen Ärzte und ihrer Organisationen zu pflegen,
- die Ärztekammern über alle für die Ärzte wichtigen Vorgänge auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und des sozialen Lebens zu unterrichten,
- auf eine möglichst einheitliche Regelung der ärztlichen Berufspflichten hinzuwirken - in allen Angelegenheiten, die über den Zuständigkeitsbereich eines Landes hinausgehen, die beruflichen Belange der Ärzteschaft zu wahren.

Wir Delegierte vertreten deshalb die Auffassung, dass Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und wichtiger Kommissionen, zum Beispiel der GOÄ-Kommission, keine Funktionen in Gremien privater Krankenversicherungen innehaben sollen. Diese Positionen sind zu verlassen.

Begründung:

Das gilt insbesondere, weil Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer und der GOÄ-Kommission Verhandlungen mit dem PKV-Verband führen und/oder Entscheidungsverantwortung im Rahmen der GOÄ tragen - ungeachtet der genauen Ausgestaltung einer zukünftigen Novellierung bzw. Aktualisierung.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Wiedereinführung der Ausschüsse "Sucht und Drogen" und "Prävention und Umwelt"

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Norbert Fischer, Dr. Christoph Ehrensperger, Dr. Joachim Suder und Dr. Christoph Freiherr Schoultz von Ascheraden (Drucksache IV - 73) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die auf der Grundlage der Beschlüsse des 117. und 118. Deutschen Ärztetages durchgeführte Restrukturierung folgender Gremien der Bundesärztekammer zurückzunehmen und sie in alter Form wieder einzurichten:

1. Ausschuss "Sucht und Drogen"
2. Ausschuss "Prävention und Umwelt"

Die neuen Gremien dienen weder dem Zweck der Arbeit der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, noch können die damit angestrebten Ziele (Verbesserung der Effizienz, Effektivität und Zukunftsfähigkeit) erreicht werden.

Begründung:

Die Bundesärztekammer ist die Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern mit dem Zweck des ständigen Erfahrungsaustausches unter den Landesärztekammern und der gegenseitigen Abstimmung ihrer Ziele und Tätigkeiten.

Durch die Beschränkung auf Mitglieder, die aus dem Vorstand der Bundesärztekammer kommen oder durch ihn berufen sind, ist in der neuen Arbeitsgruppe ein notwendiger fachlicher Austausch insbesondere bei der Weiterentwicklung der Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Behandlung opiatabhängiger Patienten oder der Diskussion des Präventionsgesetzes (PrävG) nicht mehr effektiv möglich. Die zur Begründung angeführte Kostenreduktion ist für die Bundesärztekammer marginal. Die Reisekosten und Sitzungspauschalen wurden und werden von den Landesärztekammern getragen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Überarbeitung von Satzung und Geschäftsordnung der Bundesärztekammer

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Joachim Calles, Angela Schütze-Buchholz, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Siegfried Rakette und Dr. Cornelia Goesmann (Drucksache IV - 107) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 möge beschließen, den Vorstand zu beauftragen, Satzung und Geschäftsordnung der Bundesärztekammer prozessoptimiert und in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern zu überarbeiten.

Begründung:

Satzung und Geschäftsordnung sind in die Jahre gekommen. Kommunikationsmittel, Sprache und Umgang haben sich geändert und müssen sich in einer modernen Satzung und Geschäftsordnung wiederfinden.



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Deutscher Ärztetag

- IV - 64 Thema "angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung" als Tagesordnungspunkt auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017
- IV - 79 Tagesordnung des 120. Deutschen Ärztetages 2017
- IV - 110 Beantragung eines Tagesordnungspunktes auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017: Konflikt zwischen Medizin, Ethik und Kommerzialisierung als Problem der gesamten Ärzteschaft



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Thema "angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung" als Tagesordnungspunkt auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jörg Franke (Drucksache IV - 64) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 soll das Thema "angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Patientenversorgung" als eigener Tagesordnungspunkt behandelt werden.

Dargestellt werden sollen

1. die Versorgungsstrukturveränderung "Vertragsgestaltung" zwischen angestelltem Arzt und Arbeitgeber/MVZ-Betreiber,
2. Probleme in der Vertragsgestaltung,
3. noch bestehende Widersprüche zwischen KV- und Arbeitsrecht.

Begründung:

- mehr als 29.000 angestellte Ärztinnen und Ärzte im Bereich der ambulanten Patientenversorgung
- zunehmende Zahl der Angestellten in diesem Bereich



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Tagesordnung des 120. Deutschen Ärztetages 2017

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. habil. Wulf Dietrich, Dr. Peter Scholze und Dr. Bernhard Winter (Drucksache IV - 79) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Tagesordnung des 120. Deutschen Ärztetages 2017 in Freiburg so zu gestalten, dass die Tagesordnungspunkte Gesundheitspolitik und Tätigkeitsbericht zum Tagesordnungspunkt I zusammengelegt werden.

Begründung:

Anträge zum Tagesordnungspunkt Tätigkeitsbericht wurden in den vergangenen Jahren meist unter großem Zeitdruck diskutiert und abgestimmt. Sie wurden zum Teil sogar als Paket ohne Diskussion an den Vorstand überwiesen. Diese Zeitnot wird den Anliegen der Delegierten nicht gerecht, die mit ihren Anträgen Einfluss auf die Politik und Arbeit der Bundesärztekammer nehmen möchten. Es ist darüber hinaus fraglich, ob diese Methode der Sammelüberweisung gegen juristische Bedenken Bestand haben kann.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Beantragung eines Tagesordnungspunktes auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017: Konflikt zwischen Medizin, Ethik und Kommerzialisierung als Problem der gesamten Ärzteschaft

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Heinz-Jürgen Hübner und Dr. Klaus Strömer (Drucksache IV - 110) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, das Thema "Konflikt zwischen Medizin, Ethik und Ökonomie als Problem der gesamten Ärzteschaft" zu einem Thema des 120. Deutschen Ärztetages 2017 zu machen.

Begründung:

Die Debatte zu TOP IV b) auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg macht deutlich, dass das Thema Kommerzialisierung in der Medizin für die gesamte Ärzteschaft von großer Wichtigkeit ist. Auch handelt es sich um ein gesamtgesellschaftliches Thema.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Entscheidungsassistenz

IV - 07 Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin fördern



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin fördern

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 07) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Eine der wesentlichen Bedingungen der ethischen Zulässigkeit jeder medizinischen Behandlung sowie von medizinischer Forschung ist die Einwilligung nach Aufklärung (sog. "Informed consent"). Demnach wird vorausgesetzt, dass die Betroffenen vor einer Intervention in einer für sie verständlichen Weise aufgeklärt werden und nach Würdigung der erhaltenen Informationen der vorgeschlagenen Behandlung frei von Nötigung oder Druck zustimmen.

Nicht jeder ist gleichermaßen in der Lage, dieses Recht für sich wahrzunehmen. Beispielsweise Kinder und Jugendliche, psychisch Kranke, Menschen mit geistigen Behinderungen sowie Menschen, die emotional zu beeinträchtigt sind, um in der konkreten Situation komplexe Entscheidungen treffen zu können, haben weniger Möglichkeiten als andere, über Ziele, Art und Zeitpunkt einer Behandlung mitzuentcheiden.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die politischen Entscheidungsträger auf, diesen Anspruch der Patienten strukturell und finanziell zu unterstützen. Richtungsweisend sollte die im Deutschen Ärzteblatt vom 15.04.2016 bekannt gemachte Stellungnahme "Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin" der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer sein.

Begründung:

Die Bedeutung von Verfahren zur Entscheidungsassistenz dürfte, wie in der UN-Behindertenrechtskonvention dargestellt, nicht zuletzt angesichts der alternden Gesellschaft und der Zunahme demenzieller Erkrankungen in Zukunft weiter zunehmen. Indem sie Patienten in ihrer Entscheidungsfähigkeit unterstützen, helfen diese Verfahren dabei, die u. a. im Patientenrechtegesetz zugestandenen Entscheidungsspielräume wirksam zu nutzen.

Die Umsetzung von Entscheidungsassistenz stößt in der Praxis auf verschiedene Schwierigkeiten, die u. a. darin begründet sind, dass das Konzept noch nicht ausreichend ausgearbeitet wurde und keine konkrete Handhabe für die Praxis mit ihren jeweils



unterschiedlichen Handlungsfeldern vorliegt. Auch ist das Verfahren zeitaufwändig sowie personalintensiv und der dafür notwendige Aufwand schlecht honoriert.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Ethikkommission

- IV - 11 Nationale Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln - Nachbesserungen im Gesetzgebungsverfahren erforderlich



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Nationale Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln - Nachbesserungen im Gesetzgebungsverfahren erforderlich

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 11) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, Nachbesserungen im Gesetzgebungsverfahren zur nationalen Durchführung der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln vorzunehmen. Insbesondere die folgenden Punkte sind aus Sicht der Ärzteschaft im Regierungsentwurf dringend umzusetzen:

1. Das Vorliegen einer zustimmenden Stellungnahme der zuständigen Ethikkommission zu einem Antrag auf Durchführung einer klinischen Prüfung muss zwingende Voraussetzung für deren Genehmigung sein.
2. Die Verordnungsermächtigung zur Bildung einer Bundesethikkommission ist zu streichen. Bei Festhalten an der Verordnungsermächtigung ist mindestens zu fordern, dass die Bildung einer Bundesethikkommission nicht ohne zeitliche Befristung, Bindung an tatbestandliche Voraussetzungen und Beteiligung des Bundesrates möglich ist.
3. Die Registrierung der Ethikkommissionen muss transparent und interessenkonfliktfrei durch eine unabhängige, vorzugsweise im jeweiligen Bundesland zu bestimmende Stelle erfolgen.
4. Die Prüfung der Voraussetzungen für eine gruppennützige klinische Prüfung muss alleinige Aufgabe der Ethikkommissionen sein.

Begründung:

Bei Beibehaltung der gegenwärtigen Regelungen des Regierungsentwurfs für ein Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften ist die Unabhängigkeit der Ethikkommissionen sowie der Erhalt bewährter Schutzstandards der Prüfungsteilnehmer in Deutschland in hohem Maße gefährdet.



Eine ausführliche Darstellung ist den Stellungnahmen der Bundesärztekammer vom 14.01.2016 zum Referentenentwurf sowie vom 01.04.2016 zum Regierungsentwurf zu entnehmen (abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de).



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Fortbildung

- IV - 39 Zertifizierte Fortbildung ist keine Beratertätigkeit für den Sponsor
- IV - 46 Interessenkonflikte von Organisationen offenlegen
- IV - 87 Curriculum "Ärztliche Führung"



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zertifizierte Fortbildung ist keine Beratertätigkeit für den Sponsor

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Anne Bunte, Michael Krakau, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Christian Köhne, Dr. Henrik Herrmann und Dr. Ulrike Beiteke (Drucksache IV - 39) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Mit Berufung auf den Transparenzkodex der Pharmaindustrie werden im Rahmen von zertifizierter Fortbildung anfallende Referentenhonorare von Pharmafirmen unter "Dienstleistungs- und Beraterhonorare" ("Fees for service and consultancy") auf der Internetseite des Sponsors veröffentlicht. Weiterhin wird auch immer wieder versucht, eine ausschließlich passive Teilnahme an einer zertifizierten Fortbildungsmaßnahme als nur im Rahmen eines Vertragsverhältnisses zwischen Sponsor und Teilnehmer legitim erscheinen zu lassen.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 stellt daher klar, dass nach der (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) und laut "Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung" der Bundesärztekammer Sponsoring die Unterstützung einer Fortbildungsmaßnahme beschreibt, bei der der Sponsor aber anderweitig keinerlei Einfluss auf die Auswahl von Themen, Referenten sowie Inhalten der Fortbildung und deren Präsentation haben darf. Schon gar nicht wird durch das Sponsoring eine Leistungsvereinbarung zwischen dem Sponsor und den aktiven sowie passiven Teilnehmern der Fortbildungsmaßnahme geschlossen.

Der 119. Deutsche Ärztetag verwehrt sich daher auch dagegen, dass die Unterstützung von zertifizierter Fortbildung in der Außendarstellung der Sponsoren als Dienstleistung bzw. Beratungstätigkeit für den Sponsor umgedeutet wird. Sollte diese Praxis fortgesetzt werden, betreibt die Industrie selbst das Ende der Zertifizierungsfähigkeit gesponserter Fortbildung.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Interessenkonflikte von Organisationen offenlegen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 46) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 bittet die Bundesärztekammer, Umfang und Inhalt der nach der Fortbildungsordnung geforderten Offenlegung von Interessenkonflikten von "Veranstaltern" umgehend zu definieren.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Curriculum "Ärztliche Führung"

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Gisa Andresen (Drucksache IV - 87) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, das Curriculum "Ärztliche Führung" regelmäßig anzubieten, um auf diese Weise ärztliche Führungskompetenz zu fördern und die Rolle der Ärzteschaft in Managementaufgaben zu stärken.

Begründung:

Neben der fachlichen Kompetenz in der Patientenversorgung haben Ärztinnen und Ärzte vermehrt Managementaufgaben im ambulanten und stationären Bereich zu erfüllen, welche andere methodische Qualifikationen erfordern. Diese Anforderungen sind insbesondere im Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie von besonderer Bedeutung. Hier setzt das Curriculum "Ärztliche Führung" an, welches von der Bundesärztekammer als 80-stündiger Kurs 2007 etabliert wurde. Seitdem wurde dieses Fortbildungsangebot nur in wenigen Kammerbereichen umgesetzt. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung der Medizin ist eine stärkere Berücksichtigung von ärztlicher Führungskompetenz dringend empfehlenswert, um ärztliche Aspekte im Management mehr in den Vordergrund zu bringen.



119. Deutscher Ärztetag

Hamburg, 24.05. - 27.05.2016

TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Gesundheitsfachberufe

- IV - 14 Rahmenvorgaben für das Delegationsmodell Physician Assistant
- IV - 74 Berufsausübung und Ausbildung des Physician Assistant regeln
- IV - 95 Neue (akademische) Gesundheitsberufe



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Rahmenvorgaben für das Delegationsmodell Physician Assistant

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 14) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 nimmt den Sachstandsbericht der gemeinsamen Arbeitsgruppe von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) zur Erstellung von Rahmenvorgaben für die Ausbildung und die Tätigkeit akademisierter Gesundheitsfachberufe am Beispiel des Berufsbildes Physician Assistant (PA) zur Kenntnis. Der 119. Deutsche Ärztetag unterstützt nachdrücklich die Zielsetzung, im Sinne einer bundeseinheitlichen Lösung zeitnah ein verbindliches Kompetenzprofil in Unterscheidung zum Arztberuf sowie Studieninhalte festzulegen. Darüber hinaus sind Voraussetzungen für das Zusammenwirken von Ärztekammern und Hochschulen einschließlich Qualitätskriterien zu definieren.

Begründung:

Durch den Beschluss VI - 12 des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main wurde die Bundesärztekammer zur Vorstellung des Beratungsstandes der o. g. gemeinsamen Arbeitsgruppe auf dem diesjährigen Ärztetag verpflichtet. Die Arbeitsgruppe hat in vier Sitzungen zwischen Juli 2015 und April 2016 unter anderem gemeinsam mit Vertretern des Deutschen Hochschulverbandes Physician Assistant (DHVPA) ein Konzeptpapier zum Physician Assistant entworfen. Dem Vorstand der Bundesärztekammer wurden im Januar und März 2016 Zwischenberichte erstattet. Danach hat die Arbeitsgruppe folgende Zielperspektiven:

- Berufs- und Berufsbildungskonzepte für Gesundheitsfachberufe zur Unterstützung und Entlastung von Ärzten entwickeln oder mitgestalten,
- Attraktivität des Arztberufs durch neue Berufsbilder im Sinne des Delegationsprinzips stärken,
- Substitution von Teilbereichen der ärztlichen (Kern-)Kompetenz oder konflikthafte Schnittstellen verhindern.

Die bisherigen Arbeiten am Konzeptpapier zum Physician Assistant orientieren sich an den Vorgaben und Beschlüssen Deutscher Ärztetage zur Aufgabenverteilung und Kooperation im Gesundheitswesen. Danach sind Diagnose- und Indikationsstellung, Therapiehoheit und



Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess dem Arzt vorbehalten. Es dürfen sich keine problematischen Schnittstellen zum Arztberuf ergeben, und das Tätigkeitsprofil muss sinnvoll in multiprofessionelle Teams integrierbar sein. Die Einführung akademischer Berufsbilder muss sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf und an den Erfordernissen des Arbeitsmarktes orientieren.

In diesem Sinne verfolgt die Arbeitsgruppe die Konzeption eines Arzt-Assistenten, der dem Modell der Delegation und dem Ziel der Arztentlastung und -unterstützung Rechnung trägt. Die Zugangsvoraussetzung zum PA-Studium soll eine Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, z. B. in einem Pflegeberuf oder als Medizinische Fachangestellte sein. Bei der Implementierung und Begleitung von Studiengängen nimmt die verfasste Ärzteschaft eine wichtige Rolle ein.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Berufsausübung und Ausbildung des Physician Assistant regeln

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, BMedSci Frank Seibert-Alves, Dr. Philip Sänger und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache IV - 74) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Bei der Etablierung der Studieninhalte, der Definition eines verbindlichen Kompetenzprofils für den Physician Assistant (PA) in Unterscheidung zum Arztberuf sowie dessen beruflichem Einsatz müssen folgende Kriterien unbedingte Beachtung finden:

- Einheitlichkeit der Ausbildung
- Das grundständige Studium PA ist abzulehnen.
- Berufsausübung mit dem Prinzip des Arztvorbehalts
- Aufgabenübertragung durch Ärztinnen und Ärzte ausschließlich nach dem Prinzip der Delegation
- Der Einsatz von PA darf nicht dazu führen, dass Aufgaben für Ärzte in Weiterbildung eingeschränkt werden oder gar entfallen.

Begründung:

Aufgrund der Vielzahl der neu entstehenden Berufe ist eine einheitliche Ausbildung und Berufsausübung erforderlich. Inhalte und Verantwortlichkeit der Berufsausübung müssen klar geregelt werden. Die Übernahme von ärztlichen Aufgaben durch Assistenzberufe wird abgelehnt. Eine Ausweitung von ärztlichen Assistenzberufen ist keine geeignete Lösung zur Bekämpfung des Ärztemangels.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Neue (akademische) Gesundheitsberufe

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christoph Emminger, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Theodor Windhorst (Drucksache IV - 95) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Seit einigen Jahren entstehen bundesweit immer mehr neue (akademische) Gesundheitsberufe. Die Absolventen dieser Ausbildungen sollen zum Teil vermehrt Aufgaben übernehmen, die bisher Ärzten vorbehalten waren und von diesen künftig delegiert werden sollen. Ziele müssen eine Entlastung von Ärzten, die Steigerung der Attraktivität und Aufwertung der Gesundheitsberufe und die verbesserte Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen sein.

Aus Sicht des 119. Deutschen Ärztetages 2016 erfordert eine gute, hochwertige und humane Versorgung kranker Menschen bei allen neu entstehenden Gesundheitsberufen neben der Verbesserung der Zusammenarbeit eine jeweils einheitliche Regelung zur Qualifikation.

Daher fordert der 119. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf, die Qualifikationsanforderungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe jeweils einheitlich zu regeln, auch und gerade wenn zunehmend eine akademische Qualifikation vorgesehen ist. Nur dann kann die verantwortliche Übernahme von Tätigkeiten nach ärztlicher Delegation gelingen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Indikationsstellung

- IV - 05 Die medizinische Indikationsstellung ist Kernelement der ärztlichen Tätigkeit und Identität



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Die medizinische Indikationsstellung ist Kernelement der ärztlichen Tätigkeit und Identität

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 05) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert, die medizinische Indikation von medizinfremden Erwägungen und Einflüssen freizuhalten und ihre Bedeutung als Kernelement der ärztlichen Tätigkeit und Identität sowie als normatives Korrektiv zu stärken.

Begründung:

Die medizinische Indikationsstellung beruht auf einem aktiven Entscheidungsprozess, dem eine kumulative Beurteilung und Gewichtung fachlicher, moralisch wertender und individueller Aspekte zugrunde liegen. Die medizinische Indikationsstellung beschreibt einerseits den ärztlichen Entscheidungsprozess. Andererseits stellt sie im ärztlichen Berufsrecht und im Recht der ärztlichen Behandlung ein normatives Korrektiv zur Unterscheidung zwischen gerechtfertigten und ungerechtfertigten Eingriffen dar. In der Folge hat die Indikationsstellung auch eine soziale Funktion, weil daran u. a. die Übernahme der Kosten durch die Solidargemeinschaft geknüpft ist.

Die medizinische Indikation als wesentliches Instrument für eine evidenzbasierte, sichere und effiziente Patientenversorgung ist unabdingbare Voraussetzung für ärztliches Handeln. Sie ist Kernelement der ärztlichen Tätigkeit und Identität. Die medizinische Indikation stellt neben der Einwilligung der Patientin oder des Patienten eine zentrale Voraussetzung ärztlicher Maßnahmen dar.

Verschiedene Faktoren können die medizinische Indikationsstellung beeinflussen. Insbesondere ökonomische Anreize können Ärztinnen und Ärzte dazu verleiten, beispielsweise nicht indizierte Maßnahmen anzuraten. Der Schutz der Patientinnen und Patienten sowie die Sicherung eines vertrauensvollen Patienten-Arzt-Verhältnisses erfordern eine klare Trennung zwischen medizinischen und ökonomischen Entscheidungslogiken.

Um Ärztinnen und Ärzte für die Aktualität und Signifikanz einer sorgfältigen medizinischen Indikationsstellung zu sensibilisieren, hat der Vorstand der Bundesärztekammer eine



Stellungnahme zum Thema "Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung" verabschiedet, die im Deutschen Ärzteblatt bekannt gemacht wurde (http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/SN_Med._Indikationsstellung_OEkonomisierung.pdf). Auf Grundlage dieser Stellungnahme wurde die Bedeutung einer guten Indikationsqualität u. a. in der Auftaktveranstaltung zur Neugestaltung der Akademien (Akademien der Bundesärztekammer im Dialog) beraten.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Intersexualität

- IV - 08 Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit
Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung in Deutschland



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung in Deutschland

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 08) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Heiner Heister, Christa Bartels, Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Rainer M. Holzborn, Bernd Zimmer und Dr. Hans Ramm (Drucksache IV - 08a) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, strukturelle Rahmenbedingungen für die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD - Dis-orders of Sex Development) zu schaffen, die insbesondere eine sachgerechte Finanzierung sicherstellen.

Medizinische Maßnahmen bei Menschen, deren Geschlecht nicht eindeutig den Kategorien "männlich" und "weiblich" zuzuordnen ist, umfassen biologische ebenso wie soziale, kulturelle und individuelle Aspekte. Sie bedürfen einer vielschichtigen und interdisziplinären Behandlungsstrategie.

Dem 119. Deutschen Ärztetag ist bewusst, dass der Ärzteschaft eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung einer hochwertigen, dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Versorgung von Menschen mit DSD zukommt. Ärztinnen und Ärzte sind oftmals die ersten Ansprech- und Vertrauenspersonen der Betroffenen. Vor diesem Hintergrund unterstützt der 119. Deutsche Ärztetag die von der Bundesärztekammer verfasste Stellungnahme zur Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit DSD (DOI: 10.3238/arztebl.2015.stn_dsd_baek_01). Die Stellungnahme soll u. a. das Wissen und Bewusstsein der betreuenden Ärzte für diese wichtige Thematik stärken und allgemeine Handlungsempfehlungen geben.

Neben der speziellen ärztlichen Kompetenz ist auch die Unterstützung durch eine informierte Gesellschaft und die politischen Entscheidungsträger gefragt. Daher begrüÙt der 119. Deutsche Ärztetag ausdrücklich die Initiative der Bundesregierung, in einer interministeriellen Arbeitsgruppe regulatorische sowie strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit DSD auf den Weg zu bringen.



So besteht insbesondere Handlungsbedarf bezüglich der in der Stellungnahme der Bundesärztekammer geforderten Etablierung und Finanzierung von Kompetenzzentren für DSD, in denen eine somatische und psychische Beratung, Diagnostik und Behandlung in einem speziell dafür qualifizierten, interdisziplinären Team sichergestellt werden können.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Kindergesundheit

- IV - 86 Operative Eingriffe an Kindern nur durch Ärzte und nur in Analgesie
- IV - 89 Chancengerechtigkeit
- IV - 91 Institutionen für transkulturelle Pädiatrie und globale Kindergesundheit auch in Deutschland schaffen
- IV - 92 Kinder vor Tabakrauch schützen



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Operative Eingriffe an Kindern nur durch Ärzte und nur in Analgesie

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Gisbert Voigt, Agnes Trasselli, Olaf BÜchter, Dr. Roland FreÙle, Detlef Schmitz, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Joachim Suder und Dr. Peter Scholze (Drucksache IV - 86) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung auf, dafür Sorge zu tragen, dass operative Eingriffe jeglicher Art bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern aller Altersgruppen grundsätzlich nur unter effektiver Sedierung und Schmerzausschaltung durch einen Arzt durchgeführt werden dürfen.

Begründung:

In den letzten zehn Jahren konnten zahlreiche neurophysiologische Studien mittels Elektroenzephalografie (EEG) und Nahinfrarotspektroskopie (NIRS) des Zentralnervensystems (ZNS) beweisen, dass bereits im Neugeborenenalter nozizeptive Informationen, d. h. Schmerzreize, in das ZNS übertragen werden. Neueste Untersuchungen mittels funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) des Gehirns zeigen mit hoher Signifikanz, dass sich die Wahrnehmung von Schmerzen bei Neugeborenen in nahezu identischer Weise wie bei Erwachsenen nachweisen lässt. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse unterstreichen eindrucksvoll die Notwendigkeit eines effektiven Schmerzmanagements bereits und gerade in dieser besonders empfindlichen Neugeborenenperiode.

Zudem konnten eindeutig Zusammenhänge zwischen frühen Schmerzerlebnissen im Säuglings- und Kleinkindesalter und der Entwicklung von Schmerz Wahrnehmung, Schmerzreaktion und Schmerzbewältigung bei Kindern nachgewiesen werden. Es gilt als bewiesen, dass durch frühe traumatisierende Schmerzerlebnisse neurophysiologische Entwicklung, Verhalten und Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig und negativ beeinflusst werden können.

Davon ist die ärztliche und gesellschaftliche Verpflichtung abzuleiten, dass Kinder aller Altersgruppen und ganz besonders Früh- und Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder für die Bewältigung schmerzhafter, iatrogenen Prozeduren, die bei vielen invasiven Behandlungen nicht zu vermeiden sind, eine effektive pharmakologische und



psychologische Hilfe in Form einer Sedierung und effektiven Schmerzausschaltung erhalten.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Chancengerechtigkeit

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Thomas Fischbach, Dr. Heidrun Gitter, Olaf Büchter, Dr. Roland FreÙle, Detlef Schmitz, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Joachim Suder, Agnes Trasselli und Dr. Peter Scholze (Drucksache IV - 89) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert Bund und Länder auf, bessere Angebote zur frühen Förderung, Bildung und Erziehung für Kinder unter drei Jahren in allen Regionen Deutschlands zu schaffen, um Krankheiten zu verhüten und die Chancengerechtigkeit insbesondere sozioökonomisch benachteiligter Kinder sicherzustellen.

Begründung:

20 Prozent aller Kinder eines Geburtsjahres leben in Deutschland in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES). Diese Kinder haben signifikant häufiger gesundheitliche Probleme (z. B. bronchopulmonale Erkrankungen, Adipositas, Karies, Folgen von Unfällen, ADHS, seelische Störungen etc.), aber insbesondere auch Störungen der Entwicklung ihrer Grundfähigkeiten: der Sprachentwicklung, der kognitiv-intellektuellen Entwicklung und des Sozialverhaltens. Die Kinder haben insgesamt eine schlechtere Schul- und Sozialprognose als Kinder aus Familien mit besserem SES, d. h. die grundgesetzlich postulierte Chancengleichheit existiert nicht. Nach wie vor verlassen ca. 10 Prozent aller Kinder die Schule ohne Abschluss und sind nur sehr schwer in berufliche Ausbildungssysteme zu integrieren. Kinder mit manifesten Störungen der frühkindlichen Entwicklung werden zahlreich im Medizinsystem den Pädiatern vorgestellt. Viele Kinder erhalten dort z. B. Logopädie und Ergotherapie, ohne dass sich seit Jahren an der dargestellten Lage etwas ändert.

Es gibt eine fundierte wissenschaftliche Datenlage (z. B. Perry Preschool Study, USA), demzufolge eine gute frühkindliche Förderung im Bildungssystem (Kindergärten und Schulen) für Kinder aus schwierigen sozialen Lagen nachhaltige Verbesserungen ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung und ihrer Gesundheit bewirkt. Deshalb setzen sich Ärzte für die Verbesserung der frühkindlichen Förderung in guten Einrichtungen des Bildungssystems ein, um die physische und seelische Gesundheit der Kinder aus sozial benachteiligten Familien zu schützen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Institutionen für transkulturelle Pädiatrie und globale Kindergesundheit auch in Deutschland schaffen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Heidrun Gitter, Olaf Büchter, Dr. Roland Freßle, Detlef Schmitz, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Joachim Suder, Agnes Trasselli und Dr. Peter Scholze (Drucksache IV - 91) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die zuständigen Institutionen des Bundes und der Länder dazu auf, Institute für transkulturelle Pädiatrie und globale Kindergesundheit an den medizinischen Fakultäten der Universitäten Deutschlands einzurichten.

Begründung:

Die anhaltenden Flüchtlings- und Migrantenströme nach Europa und besonders nach Deutschland stellen das gesamte medizinische Versorgungssystem vor enorme Herausforderungen, die gemeinsame, koordinierte Maßnahmen aller Berufsgruppen sowie der Zivilgesellschaft erfordern. Unabhängig von den Gründen für Flucht, Vertreibung oder Migration haben alle Menschen ein Recht auf eine den Umständen entsprechende, bestmögliche und gleichgestellte medizinische Versorgung. Dies wird jedoch durch die Tatsache erschwert, dass die meisten Berufsgruppen im deutschen Gesundheitswesen keine oder nur unzureichende Kenntnisse über die bei Migranten und Flüchtlingen vorherrschenden biomedizinischen Erkrankungen und psychosozialen Problemlagen sowie deren Behandlung haben.

Kinder und Jugendliche stellen etwa 30 bis 40 Prozent der Flüchtlinge, meist in Begleitung mindestens eines erwachsenen Familienmitglieds, jedoch in zunehmender Zahl auch als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF). Sie zählen gemäß der neuen EU-Aufnahmerichtlinie ebenso zu den schutzbedürftigen Personen wie auch Schwangere und bedürfen eines besonderen Schutzes und einer hochqualifizierten Fürsorge, um präventiv weitere Schäden für ihre Entwicklung und Gesundheit von ihnen abwenden und bei Bedarf frühzeitig therapeutisch handeln zu können.

Um für diese Kinder und Jugendlichen eine effektive medizinische Versorgung anbieten und gewährleisten zu können, bedarf es gerade bei medizinischem Personal in



Deutschland detaillierter Kenntnisse des globalen Kontextes und der Situation der Kindergesundheit weltweit, da viele Kinder aus Entwicklungsländern mit hoher kindlicher Morbidität und Mortalität stammen. Zwar hat es in den letzten 15 Jahren im Rahmen der Millenniumsentwicklungsziele erhebliche Erfolge gegeben, sodass die Zahl der Todesfälle von Kindern unter fünf Jahren von 12,5 Millionen im Jahr 1990 bis heute mehr als halbiert werden konnte. Dennoch sterben jährlich immer noch fast sechs Mio. Kinder unter fünf Jahren hauptsächlich an Neugeborenenenerkrankungen, Infektionskrankheiten sowie Mangel- und Fehlernährung. Sowohl im entwicklungspolitischen als auch im wissenschaftlichen Kontext wird daher international mit Hochdruck an Strategien gearbeitet, um die kindliche Mortalität und Morbidität in den Entwicklungsländern weiter deutlich zu senken und Kenntnisse dazu in die Gesundheitssysteme der Industriestaaten zu integrieren.

Bis heute trägt allerdings Deutschland auf wissenschaftlichem Gebiet kaum etwas zur Lösung dieser Probleme bei. Während es z. B. in den Niederlanden (Amsterdam), Dänemark (Kopenhagen), Norwegen (Bergen), Schweden (Uppsala), Finnland (Tampere), Großbritannien (London, Liverpool, Oxford, Edinburgh), Italien (Triest) und in Übersee (USA, Kanada, Australien) zahlreiche wissenschaftliche Einrichtungen speziell für die Erforschung der Probleme der globalen Kindergesundheit gibt, existiert in Deutschland nicht eine einzige derartige Institution. Die deutschen Tropeninstitute (Hamburg, München, Ulm, Heidelberg, Tübingen, Würzburg, Düsseldorf, Bonn, Berlin, Potsdam, Rostock, Dresden, Leipzig) beschäftigen sich im Schwerpunkt mit der Erforschung einzelner Krankheitsbilder, aber nicht speziell mit pädiatrischen, umfassenden Fragestellungen. Die wenigen Public-Health-Institute (z. B. Heidelberg, Mannheim, München, Bielefeld, Berlin, Bremen, Düsseldorf) sind ebenso wenig auf diesem Gebiet engagiert. An den deutschen universitären Kinderkliniken ist das Thema in Forschung und Lehre bisher überhaupt nicht präsent. Dem entspricht, dass erst jüngst die Akademie der Wissenschaften Leopoldina Politik und Wissenschaft zu einem stärkeren Engagement im Bereich der globalen Gesundheit aufgerufen hat. Erfreulicherweise hat die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) als Dachorganisation der großen pädiatrischen Fachverbände Ende 2014 der Einsetzung einer Kommission Globale Kindergesundheit zugestimmt: ein erster vielversprechender Schritt.

Die Einrichtung von Instituten für transkulturelle Pädiatrie und globale Kindergesundheit an den medizinischen Fakultäten der Universitäten Deutschlands dient daher den im Folgenden genannten Zielen:

1. Deutschland steht als globale Führungsnation (G7/G8) unverändert in der Pflicht, sich weltweit (somit auch in Deutschland!) gegen Armut, die besonders Kinder (und Frauen) betrifft, und damit für mehr Gesundheit einzusetzen. Dies gelingt nur dann wirkungsvoll, wenn wissenschaftliche Forschungsergebnisse die Ursachen und Interventionsstrategien aufzeigen.
2. Daraus erwächst eine sichtbare Teilhabe Deutschlands an entscheidenden



Entwicklungen auf dem Gebiet der globalen Kindergesundheit und transkulturellen Pädiatrie. Dies unterstreicht zudem die Verantwortung und Chance des Wissenschaftsstandorts Deutschland für die globale Forschung zur Kindergesundheit, welche bisher fast ausschließlich angloamerikanisch geprägt ist.

3. Die Forschung trägt weiterhin zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von minderjährigen Migranten und Flüchtlingen, welche spezielle Kenntnisse über die Bedingungen in den Herkunftsländern erfordert, in Deutschland bei und identifiziert soziomedizinische Migrations- und Fluchtursachen in den Herkunftsländern, um diese vor Ort wirkungsvoll zu verändern.
4. Deutsche Mediziner und Studierende werden auf die Diagnostik und Behandlung global verbreiteter pädiatrischer Erkrankungen, die durch Flucht und Migration bei uns vermehrt auftreten, wirkungsvoll vorbereitet.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Kinder vor Tabakrauch schützen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Thomas Fischbach, Olaf Bùchter, Dr. Roland FreÙle, Detlef Schmitz, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Joachim Suder, Agnes Trasselli, Dr. Christiane GroÙ M.A. und Dr. Peter Scholze (Drucksache IV - 92) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung auf,

- ein strafbewehrtes Rauchverbot in PKW einzuführen, wenn Kinder und Jugendliche mitfahren;
- Tabak- bzw. Zigarettenwerbung (auch für E-Zigaretten) im Außenbereich flächendeckend und baldmöglichst (also vor 2020, wie von der Bundesregierung geplant) zu verbieten;
- das Sponsoring politischer Veranstaltungen durch die Tabak- bzw. Zigarettenindustrie zu verbieten, um so die Beeinflussbarkeit der Politikerinnen und Politiker zu begrenzen.

Begründung:

Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Passivrauchbelastung und schwerwiegenden gesundheitlichen Risiken von Kindern und Jugendlichen. Aus präventiver kinder- und jugendmedizinischer Sicht, aber auch unter dem Aspekt des Kinder- und Jugendschutzes sind vielfältige Maßnahmen zur Reduktion dieses Risikos dringend erforderlich. Als einfache, in diesem Bereich hocheffektive und schnell umzusetzende Maßnahme fordern alle kinder- und jugendmedizinischen Fachgesellschaften, die AG Kinderschutz in der Medizin und die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI) ein strafbewehrtes Rauchverbot, wenn Kinder und Jugendliche im Fahrzeug sind. Sie unterstützen damit die Forderung der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler, der Bundesärztekammer, der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin sowie ihrer Mitgliedsverbände sowie des Deutschen Krebsforschungszentrums. Aufgrund der hohen Konzentration zahlreicher teils krebserzeugender Toxine ist Rauchen im Fahrzeug als Gefährdung des Kindeswohls und schwerwiegendes Risiko für die Gesundheit von Kindern anzusehen.



Über das Autorauchverbot hinaus sind Präventions- und Interventionsmaßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Passivrauchbelastung erforderlich. Hierzu zählt ein umfassendes Werbeverbot im Außenbereich ohne Ausnahmen und im Kino, das Sponsoring politischer Veranstaltungen durch die Tabak- bzw. Zigarettenindustrie sowie ein Verteilverbot von kostenlosen Tabakwaren in der Öffentlichkeit.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Klug entscheiden

IV - 06 "Klug entscheiden"-Empfehlungen als Instrumente für eine kontinuierliche
Verbesserung der Patientenversorgung



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: "Klug entscheiden"-Empfehlungen als Instrumente für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 06) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Eine evidenzbasierte, sichere und effiziente Patientenversorgung gehört zu den zentralen Anliegen der Ärzteschaft. Daher unterstützt der 119. Deutsche Ärztetag 2016 die Initiativen von Fachgesellschaften und Institutionen, eine Methodik zur indikationsgerechten Versorgung von Patienten in Form von "Klug entscheiden"-Empfehlungen (KEE) zu entwickeln und auf diese Weise die Versorgungsqualität kontinuierlich zu verbessern.

Der 119. Deutsche Ärztetag spricht sich dafür aus, KEE in der Leitlinienentwicklung stärker zu berücksichtigen, um vor allem eine evidenzbasierte und situationsgerechte Indikationsstellung und die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient und Arzt zu unterstützen. KEE sollten dabei eine interdisziplinäre, gebiets- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit fördern.

Vor diesem Hintergrund sollte die den KEE zugrunde liegende Methodik im Rahmen von Forschungsvorhaben durch die Ärzteschaft weiterentwickelt werden. Der 119. Deutsche Ärztetag fordert die Förderinstitutionen und insbesondere den beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingerichteten Innovationsausschuss auf, einen entsprechenden Förderschwerpunkt über den Innovationsfonds zu etablieren.

Begründung:

In der Auftaktveranstaltung zur Neugestaltung der Akademien (Akademien der Bundesärztekammer im Dialog) wurden die Fragen, wann weniger mehr ist, welche Therapie wirklich wichtig ist und wie Patienten bei der Auswahl geeigneter Behandlungswege besser eingebunden werden können, anhand der KEE-Initiativen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) erörtert. Haus- und Gebietsärzte haben sich damit befasst, wie kluge Entscheidungsstrategien entwickelt werden können. Dabei wurde deutlich, dass eine interdisziplinäre, gebiets- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit eine wesentliche Voraussetzung im Umgang mit der komplexer und fragmentierter werdenden Medizin ist. Ferner ist die Indikationsqualität



im Sinne eines gut begründeten fachlichen Urteils des behandelnden Arztes wichtig, welche die Erfolgsaussichten der Maßnahme und die damit verbundenen Belastungen und Risiken abwägt.

KEE müssen auf einer fundierten wissenschaftlichen Evidenz basieren. Häufig fehlen entsprechende Versorgungsdaten. Daher müssen die Evidenzlage verbessert und die dafür notwendige Forschung entsprechend gefördert werden.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Krankenhaus

- IV - 43 Arztkittel im Krankenhaus auch weiterhin unverzichtbar
- IV - 44 Organisationsverantwortliche von Kliniken auch strafrechtlich in die Verantwortung nehmen
- IV - 72 Ethik steht vor Monetik



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Arztkittel im Krankenhaus auch weiterhin unverzichtbar

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Pedram Emami MBA, Dr. Susanne Johna, Dr. Elke Buckisch-Urbanke MPH und Dr. Henrik Herrmann (Drucksache IV - 43) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert Asklepios auf, die Abschaffung der Arztkittel zurückzunehmen und vielmehr folgende Regelung anzuwenden: Im direkten Patientenkontakt und bei invasiven Maßnahmen gilt die BBE-Vorgehensweise (Bare Below the Elbows), ansonsten hat die Ärztin/der Arzt die freie Wahl, einen Kittel zu tragen, der dann vom Krankenhausträger gestellt werden muss.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Organisationsverantwortliche von Kliniken auch strafrechtlich in die
Verantwortung nehmen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Andreas Tröster, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache IV - 44) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung auf, die Tätereigenschaft im Strafrecht auf Institutionen auszudehnen, die Gesundheitsleistungen im eigenen Namen anbieten und erbringen lassen. Als Vorbild kann der Corporate Manslaughter Act dienen, der 2008 in Großbritannien in Kraft trat und alle Unternehmen betrifft, auf deren Tätigkeit britisches Recht Anwendung findet. Danach können Unternehmen strafrechtlich belangt werden, wenn grobe Organisationsfehler zu einem tödlichen Ausgang führen. Vorgesehen sind drei Sanktionsarten:

1. Geldstrafe (nach oben offen)
 2. Verpflichtung zur Veröffentlichung von Verschulden und Strafe
 3. Verpflichtung zur Implementierung von Compliance-MaÙnahmen.
-



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ethik steht vor Monetik

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Hans Ramm (Drucksache IV - 72) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die ärztliche und pflegerische Versorgung stationärer Patientinnen und Patienten muss gerade in den überwiegend privat betriebenen Kliniken deutlich verbessert werden.

Grundsätze medizinischer Ethik rangieren vor den wirtschaftlichen Interessen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Normung

IV - 13 Ärztliche Tätigkeit ist nicht durch Normung regulierbar



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche Tätigkeit ist nicht durch Normung regulierbar

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 13) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die EU-Kommission auf, die im Vertrag von Lissabon garantierte Souveränität der Mitgliedstaaten bei der Gestaltung ihrer Gesundheits- und Sozialsysteme zu respektieren. Dies betrifft insbesondere die Versuche des Europäischen Komitees für Normung - (Comité Européen de Normalisation/European Committee for Standardization - CEN), auch ärztliche Tätigkeiten bzw. Gesundheitsdienstleistungen normen zu wollen. Die für die Gesundheitsversorgung zuständigen Ministerien der EU-Mitgliedstaaten werden aufgefordert, ihre jeweiligen nationalen Normungsorganisationen bei der Zurückweisung von Projekten zur Normung von Gesundheitsdienstleistungen zu unterstützen.

Begründung:

Normen können insbesondere im medizintechnischen Bereich zu Patientensicherheit und Versorgungsqualität beitragen. Normen sind aber weder ein erforderliches noch ein geeignetes Instrument für den Bereich von Gesundheitsdienstleistungen und insbesondere für originär ärztliche Tätigkeiten, durch das die Qualität der Leistungserbringung gesichert oder verbessert werden könnte. Auch vor einer methodischen Verquickung von Normen und medizinischen Leitlinien ist ausdrücklich zu warnen (vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer "Normungsvorhaben von Gesundheitsdienstleistungen aus ärztlicher Sicht", DOI: 10.3238/arztebl.2015_SN_Baek_Normung01).

In Deutschland und anderen EU-Staaten existieren bereits umfassende gesetzliche und berufsrechtliche Regelungen für die Ausübung der Gesundheitsberufe sowie transparente und evidenzbasierte wissenschaftliche Leitlinien. Um den Ausbau von supranationalen Ansätzen bei der Entwicklung dieser medizinisch-wissenschaftlichen Regelungsinstrumente weiter zu fördern, wird es im Interesse eines möglichst EU-weiten Wissenstransfers von großer Bedeutung sein, diese medizinischen Leitlinien auch in englischer Sprache international zu publizieren und somit EU-weit verfügbar zu machen.

In Übereinstimmung mit einer Positionierung praktisch aller maßgeblichen europäischen Ärzteverbände gegen die Entwicklung von Normen für Gesundheitsdienstleistungen ist



festzuhalten, dass die Normungsaktivitäten des CEN diesbezüglich eine Kompetenzüberschreitung darstellen, die nationale Zuständigkeiten verletzen, zu Mehrdeutigkeiten führen und damit die Patientensicherheit und Versorgungsqualität gefährden.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Notfallversorgung

- IV - 34 Sektorenübergreifende Neustrukturierung der Notfallversorgung statt Portalpraxen
- IV - 59 Neuregelung der Notfallversorgung



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Sektorenübergreifende Neustrukturierung der Notfallversorgung statt
 Portalpraxen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Daniel Johannes Peukert und Dr. Hanjo Pohle (Drucksache IV - 34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert eine grundlegende Neustrukturierung der Notfallversorgung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Krankenhäuser sind aufgerufen, Vereinbarungen über effiziente und sektorenübergreifende Strukturen zu schaffen, die problemlos wechselseitig fließende Übergänge ermöglichen. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die rechtlichen Grundlagen dafür zu schaffen, dass Notfallversorgung grundsätzlich in Kooperation zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor erfolgt und insoweit aus einem separaten, sektorenübergreifenden, unbudgetierten Honorartopf zu vergüten ist. Dabei sind gesetzliche Maßnahmen zur Patientensteuerung unverzichtbar.

Begründung:

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde in § 75 Abs. 1b SGB V eine bereits bestehende Kooperationsverpflichtung zwischen KVen und Krankenhäusern zur Sicherstellung des (vertragsärztlichen) Notdienstes dahingehend konkretisiert, dass die KVen in der Regel sogenannte Portalpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten sollen. In diesen Praxen soll entschieden werden, auf welcher Ebene und in welchem Umfang die Weiterbehandlung des Patienten zu erfolgen hat. Gleichzeitig hat die Vergütung der Leistungen "im Notfall und im Notdienst" aus einem eigenen Honorarvolumen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu erfolgen, mit der Maßgabe, dass dafür keine Honorarbegrenzungsmaßnahmen angewendet werden dürfen.

Diese Maßnahmen verhindern aber auch weiterhin nicht, dass Patienten unkritisch Notfallambulanzen an Kliniken - dann über den Zugang durch Portalpraxen - aufsuchen und damit den vertragsärztlichen Notdienst weiter aufblähen würden.

Anstatt durch immer weitere gesetzgeberische Eingriffe die ärztliche Selbstverwaltung zunehmend in Vorgaben zu pressen und letztlich unmöglich zu machen, ist der Gesetzgeber gefordert, Konsequenz zu zeigen: Die Notfallversorgung ist im Sinne eines für



alle und jederzeit möglichen ärztlichen Zugangs zu öffnen, und die dafür erforderlichen Mittel sind extrabudgetär zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren sind Steuerungsmaßnahmen vorzuschalten, die das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten wirksam beeinflussen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Neuregelung der Notfallversorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Dirk Repkewitz (Drucksache IV - 59) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit eine effiziente Patientensteuerung in der Notfallversorgung möglich wird. Insbesondere ist der § 76 SGB V konkreter zu fassen und der Begriff "Notfall" neu zu definieren.

Begründung:

Der § 76 SGB V (freie Arztwahl) wird dahingehend ausgelegt, dass Patienten die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufsuchen, ohne vorher mit ihrem Hausarzt oder mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Kontakt aufzunehmen. Diese Patienten erklären sich selbst zum Notfall. Diese Definition des Notfalls wird von den notfallmedizinischen Fachgesellschaften zugelassen, sie konterkariert aber eine sinnvolle Patientensteuerung, denn der § 76 gestattet dem Patienten, im Notfall jede medizinische Einrichtung aufzusuchen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Palliativversorgung

- IV - 52 Patienten keinen Wechsel der ärztlichen Bezugsperson in der palliativen Versorgungssituation zumuten
- IV - 57 Die Bedingungen für Hausärzte und Fachärzte bei der Versorgung von Palliativpatienten müssen verbessert werden



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Patienten keinen Wechsel der ärztlichen Bezugsperson in der palliativen Versorgungssituation zumuten

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Bernd Zimmer, Dr. Oliver Funken, Dr. Christian Köhne, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, Dr. Sven Christian Dreyer und Dr. Christiane Groß M.A. (Drucksache IV - 52) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In allen Verträgen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) müssen neben den Palliativmedizinern und spezialisierten Pflegediensten die Hausärzte obligatorisch als Netzwerkpartner eingebunden sein und für die fortgesetzte hausärztlich-palliativmedizinische Betreuung ein angemessenes Honorar erhalten.

Begründung:

Das oberste Ziel muss sein, den Patientinnen und Patienten möglichst wenig Wechsel der Versorger zuzumuten. Der Hausarzt oder die Hausärztin muss also auch in der stationären und teilstationären palliativen Versorgungssituation weiterhin Ansprechpartner/in seiner/ihrer Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen bleiben können.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Die Bedingungen für Hausärzte und Fachärzte bei der Versorgung von Palliativpatienten müssen verbessert werden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Klaus Schäfer, Dr. Hans Ramm, Günther van Dyk, Bernd Zimmer, Dr. Oliver Funken und Uwe Lange (Drucksache IV - 57) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

In der flächendeckenden ambulanten palliativen Versorgung spielen die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine entscheidende Rolle. Es ist Konsens, dass die allgemeine palliativmedizinische Versorgung durch qualifizierte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Grundlage für eine wohnortnahe flächendeckende Versorgung darstellt.

Die Bedingungen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die die Versorgung von Palliativpatienten in der allgemeinen ambulanten palliativen Versorgung übernehmen, müssen verbessert werden. Heute führen knapp 95 Prozent der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Deutschland Hausbesuche durch. Dabei werden 12,6 Prozent der Patienten und Patientinnen im Durchschnitt besucht. Da Hausbesuche ein wichtiges Instrument sind, um Palliativpatientinnen und -patienten und ihre Angehörigen zu unterstützen, muss das Honorar für diese Leistung in Zukunft kostendeckend sein.

Begründung:

Im Mittelpunkt aller Bemühungen zur Verbesserung der Palliativversorgung muss die Patientin/der Patient stehen, der selbstbestimmt zusammen mit seinem sozialen Umfeld entscheidet, wo er die letzte Lebensphase verbringen möchte. In der Regel werden Patienten den Wunsch haben, in der häuslichen bzw. vertrauten Umgebung zu sterben.

Aus diesem Grund ist es notwendig, die Versorgungsmöglichkeit im ambulanten Bereich insbesondere durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auszubauen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Qualitätssicherung/Patientensicherheit

- IV - 16 Qualitätsindikatoren
- IV - 17 Resolution des 119. Deutschen Ärztetages zur Qualitätssicherung
- IV - 12 Weiterentwicklungsbedarf in der Qualitätssicherung nach SGB V
- IV - 31 Indikationsqualität als Qualitätsdefinition
- IV - 40 Aus Fehlern lernen - Qualität der Krankenhausversorgung erhöhen
- IV - 32 Verbindliche Personalschlüssel im Krankenhaus
- IV - 42 Patientensicherheit durch verbindliche Personalvorgaben auf Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen fördern
- IV - 45 Risikominimierung im Krankenhaus



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Qualitätsindikatoren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, PD Dr. Andreas Scholz, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache IV - 16) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber und die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen auf, folgende Aspekte im Rahmen der Qualitätsoffensive umzusetzen:

- genügend fachlich qualifiziertes Personal vorzuhalten und Personalmindeststandards zu definieren;
- interdisziplinäre Teambesprechungen aufzubauen und strukturiert zur Reflektion des ärztlichen Handelns einzusetzen;
- Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sektorenübergreifend zu definieren und umzusetzen;
- die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung ohne Einflussnahme durch ökonomischen Druck zu sichern;
- valide und reliable Qualitätsindikatoren unter Beteiligung der verfassten Ärzteschaft zu definieren;
- Aspekte des Qualitätsmanagements vermehrt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu berücksichtigen und zu fördern;
- die notwendigen Daten zur Qualitätsverbesserung aus Routinedaten und vorhandenen Daten ohne vermehrte Bürokratie zu gewinnen;
- die Mehrbelastung aufgrund des angewandten Qualitätsmanagements samt ihren Kosten transparent zu machen und gegenzufinanzieren;
- eine Verknüpfung von Qualität mit ökonomischen Parametern wie Zu- und Abschlägen nicht anzuwenden.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Resolution des 119. Deutschen Ärztetages zur Qualitätssicherung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Anne Kandler, PD Dr. Andreas Scholz, BMedSci Frank Seibert-Alves, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger und Dipl.-Med. Sabine Ermer (Drucksache IV - 17) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die gesetzliche Qualitätssicherung bescheinigt den meisten deutschen Krankenhäusern seit Jahren ein hohes Qualitätsniveau. Dennoch hat die Bundesregierung eine Qualitätsoffensive angekündigt und zur Umsetzung das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegründet. Qualitätskriterien sollen in die Landeskrankenhausplanungen einfließen und Teil des Vergütungssystems werden. Was aber eine qualitativ hochwertige Krankenhausbehandlung ausmacht und nach welchen Kriterien dies beurteilt werden soll, ist noch nicht definiert.

Die Qualität einer medizinischen Behandlung wird vom Patienten nach subjektiven Kriterien bewertet und oft mit dem Behandlungserfolg gleichgesetzt. Dabei wird vernachlässigt, dass auch bei optimaler Behandlung oft keine Heilung erreicht werden kann. Gleichzeitig wird seitens des Gesetzgebers suggeriert, dass eine objektive Qualitätsbewertung möglich sei. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis Ende dieses Jahres Qualitätskriterien in diesem Sinne definieren.

Die Forderung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung wird vom 119. Deutschen Ärztetag 2016 unterstützt. Der Fokus sollte jedoch nicht auf der Qualitätsmessung, sondern auf der Qualitätsverbesserung liegen und alle Sektoren des Gesundheitswesens mit einbeziehen. Die derzeit geführte Diskussion wird von extern mit einem Fokus auf die Ergebnisqualität geführt, wobei suggeriert wird, dass bei guter Ergebnisqualität und ausreichender Risikoadjustierung automatisch der gesamte Behandlungsprozess erfasst ist.

Folgende Aspekte werden jedoch gar nicht oder nur unzureichend berücksichtigt:

Die Mortalität als ein Ergebniskriterium hängt in besonderem Maße von der Risikoadjustierung ab. Wenn Einflussparameter, wie beispielsweise "Nachfrage nach Patientenverfügungen", nicht erfasst werden, ergeben sich keine validen Daten. Prozeduren/Abteilungen mit geringer Mortalität können gar nicht bewertet werden (z. B. Augenheilkunde). Wenn mehr Einflussfaktoren berücksichtigt werden, steigt die Vergleichbarkeit von Daten, aber auch der Dokumentationsaufwand. Die arbeitstägliche



zeitliche Belastung für bürokratischen Aufwand beträgt bereits mehr als 30 Prozent der ärztlichen Arbeitszeit, die somit nicht mehr der Patientenversorgung zur Verfügung steht. Eine Zunahme des Dokumentationsaufwandes ist insbesondere in Zeiten eines Fachkräftemangels im Gesundheitswesen nicht akzeptabel. Die Qualitätssicherungsdaten, die verpflichtend landes- oder bundesweit ohnehin erfasst werden (bspw. BQS), eignen sich in vielen Bereichen nicht zu einer Bewertung der qualitativen Versorgung, da nur Teilaspekte erfasst werden. Dennoch sollten diese Daten dazu dienen, dass Kliniken, die nach diesem System besonders gute Ergebnisse vorlegen, auditiert werden, um zu erkennen, welche Maßnahmen zu den guten Ergebnissen geführt haben ("von den Besten lernen").

Wenn die Ergebnisqualität gemessen werden soll, gehört dazu auch zwingend eine Nachverfolgung der Patienten (beispielsweise ein Jahr nach Entlassung), da die dokumentierte Ergebnisqualität zum Entlassungszeitpunkt kein sicherer Parameter für den weiteren Verlauf darstellt.

Ein einseitiger Fokus auf die Ergebnisqualität vernachlässigt die Behandlungsqualität (Prozessqualität) und insbesondere die Indikationsqualität unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten. Die Indikationsqualität wird aber zunehmend nicht nur durch die ärztliche Qualifikation, sondern auch durch den ökonomischen Druck beeinflusst, der auf Ärztinnen und Ärzten lastet. Die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung ist als wichtiger Qualitätsparameter somit mehr in den Fokus zu stellen. Nur durch eine ausschließlich am Patientenwohl orientierte, medizinisch ausgewogene Indikationsstellung erfährt der Patient keine Mangelversorgung oder Übertherapie. Das Problem ist im Wesentlichen nicht, dass der richtige Eingriff falsch gemacht wird, sondern dass der falsche Eingriff richtig gemacht wird. Gerade Letzteres würde durch die Messung der Ergebnisqualität noch belohnt.

Patientenbefragungen über die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern zeigen ein eindeutiges Ergebnis: Das Personal hat zu wenig Zeit für die individuelle Betreuung der Patienten.

Deshalb fordert der 119. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf:

- Der Fokus darf nicht auf der Qualitätsmessung, sondern muss auf der Qualitätsverbesserung liegen. Eine Verbesserung der Patientenversorgung lässt sich nur mit einer ausreichenden Anzahl von gut qualifiziertem Personal erreichen. Grundvoraussetzungen hierfür sind:
 1. Festlegung von Personalmindeststandards
 2. Erhöhung der Medizinstudienplatzkapazitäten an staatlichen Universitäten
 3. Gewinnung von Nachwuchs und attraktivere Arbeitsbedingungen für die Pflege
- Eine weitere Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist die Definition von abteilungsspezifischen Strukturen, die über die



Krankenhausplanung der Länder eingefordert werden muss.

- Die Stärkung der regionalen Versorgungsplanung sollte zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung beitragen und verhindern, dass Versorgungsanbieter nur auf finanziell lukrative Leistungen fokussieren.
- Die verfasste Ärzteschaft ist bei der Entwicklung von Qualitätsparametern zu beteiligen. Ebenso müssen aus den Fehlversuchen anderer Länder (USA, England, Niederlande) Konsequenzen gezogen werden.
- Ein Peer Review nach den Vorgaben der Bundesärztekammer ist als hervorragend geeignete Qualitätsverbesserungsmaßnahme in allen Kliniken zu fördern.
- Die Qualität der ärztlichen Weiterbildung ist nur durch ausreichende Zeitkontingente der Weiterbilder sicherzustellen. Weiterbildung muss finanziert und von den Ärztekammern auch vor Ort überprüft werden.
- Die Kosten von geplanten Qualitätsmessungen (ärztliche Arbeitszeit) müssen vorab transparent dargestellt werden, um eine faire Diskussion über die Verteilung der begrenzten Ressourcen zu ermöglichen.
- Qualitätsmessung darf nicht zur Umsetzung des politischen Wunsches nach Kapazitätsabbau/Kostenreduktion missbraucht werden. Selbst bei Annahme eines derzeit vorliegenden geringen Überangebots an Krankenhausbetten in einigen Bereichen wird in wenigen Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und des Zuzugs von Migranten eine Unterversorgung vorliegen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Weiterentwicklungsbedarf in der Qualitätssicherung nach SGB V

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 12) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die verantwortlichen Institutionen auf Bundes- wie auf Landesebene auf, bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung nach SGB V zusammenzuarbeiten und gemeinsam tragfähige Lösungen zu entwickeln.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist dabei aufgefordert, die auf Landesebene langjährig etablierte Kompetenz zur Umsetzung der externen Qualitätssicherung nicht in Frage zu stellen und eine zentrale Rolle des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nur soweit zuzulassen, wie die notwendige Handlungsfähigkeit vor Ort nicht beeinträchtigt wird.

Auf Landesebene sind insbesondere Krankenkassen, Landeskrankenhausesellschaften und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) aufgerufen, bei der Weiterentwicklung der Infrastruktur einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die vorhandenen Strukturen der Selbstverwaltung effektiv zu nutzen und hierbei die Ärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts und zugleich dem Gemeinwohl verpflichtete und mit ärztlichem Sachverstand ausgestattete Institutionen zu beteiligen. Die Ärztekammern organisieren alle Ärztinnen und Ärzte und sind damit gerade bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung einzubeziehen.

Begründung:

Die jüngste Initiative des Gesetzgebers zur stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten führt zu einer erheblichen Steigerung des Aufwands und der Regulierungsdichte für QS-MaÙnahmen. Insbesondere das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wird mit der teilweise gleichzeitigen Einführung bisher kaum erprobter Instrumente, etwa der Nutzung von Qualitätsindikatoren zur Krankenhausplanung sowie zu Qualitätszu- oder -abschlägen auf die Vergütung, alle Beteiligten vor große Herausforderungen stellen und damit Ressourcen in erheblichem AusmaÙ binden. Durch die Einbeziehung weiterer Akteure, etwa die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden, wächst der Abstimmungsbedarf.



Um dies auch nur ansatzweise bewältigen zu können, sind vorrangig erprobte Strukturen der Landesebene, namentlich die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und deren Lenkungsgremien, zu nutzen, weiterzuentwickeln und den wachsenden Aufgabenstellungen angepasst zu finanzieren.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Indikationsqualität als Qualitätsdefinition

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dipl.-Med. Bernd Helmecke, Dr. Klaus-Peter Spies und Dr. Wolf von Römer (Drucksache IV - 31) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die Indikationsqualität ist entscheidend bei der Definition von Qualitätsanforderungen. Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert insbesondere den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, in Zukunft diese Qualitätsdefinition mehr als bisher in den Mittelpunkt der Beratungen und Beschlüsse zu stellen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Aus Fehlern lernen - Qualität der Krankenhausversorgung erhöhen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Andreas Tröster, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache IV - 40) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die öffentlich zugänglichen Untersuchungsberichte^{1, 2, 3} zu den Vorfällen im Klinikum Stafford (GB) auf folgende Fragestellungen hin zu untersuchen und die Ergebnisse der Untersuchung binnen eines Jahres zu veröffentlichen:

1. Sind Fehlermuster erkennbar, die auch in Deutschland denkbar wären?
2. Können bzw. müssen die im Berwick-Report¹ erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen - für das deutsche Gesundheitssystem adaptiert - auch hierzulande implementiert werden?

Hintergrund:

Anfang der 2000er-Jahre kamen im NHS-Klinikum Stafford etliche Patienten zu Schaden, worauf der Träger über längere Zeit nicht angemessen reagiert hat. Auf öffentlichen Druck wurde schließlich vom britischen Unterhaus ein Untersuchungsbericht³ initiiert. Aus diesem geht hervor, dass der unter erheblichem finanziellen Druck stehende Träger den gebotenen medizinischen Standard nicht eingehalten hat. Die Untersuchungsberichte sind öffentlich einsehbar.

Zitate aus dem Abschlussbericht³:

"Der Bericht hat zahllose Warnzeichen identifiziert, die als Gesamtheit bzw. in einigen Fällen auch alleine das System hätten alarmieren können und müssen, dass der Trust (Träger der Klinikums Stafford) eine problematische Entwicklung durchmachte. Dass das nicht der Fall war, hat mehrere Ursachen, darunter:

- Eine Kultur, die auf die Bedürfnisse des Systems ausgerichtet war und nicht auf die der Patienten.
 - Eine Unternehmenskultur, die positiven Nachrichten über die Leistungen mehr Gewicht gab als Informationen, die Anlass zur Besorgnis hätten geben können.
 - Standards und Methoden zur Leistungsbewertung, die nicht auf den Effekt auf die Patientenversorgung abzielten.
-



- Eine zu große Toleranz gegenüber unzulänglichen Standards und Risiken für Patienten.
- Das Fehlen einer effektiven Kommunikation zwischen den vielen Bereichen, die ihr Wissen um Probleme hätten teilen müssen.
- Die Annahme, dass Überwachung, Leistungskontrolle oder Interventionen in der Verantwortung anderer lägen.
- Die Unfähigkeit, sich der Herausforderung zu stellen, eine positive Kultur aufzubauen, besonders in der Pflege, aber auch innerhalb der Ärzteschaft.
- Die Unfähigkeit, bis in die jüngste Vergangenheit das Risiko zu bedenken, dass die wiederholten Reorganisationen auf allen Ebenen einen zerstörerischen Verlust der Unternehmenstradition und der Unternehmensziele zur Folge haben könnten."

¹ *Berwick D (August 2013): A promise to learn – a commitment to act. Improving the Safety of Patients in England. National Advisory Group on the Safety of Patients in England*

² *Francis R (2010) Independent inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005 – March 2009; Volume I+II; ISBN: 9780102964394*

³ *Francis R (2013) Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Executive summary; ISBN: 9780102981476*
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffpublicinquiry.com/sites/default/files/report/Executive%20summary.pdf>



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Verbindliche Personalschlüssel im Krankenhaus

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Hanjo Pohle, Dr. Klaus Reinhardt und Dr. Daniel Johannes Peukert (Drucksache IV - 32) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die politisch Verantwortlichen und die Krankenhausträger auf, aus Gründen der Patientensicherheit und zum Schutz der Mitarbeiter verbindliche Personalschlüssel für den ärztlichen und pflegerischen Dienst zu schaffen.

Begründung:

Die avisierte Qualitätsverbesserung, die im Mittelpunkt der öffentlichen Kommunikation des zum Anfang des Jahres in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) steht, führt zu einer erheblichen Ausweitung des Dokumentationsaufwands und damit zu einer weiteren Belastung der Ärzte mit bürokratischen Aufgaben. Ärztinnen und Ärzte dürfen aber nicht zu Qualitätsverwaltern werden, sondern sind originär zur medizinischen Leistungserbringung am Patienten verpflichtet. Vor diesem Hintergrund verschärft sich weiter der Personalmangel, sodass verbindliche Personalschlüssel für den ärztlichen und pflegerischen Dienst geschaffen werden sollten, um Patientensicherheit zu gewährleisten und die Mitarbeiter zu schützen. Die langfristige Unterbesetzung von Abteilungen führt zu einer Gefährdung der Gesundheit von Patienten und Mitarbeitern. Die Arbeitsbelastung ist eine wichtige Determinante der Behandlungsqualität im Krankenhaus. Eine hohe Belastung der Mitarbeiter korreliert mit abnehmender Patientensicherheit und geringerer Arbeitszufriedenheit.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Patientensicherheit durch verbindliche Personalvorgaben auf Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen fördern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Andreas Tröster, Rudolf Henke, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache IV - 42) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, seiner Verpflichtung aus § 136c Abs. 4 SGB V¹ nachkommend folgende Personalschlüssel für Intensiv- und IMC-Stationen verbindlich festzulegen:

1. Pflegekräfte

- Eine Pflegekraft auf einer Intensivstation für Erwachsene darf maximal zwei Patienten betreuen.
- Eine Pflegekraft auf einer Intermediate-Care-Station darf maximal vier Patienten betreuen.
- Bei aufwändigen Organersatztherapien (z. B. ECMO) ist eine 1:1-Betreuung Pflicht.
- Das Verhältnis von Fachpflegekräften für Intensivmedizin und weniger qualifizierten (examinierten) Pflegekräften darf das Verhältnis 1:1 nicht unterschreiten.

2. Ärztliches Personal²

- Für acht bis zwölf Betten einer Intensivstation sind (bei einer 40-Stunden-Woche) mindestens sieben Arztstellen (VK) erforderlich, neben der Stelle des Leiters und dessen Ausfallkompensation.
 - Die ärztliche unmittelbare Präsenz ist auf einer Intensivstation rund um die Uhr sicherzustellen.
 - Spezielle Situationen und Zusatzaufgaben (schwere Verbrennungen, extrakorporale Organersatzverfahren, Reanimationsteam, Schockraumabdeckung, Intensivtransporte u. ä.) bedingen einen höheren ärztlichen Stellenschlüssel.
 - Die ärztliche Leitung einer Intensivstation muss die Zusatzbezeichnung "Intensivmedizin" vorweisen und hauptamtlich auf der Intensivstation tätig sein.
 - Für die ärztliche Leitung einer neonatologischen Intensivstation ist die Schwerpunktqualifikation "Neonatologie" erforderlich.
 - Auf einer Intermediate-Care-Station ist keine ständige ärztliche Präsenz erforderlich. Es muss jedoch eine unmittelbare Verfügbarkeit eines intensivmedizinisch erfahrenen
-



Arztes sichergestellt sein³.

3. Allgemein

- Jede Klinik, die im Krankenhausbedarfsplan aufgeführt ist, hat mit einem Ausfallkonzept sicherzustellen, dass diese Personalschlüssel auch bei kurzfristigem Krankheitsausfall eingehalten werden.
- In Notfällen (über das üblicherweise erwartbare Maß hinausgehende Patientenaufkommen) vorkommende Abweichungen von diesen Vorgaben sind im jährlichen Qualitätsbericht zu veröffentlichen.

¹ § 136c Abs. 4 SGB V: "Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festzulegen."

² Jorch G et al (2010) Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Beschluss des Präsidiums der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 (http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf)

³ DGAI: Empfehlungen, Entschlüsse, Vereinbarungen (<http://bda.de/docman/alle-dokumente-fuersuchindex/oeffentlich/empfehlungen/602-intermediate-care-entwicklung-definition-ausstattung-organisation-und-moegliche-loesungen.html>)



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Risikominimierung im Krankenhaus

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Johannes Albert Gehle, Michael Krakau, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Anne Bunte, Dr. Claus Beermann, Dr. Sven Christian Dreyer und Dr. Christian Köhne (Drucksache IV - 45) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, in Forschung zur Risikominimierung zu investieren. Zwar sind im Gesundheitswesen durch Ärzteschaft, Krankenhausträger und Haftpflichtversicherer verschiedene Ansätze zur Risikominimierung in Teilbereichen implementiert worden, aber es fehlt ein systematischer Ansatz wie in anderen Hochrisikobereichen.

Qualität in der Gesundheitsversorgung bedeutet vor allem Risikominimierung. Ein solcher Ansatz würde helfen klarzustellen, in welchen Bereich sinnvoll investiert werden muss, um die Qualität der Versorgung zu sichern und für deren weitere Verbesserung zu sorgen.

Anders als im Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) bisher angedacht, würden so echte Ansätze zur Qualitätsverbesserung der Versorgung die Folge sein, anstelle von reinen Pay-for-Performance-Ansätzen, die nur schlechte Qualität finanziell bestrafen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Reproduktionsdiagnostik/PID/Pränataldiagnostik

- IV - 67 Keine sozialen Hürden bei der Präimplantationsdiagnostik
- IV - 83 Keine Pränataldiagnostik ohne kinder- und jugendärztliche Beratung



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine sozialen Hürden bei der Präimplantationsdiagnostik

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Ulrich M. Clever und Dr. Gisbert Voigt (Drucksache IV - 67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetz- bzw. Verordnungsgeber auf, durch geeignete Maßnahmen (Steuerfinanzierung und/oder Übernahme der Gebühren und Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen) sicherzustellen, dass alle betroffenen Frauen unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Situation in der Lage sind, eine Präimplantationsdiagnostik (PID) durchführen zu lassen.

Begründung:

Knapp zwei Jahre nach Aufnahme der Arbeit in den PID-Ethikkommissionen zeichnet sich ab, dass angesichts der hohen Gebühren für den Antrag auf Durchführung einer PID sowie die daraus resultierenden Folgekosten nur Frauen aus wirtschaftlich sicheren Verhältnissen einen Antrag stellen. Es muss davon ausgegangen werden, dass Frauen ohne entsprechende wirtschaftliche und soziale Ressourcen keinen Antrag stellen. Für diesen Personenkreis bleibt nur die Alternative einer Pränataldiagnostik, d. h. "Schwangerschaft auf Probe" oder Verzicht auf eine Schwangerschaft. Beides kann aus ethischen Gründen nicht akzeptiert werden und verstößt gegen den Grundsatz der Chancengleichheit. Angesichts der strengen Vorgaben des Gesetz- bzw. Verordnungsgebers ist nicht zu befürchten, dass eine Kostenübernahme oder Subvention dieser Maßnahme einen massiven Anstieg der Anträge auf Durchführung einer PID nach sich ziehen wird.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Pränataldiagnostik ohne kinder- und jugendärztliche Beratung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Joachim Suder, Agnes Trasselli, Olaf Büchter, Dr. Roland Freßle, Detlef Schmitz, Dr. Christiane Groß M.A. und Dr. Peter Scholze (Drucksache IV - 83) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung und die zuständigen Organe der ärztlichen Selbstverwaltung auf, darauf hinzuwirken, dass bei Aufdecken drohender chronischer Erkrankungen oder schwerer Fehlbildungen des Feten im Rahmen der Pränataldiagnostik die Schwangerenberatung durch einen in dieser Erkrankung erfahrenen Kinder- und Jugendarzt bzw. Kinderchirurgen verpflichtend wird.

Begründung:

Die Möglichkeit zur frühzeitigen Erkennung potenziell chronisch verlaufender Erkrankungen und von Fehlbildungssyndromen im Kindesalter hat sich durch die qualitativ immer besser werdende Pränataldiagnostik deutlich verstärkt. Hier ist in erster Linie die verbesserte humangenetische, wie auch die durch Technik und Ausbildungsgrad erhöhte Detektionsrate im Rahmen der Ultraschalluntersuchung zu nennen. Gleichzeitig haben sich die Möglichkeiten zur frühzeitigen Behandlung von chronischen Erkrankungen des Säuglings-, Kindes- und Jugendalters und von peri- und postnatalen operativen Korrekturingriffen deutlich verbessert. Dies ist u. a. durch eine Qualifizierung und Diversifizierung der jeweiligen ärztlichen Betreuung entstanden. Aufgrund der hochspezialisierten postnatalen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ist das konkrete Wissen, das für eine Beratung von Schwangeren mit betroffenen Feten notwendig ist, nicht ausreichend bei der Berufsgruppe der Pränataldiagnostiker und Humangenetiker zu finden. Damit besteht die Gefahr nicht indizierter Schwangerschaftsabbrüche ebenso wie einer nicht adäquaten Vorbereitung auf die Geburt und daran anschließende diagnostische und therapeutische Verfahren.

Um diese Betreuungslücke zu schließen, muss sichergestellt werden, dass bei jeder Erkennung einer im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter chronisch verlaufenden Erkrankung und bei Fehlbildungen, die einer operativen Korrektur bedürfen, eine angemessene pädiatrische bzw. kinderchirurgische Expertise in der Entscheidungsfindung



und Schwangerenberatung hinzugezogen wird. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass diese Leistungen adäquat durch die Kostenträger vergütet werden.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

SGB V/GKV

- IV - 26 Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung des Begriffs der "Halbtagsbeschäftigung"
- Einheitliche Definition einer Mitgliedschaft in den Kassenärztlichen Vereinigungen
- IV - 28 Patientensteuerung als Instrument zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit des Systems
der gesetzlichen Krankenversicherung
- IV - 56 Gegen budgetbedingte Unterfinanzierung und Einschränkung moderner Medizin -
Wahl der Kostenerstattung fördern und stärken
- IV - 101 Keine zusätzlichen verpflichtenden Fortbildungsanforderungen für die Abrechnung von
EBM-Leistungen im Bereich der geriatrischen Versorgung
- IV - 102 Geriatrie als wesentlichen Bestandteil ambulanter medizinischer Versorgung stärken
und regressfrei stellen



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung des Begriffs der
"Halbtagsbeschäftigung" - Einheitliche Definition einer Mitgliedschaft in den
Kassenärztlichen Vereinigungen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Bernd Zimmer, Prof. Dr. habil. Antje Bergmann und Dr. Oliver Funken (Drucksache IV - 26) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung auf, den Begriff der "Halbtagsbeschäftigung" in § 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V im Sinne einer einheitlichen Rechtsauslegung und -anwendung in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gesetzlich klar im Sinne des Bedarfsplanungsrechtes zu definieren.

Hierzu sollte entweder § 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V komplett gestrichen oder das Wort "halbtags" durch "im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrages" ersetzt werden.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Patientensteuerung als Instrument zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Daniel Johannes Peukert, Dr. Hanjo Pohle und Dr. Thomas Lipp (Drucksache IV - 28) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Gesetzgeber auf, in Abstimmung mit der gemeinsamen Selbstverwaltung intelligente und pragmatische Instrumente zur Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zu entwickeln. Diese sollten einerseits dem berechtigten Anspruch des im Solidarsystem der GKV-Versicherten auf eine sachgerechte substanzielle medizinische Versorgung (gemäß § 12 SGB V) gerecht werden und andererseits geeignet sein, ein höheres Verantwortungsbewusstsein für die Inanspruchnahme der begrenzten Ressourcen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu entwickeln und einen ungeregelten Zugang zu allen Leistungsebenen zu verhindern.

Begründung:

Es ist nicht zuletzt eine Frage der Solidarität in einem gemeinschaftlich finanzierten und nur mit begrenzten Ressourcen ausgestatteten Gesundheitssystem, den ungeregelten Zugang Weniger zu Lasten der Mehrzahl von Beitragszahlern zu vermeiden. Primäres Ziel eines Instrumentes zur Patientensteuerung sollte es also sein, die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, zunächst einmal im Sinne einer Mengensteuerung, so zu organisieren und zu lenken, dass sie - stets unter Berücksichtigung medizinisch notwendiger Erfordernisse - in einem gedeckelten System nicht unbegrenzt und ungedeckelt in Anspruch genommen werden können. Dazu gehört es auch, sich in einem ergebnisoffenen Dialog mit der Vermeidung therapeutischer Redundanzen und dem Thema Fehlversorgung auseinanderzusetzen. Auch hier gilt stets der Vorbehalt, dass all diese Maßnahmen den Anspruch von Patientinnen und Patienten auf notwendige Behandlungen nicht berühren dürfen.

Mögliche Steuerungsinstrumente sind so zu gestalten, dass sie auch dem Ziel einer integrierten Versorgung, also der intelligenten Vernetzung stationärer und ambulant zu erbringender Leistungen folgen. Sie dürfen nicht etwa Konkurrenz zwischen den Sektoren schaffen, sondern sollen das von ihnen gemeinsam und koordiniert erbringbare



Leistungsvolumen voll ausschöpfen. Dabei ist stets dem Prinzip der Subsidiarität zu folgen. Kostenträger müssen in wirtschaftlicher und solidarischer Verantwortung in die Patientensteuerung einbezogen werden. Der Einbezug Dritter bei der Organisation von Patientensteuerung muss den behandelnden Ärzten mitgeteilt werden. Lenkungsmechanismen, die wie in der Vergangenheit geeignet sind, den rein gewinnorientierten Wettbewerb zwischen verschiedenen Leistungserbringern oder Ebenen der Leistungserbringung zu fördern, lehnt der 119. Deutsche Ärztetag ab.

Die freie Arztwahl ist und bleibt ein hohes Gut in einem freiheitlich organisierten Gesundheitssystem. Unter Wahrung dieses Grundsatzes sind im Rahmen der Gestaltung geeigneter Lenkungsinstrumente zwischen Hausärzten, Fachärzten und stationären Versorgungsebenen Modelle zu gestalten, die nicht nur Effekte im Sinne von Mengensteuerung erzielen, sondern darüber hinaus eine Optimierung der Nutzung vorhandener Ressourcen der verschiedenen Leistungsebenen erreichen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Gegen budgetbedingte Unterfinanzierung und Einschränkung moderner
Medizin - Wahl der Kostenerstattung fördern und stärken

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Axel Brunngraber, Christa Bartels, Dr. Susanne Blessing und Wieland Dietrich (Drucksache IV - 56) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 stellt fest, dass die unabhängige und am Patienten orientierte ambulante ärztliche Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) immer stärker ökonomischen Restriktionen unterliegt. Budgetierung und andere Maßnahmen führen zu fortschreitender Rationierung. Es wird begrüßt, dass der Gesetzgeber in § 13 SGB V für alle gesetzlich Versicherten die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung geschaffen hat. Damit ist es möglich, den einzelnen Patienten ärztlich unabhängig und rein nach medizinischen Gesichtspunkten zu behandeln.

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert ärztliche Körperschaften, Mandatsträger und die Politik auf, die Bürger besser über das Verfahren der Kostenerstattung und die damit verbundenen Chancen zu informieren.

Begründung:

Nach einer Versichertenumfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von 2015 wären 27 Prozent der befragten gesetzlich Versicherten bereit, Behandlungskosten selbst mit der Krankenkasse abzurechnen. Allerdings macht derzeit nur ca. ein Prozent der GKV-Versicherten von der Option der Kostenerstattung Gebrauch. Das Prozedere zur Wahl der Kostenerstattung sollte deshalb vereinfacht werden, die Inanspruchnahme von Behandlungen in diesem Rahmen sollte bei allen approbierten niedergelassenen oder in Kliniken oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätigen Ärzten möglich sein. Dadurch würde auch die freie Arztwahl gestärkt.

Trotz womöglich entstehender Zusatzkosten liegen grundsätzliche Vorteile der Kostenerstattung darin, dass der Patient die erbrachten Leistungen direkt kontrollieren kann. Vor allem aber ist die Kostenerstattung für ihn ein Ausweg aus budgetbedingter Behandlungseinschränkung und Rationierung. Zudem eignet sich das Verfahren dazu, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und zum sparsamen Umgang mit den



Ressourcen des Gesundheitswesens im Sinne von echter Subsidiarität beizutragen.

Viele Bürger sind bereit, zusätzliche Mittel für eine nicht nur ausreichende, sondern eine gute oder optimale ärztliche Behandlung und die Erlangung der freien Arztwahl in Praxen und Kliniken aufzuwenden. Dies belegen der Anstieg und die hohe Zahl von Zusatzversicherungen für medizinische Leistungen in Deutschland: Sie hat sich von 2000 bis 2012 verdoppelt. So haben bereits 2012 16,6 Prozent der gesetzlich versicherten Erwachsenen eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen, insgesamt ca. 10 Mio. Bürger. 10,8 Prozent der Erwachsenen haben eine Krankenhauszusatzversicherung abgeschlossen, 8,7 Prozent eine Zusatzversicherung für Heil- und Hilfsmittel und 7,5 Prozent eine Auslandsrankenversicherung (Quelle: DIW Berlin, Stand 2012).

Auch der Bundesverband der Verbraucherzentralen weist auf die Möglichkeit der Kostenerstattung hin (www.verbraucherzentrale.de/Zusatzversicherungen-zur-gesetzlichen-Krankenversicherung).



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine zusätzlichen verpflichtenden Fortbildungsanforderungen für die Abrechnung von EBM-Leistungen im Bereich der geriatrischen Versorgung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Bernd Zimmer und Marion Charlotte Renneberg (Drucksache IV - 101) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die demografische Entwicklung in einer Gesellschaft des langen Lebens erfordert eine flächendeckende vertragsärztliche Versorgung mit stetig steigendem Anteil älterer bis hochbetagter Patientinnen und Patienten. In dieser Entwicklung stellen die Hausärztinnen und Hausärzte eine wohnortnahe qualitätsgesicherte geriatrische Versorgung in ganz Deutschland sicher.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert deswegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, keine zusätzlichen verpflichtenden Fortbildungsanforderungen für die Abrechnung von EBM-Leistungen im Bereich der geriatrischen Versorgung einzuführen.

Begründung:

Die geriatrische Kompetenz in der Weiterbildung Allgemeinmedizin ist umfassend und vor allem praxisnah. Eine zusätzliche verpflichtende Fortbildung zur Abrechnung von geriatrischen EBM-Leistungen ist abzulehnen.

Studien zeigen, dass 90 Prozent aller älteren bis hochbetagten Menschen kontinuierlich durch Hausärztinnen und Hausärzte versorgt werden. Mehr als die Hälfte aller über 80-Jährigen in der ambulanten Versorgung werden ausschließlich hausärztlich versorgt.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Geriatrie als wesentlichen Bestandteil ambulanter medizinischer Versorgung stärken und regressfrei stellen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Bernd Zimmer und Marion Charlotte Renneberg (Drucksache IV - 102) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die demografische Entwicklung in einer Gesellschaft des langen Lebens erfordert eine flächendeckende vertragsärztliche Versorgung mit stetig steigendem Anteil älterer bis hochbetagter Patientinnen und Patienten. In dieser Entwicklung stellen die Hausärztinnen und Hausärzte eine wohnortnahe qualitätsgesicherte geriatrische Versorgung im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Gebietsärzten für ganz Deutschland sicher.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert deswegen,

- die Vertragspartner des § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen [GIA]), Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV] auf, sicherzustellen, dass auch in Zukunft diese Institutsambulanzen nur auf Überweisung tätig werden können und auf diagnostische Maßnahmen und Therapievorschläge beschränkt bleiben,
- dass die Umsetzung dieser Therapievorschläge regressbefreit erfolgt.

Begründung:

Studien zeigen, dass 90 Prozent aller älteren bis hochbetagten Menschen kontinuierlich durch Hausärztinnen und Hausärzte versorgt werden. Mehr als die Hälfte aller über 80-jährigen in der ambulanten Versorgung werden ausschließlich durch diese medizinisch betreut.

Eine Spezialisierung der Geriatrie in der Weiterbildungsordnung und Konzentration auf stationäre Versorgung geriatrischer Patienten führt zu einem Rückzug der geriatrischen Versorgung aus der Fläche. Die in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erworbene Kompetenz für die Versorgung geriatrischer Patienten ist bei der o. g. Versorgungsleistung in den Weiterbildungspraxen umfassend und vor allem praxisnah.



Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Gebietsärzten sichert die Versorgung bei entsprechenden Erfordernissen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Telematik/Telemedizin/E-Health

- IV - 09 Keine Abstriche bei der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur
- IV - 96 Beitragsgelder der gesetzlichen Krankenversicherten in die medizinische Behandlung investieren - Milliardenausgaben für das Projekt Elektronische Gesundheitskarte sind nicht sachgerecht
- IV - 98 Datenschutz und sichere Identität sind unabdingbare Voraussetzungen für die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen
- IV - 69 Ersatz der PIN für eGK und eHBA durch sichere biometrische Verfahren
- IV - 10 Elektronische Patientenakten in der Hand von Ärzten und Patienten
- IV - 70 Elektronischer Arztbrief im stationären Bereich als Anwendung der Telematikinfrastruktur gesetzlich regeln



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Keine Abstriche bei der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 09) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 begrüÙt die grundsätzliche Ausrichtung des E-Health-Gesetzes (eHealthG), nach der Patienten und Ärzten möglichst zeitnah sinnvolle medizinische Anwendungen über die Telematikinfrastruktur (TI) zur Verfügung gestellt werden sollen.

Dadurch kann es gelingen, die bisher häufig von technischen Aspekten und Verwaltungsanwendungen getriebene Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und TI in Richtung einer medizinischen Sinnhaftigkeit zu korrigieren.

Die im E-Health-Gesetz verankerten Sanktionen laufen dieser Zielsetzung jedoch entgegen. Der 119. Deutsche Ärztetag lehnt mit Nachdruck die vorgesehene einprozentige Honorarkürzung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ab, für den Fall, dass diese ab dem 01.07.2018 keine Prüfung und Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte durchführen.

Darüber hinaus lehnt der 119. Deutsche Ärztetag auch die angedrohten Sanktionen für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) ab, wenn bestimmte Fristen zur Einführung einzelner Anwendungen nicht eingehalten werden können.

Die angedrohten Sanktionen führen schon heute zu unerwünschten Konsequenzen:

- Die Vermeidung von Sanktionen wird zum primären Ziel, die Entwicklung qualitativ hochwertiger und praxistauglicher Anwendungen gerät in den Hintergrund.
- Die Vermeidung von Sanktionen droht dazu zu führen, dass Umfang und Dauer der Erprobung der einzelnen Anwendungen auf ein Maß reduziert werden, das keine aussagekräftigen Ergebnisse der Testungen mehr zulässt.



Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird aufgefordert, diese Risiken zu berücksichtigen und den notwendigen Raum zu lassen, damit das Ziel der Erprobung - die Sicherstellung von Datensicherheit, Interoperabilität, Kompatibilität, Verfügbarkeit sowie Akzeptanz bei Versicherten und Leistungserbringern - erreicht werden kann.

Begründung:

Den Körperschaften KBV, KZBV und GKV-SV droht eine Haushaltskürzung von ca. 15 Prozent, wenn zum 30.06.2016 die Anwendung "Versichertenstammdatenmanagement" nicht erfolgreich erprobt wurde. Weitere Sanktionen treten ein, wenn die Anwendung "elektronischer Medikationsplan" zum 31.12.2017 sowie das "Notfalldatenmanagement auf der eGK" zum 01.01.2018 nicht zur Verfügung stehen.

Seitens der gematik sind die notwendigen Vorarbeiten längst erfolgt; die Auftragsvergabe an Industrieunternehmen hat bereits vor über zwei Jahren stattgefunden. Wenn die Auftragnehmer der gematik nun nicht in der Lage sind, zugesagte Produkte (z. B. Konnektoren) in der vereinbarten Qualität und zum vereinbarten Termin zu liefern, können hierfür nicht die Gesellschafter der gematik zur Rechenschaft gezogen werden.

Eine seitens der Industrie mit Zustimmung des BMG diskutierte Reduzierung der Erprobung bezüglich Umfang und Dauer, um politisch motivierte Termine einzuhalten, erhöht die Gefahr, dass unausgereifte Technik in Arztpraxen und Krankenhäusern ausgerollt wird.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Beitragsgelder der gesetzlichen Krankenversicherten in die medizinische
Behandlung investieren - Milliardenausgaben für das Projekt Elektronische
Gesundheitskarte sind nicht sachgerecht

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Susanne Blessing, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Tilman Kaethner, Klaus-Peter Schaps, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Hans-Detlef Dewitz, Dr. Matthias Lohaus MPH, Dr. Ullrich Mohr und Dr. Svante Gehring (Drucksache IV - 96) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Nach 14-jähriger Planungszeit sind nach Informationen des IKK-Bundesverbandes in das Projekt "Elektronische Gesundheitskarte" allein auf der Ebene der gesetzlichen Krankenkassen mehr als 1,4 Mrd. Euro geflossen. Weitere Institutionen hatten hohe Kosten, dazu kommen erhebliche Steuerausgaben. Bis heute ist dem Gesundheitswesen, den Patienten und Ärzten kein erkennbarer Nutzen entstanden.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, für einen sachgerechten Einsatz der Versichertengelder zu sorgen und deshalb kurzfristig zunächst eine neue Kosten-Nutzen-Analyse in Auftrag zu geben. Unnötige Milliardenausgaben für dieses Großprojekt müssen beendet werden.

Begründung:

Die letzte und bisher einzige Kosten-Nutzen-Analyse der Firma Booz Allen Hamilton im Auftrag der Gematik wurde 2006 erstellt und kam schon damals zu eher negativen Ergebnissen. Eine neue Kosten-Nutzen-Analyse auch im Kontext des E-Health-Gesetzes (eHealthG) 2016 ist seither nicht erstellt worden.

Bis 2017 müssen aus Sicherheitsgründen alle Generation-1-Karten ausgetauscht werden. Kostenpunkt: geschätzte 350 Mio. Euro. Die Kartenlesegeräte in Praxen und Kliniken müssen zum großen Teil entgegen früherer Versprechungen der Gematik ausgetauscht und Konnektoren angeschafft werden, von denen bis dato nicht einmal Prototypen zur Verfügung stehen.



Die vorgeschriebenen sechsmonatigen Tests haben bis heute nicht stattgefunden. Die Geschichte des staatlichen Großprojektes imponiert weiterhin durch ständige Verzögerungen, Misserfolge und fehlinvestierte Versichertengelder in Milliardenhöhe.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Datenschutz und sichere Identität sind unabdingbare Voraussetzungen für die elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Susanne Blessing, Dr. Lothar Rütz, Prof. Dr. Bernd Bertram, Barbara vom Stein, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Ullrich Mohr, Dr. Hans-Detlef Dewitz, Dr. Matthias Lohaus MPH und Dr. Svante Gehring (Drucksache IV - 98) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Bei der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarten (eGK) ist von den gesetzlichen Krankenkassen versäumt worden zu überprüfen, ob ein eingesandtes Foto und die persönlichen Daten des Versicherten tatsächlich übereinstimmen.

Für jede sichere elektronische Kommunikation ist jedoch der Nachweis einer sicheren digitalen Identität durch die ausgebende Stelle unabdingbare Voraussetzung. Ärztinnen und Ärzte könnten sich ansonsten bei der Nutzung der Karten nach § 203 Strafgesetzbuch (Verletzung von Privatgeheimnissen) strafbar machen.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, zusammen mit dem Bundesversicherungsamt (BVA), dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Bundesbeauftragten für den Datenschutz für die Realisierung einer sicheren Identitätsprüfung bei der Ausgabe der nächsten Kartengeneration durch die ausgebenden Stellen vor Realisierung der ersten Online-Anwendung zu sorgen.

Begründung:

Über Jahre hinweg sind mehrfach Verstöße gegen den Datenschutz bei gesetzlichen Krankenkassen von Journalisten aufgedeckt worden. In diesem Zusammenhang hat das BVA kürzlich in einer schriftlichen Stellungnahme ausdrücklich festgestellt, dass es sich bei der eGK um einen Identitätsnachweis handelt und die gesetzlichen Kassen verpflichtet seien, hier Datensicherheit herzustellen.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte 2013 in einer gutachterlichen Stellungnahme gerügt, dass die Krankenkassen bei der Ausgabe der Gesundheitskarte



nicht prüfen, ob Foto und persönliche Stammdaten des Versicherten übereinstimmen.

Vor Anwendung der ersten Online-Funktion muss dieser eklatante Verstoß gegen den Datenschutz behoben werden. Anderenfalls ist die Einführung von Online-Funktionen mittels der Karte nicht tolerierbar.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ersatz der PIN für eGK und eHBA durch sichere biometrische Verfahren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Ute Taube, Erik Bodendieck, Dr. Eberhard Huschke und Dipl.-Med. Sabine Ermer (Drucksache IV - 69) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber und die Gematik werden aufgefordert zu prüfen, alternativ zur PIN-Eingabe für die Nutzung verschiedener Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) sichere biometrische Verfahren einzusetzen. Heilberufler und Versicherte sollen sich dabei für eine der beiden Möglichkeiten entscheiden können.

Begründung:

Die PIN-Eingabe für eGK und eHBA ist aufwändig und fehlerbehaftet. Die Anwendung biometrischer Verfahren statt der Eingabe einer PIN ist sicherer, schneller und weniger fehlerbehaftet. Biometrische Verfahren erlangen zunehmend Bedeutung und lösen in verschiedensten Bereichen des täglichen Lebens PIN-Eingaben ab. Um individuellen Vorbehalten bei der Nutzung biometrischer Merkmale zu begegnen, sind beide Verfahren (PIN und Biometrie) wahlweise anzubieten. Die Einhaltung der verfassungs- und datenschutzrechtlichen Vorgaben ist sicherzustellen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Elektronische Patientenakten in der Hand von Ärzten und Patienten

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 10) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Elektronische Patientenakten müssen in der Hand von Ärzten und Patienten verbleiben.

Bestrebungen der Krankenkassen, elektronische Patientenakten zu entwickeln und in ihrer Obhut und mit ihrem Zugriff zu verwalten, werden zurückgewiesen.

Elektronische Patientenakten sind ein gemeinsames Instrument einer vertrauensvollen und konstruktiven Patient-Arzt-Beziehung.

Begründung:

Seitens einzelner gesetzlicher Krankenkassen wird mittlerweile offensiv die Position vertreten, dass sie besser als Ärzte in der Lage wären, elektronische Patientenakten zu führen und Arztbesuche zu steuern.

Auch die seitens des GKV-Spitzenverbandes angestrebte Projektleitung für die Projekte "elektronische Patientenakte/elektronisches Patientenfach" im Rahmen der gematik GmbH zeigt, dass die gesetzlichen Krankenkassen einen Paradigmenwechsel hin zu einer vom Arzt gelösten Patientenversorgung verfolgen, der seitens des 116. Deutschen Ärztetages 2013 mit allem Nachdruck abgelehnt wurde.

Die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten darf nicht zum Ergebnis eines Kassenalgorithmus verkommen; sie muss auch zukünftig in eine vertrauensvollen Patient-Arzt-Beziehung eingebettet sein.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Elektronischer Arztbrief im stationären Bereich als Anwendung der
 Telematikinfrastruktur gesetzlich regeln

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Ute Taube (Drucksache IV - 70) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung auf, die Einführung des elektronischen Arztbriefes im stationären Bereich durch Festschreibung im Sozialrecht zu beschleunigen. Dieser ist mit einer qualifizierten elektronischen Signatur des verantwortlichen Arztes zu versehen. Im Zuge der Umsetzung dieser Anwendung sind gleichzeitig die bisher noch nicht ausreichend im Gesetz verankerten Strukturen für den innerärztlichen elektronischen Informationsaustausch im stationären Sektor und an der Schnittstelle zum ambulanten Versorgungsbereich zu definieren.

Begründung:

Der Entwurf des E-Health-Gesetzes (eHealthG) sah in § 291f SGB V (E) die finanzielle Förderung vor, wenn das Krankenhaus seinem Patienten oder mit seiner Einwilligung einem von ihm benannten Vertragsarzt oder einer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtung am Tag der Entlassung einen elektronischen Entlassbrief zum Zweck der Weiterverarbeitung und Nutzung in der Versorgung nach der Krankenhausbehandlung zur Verfügung stellt. Die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten sollten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Patienten erfolgen, sodass der Gesundheitsdatenschutz gewährleistet gewesen wäre. Das digitale Dokument sollte nach § 291f Abs. 2 SGB V (E) mindestens Angaben zu Diagnosen, Befunden, Therapiemaßnahmen, Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus, Entlassungsgrund und angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen enthalten. Dieser Gesetzesentwurf wurde nicht umgesetzt. Der elektronische Entlassbrief würde die innerärztliche Kommunikation über alle Sektorengrenzen hinweg entscheidend effektivieren.

Die gesetzliche Einbeziehung des stationären Sektors in die medizinische Telematikinfrastruktur und die Definition sektorenübergreifender einheitlicher Standards ist zwingend erforderlich. Die qualifizierte elektronische Signatur ist mittels elektronischer Heilberufsausweise (eHBA) sicherzustellen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Weitere Themen

- IV - 108 Ausstellung "erfasst, verfolgt, vernichtet" - Anerkennung und Genugtuung
- IV - 23 Mit Magnus-Hirschfeld-Sonderbriefmarke ein weitreichendes Zeichen setzen
- IV - 30 Vergütung der ärztlichen Leichenschau
- IV - 49 Expertenmeinung: Anforderungen und Bedeutung für die Behandlungs- und Fortbildungsqualität definieren
- IV - 54 Geplantes Prostituiertenschutzgesetz: Niedrigschwellige Beratungsangebote statt Anmelde- und Beratungspflicht
- IV - 58 Dolmetscherleistungen vom Leistungsanspruch erfassen
- IV - 90 Zulassung von Glyphosat widerrufen
- IV - 94 Frauengesundheitsbericht
- IV - 97 Risiken zentraler Vernetzung im Gesundheitswesen
- IV - 103 Arztspezifische Entgeltbedingungen im öffentlichen Gesundheitsdienst
- IV - 106 Approbationsbehörden müssen Fehlverhalten von Ärztinnen und Ärzten konsequenter überprüfen; der Gesetzgeber muss die Rechtsgrundlage dafür verbessern
- IV - 109 Erhöhung der Vergütung für ärztliche Gutachter gemäß Justizentschädigungsgesetz



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ausstellung "erfasst, verfolgt, vernichtet" - Anerkennung und Genugtuung

EntschlieÙung

Auf Antrag von Hans-Martin Wollenberg und Dr. Martina Wenker (Drucksache IV - 108) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die Ausstellung "erfasst, verfolgt, vernichtet" zeigt im Ausstellungsprogramm dieses Ärztetages in Hamburg, dass deutsche Ärzte im Dritten Reich schuldhaft mit dazu beigetragen haben, Patienten zu Opfern nationalsozialistischer Verfolgung werden zu lassen.

Die deutsche Ärzteschaft appelliert an den Bundesgesetzgeber, fast 60 Jahre nach der Verabschiedung des Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) von 1956 darauf hinzuwirken, dass die Menschen, die im nationalsozialistischen Deutschland nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN) von 1934 körperlich und seelisch geschädigt oder ermordet wurden, endlich auch vor dem Gesetz explizit und in vollem Umfang als Opfer des NS-Regimes anerkannt werden und Genugtuung erfahren.

Die deutsche Ärzteschaft will dazu beitragen, dass diese Patienten anerkannt werden und Genugtuung erfahren.

Begründung:

Das GzVeN vom 14.07.1933 (RGBl. I, S. 529) trat zum 01.01.1934 in Kraft. Es diente der sogenannten Rassenhygiene durch "Unfruchtbarmachung" vermeintlich "Erbkranker" und Alkoholiker. Zur Begutachtung eines Sterilisationsverfahrens wurden formal rechtsförmig agierende "Erbgesundheitsgerichte" geschaffen.

Als Erbkrankheiten im Sinne des GzVeN galten: angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein (Bipolare Störung), erbliche Fallsucht (Epilepsie), erblicher Veitstanz (Chorea Huntington), erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Missbildung. Ferner konnte unfruchtbar gemacht werden, wer an "schwerem Alkoholismus" litt.

Exemplarisch zeigt die auch im Rahmen dieses 119. Deutschen Ärztetages gezeigte Ausstellung "erfasst, verfolgt, vernichtet" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Verbindung mit der



Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas und der Stiftung Topographie des Terrors den resultierenden Umgang mit Kranken und behinderten Menschen in Folge dieses Gesetzes.

Frank Schneider, Präsident der DGPPN, wies in seiner Rede zur Aufarbeitung der Verbrechen an psychisch Kranken und geistig Behinderten im Nationalsozialismus darauf hin, dass das Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung (BEG) von 1956 in seiner Erweiterung zum BEG-Schlussgesetz von 1965 weiter Bestand hat und die zwangssterilisierten und ermordeten psychisch kranken Menschen bis heute nicht explizit als Opfer des NS-Regimes und als Verfolgte aus rassistischen Gründen anerkannt sind.

Es ist an der Zeit, dieses Unrecht aufzuheben und das fortdauernde Leid und das Schicksal dieser Opfer auch von Seiten des deutschen Staates angemessen zu würdigen.

Redeauszug Frank Schneider:

"(...) Und die Politik? 1956 wurde rückwirkend das Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung verabschiedet. 1965 wurde es zum BEG-Schlussgesetz erweitert. So konnten bis 1969 alle Opfer, die aus rassistischen, religiösen oder politischen Gründen verfolgt worden waren, einen Anspruch auf Entschädigung anmelden - nicht aber die Zwangssterilisierten oder die Familien von Euthanasieopfern, weil sie nicht aus rassistischen Gründen verfolgt worden seien. Auch dies eine nachträgliche Demütigung der Opfer, zu der wir geschwiegen haben.

Gutachter in den Anhörungen des Bundestagsausschusses für Wiedergutmachung in den 1960er-Jahren waren zum Teil dieselben Psychiater, die im Nationalsozialismus Zwangssterilisierungen gerechtfertigt hatten und an den Tötungsaktionen beteiligt waren. Am 13. April 1961 lehnte Werner Villinger laut Protokoll Entschädigungszahlungen mit der zynischen Begründung ab, es sei die Frage, ob bei der Durchführung einer Entschädigung der Zwangssterilisierten 'nicht neurotische Beschwerden und Leiden auftreten, die nicht nur das bisherige Wohlbefinden und (...) die Glücksfähigkeit dieser Menschen, sondern auch ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.'

Erst 1974 wurde das Erbgesundheitsgesetz außer Kraft gesetzt. Es bestand aber formal weiter. 1988 stellte der Deutsche Bundestag fest, dass die auf der Grundlage des Erbgesundheitsgesetzes vorgenommenen Zwangssterilisierungen nationalsozialistisches Unrecht waren. Zehn Jahre später beschloss der Bundestag, die Entscheidungen der Erbgesundheitsgerichte per Gesetz aufzuheben. Aber erst 2007 wurde schließlich das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom Deutschen Bundestag geächtet. Es stünde im Widerspruch zum Grundgesetz und sei daher faktisch bereits bei dessen Inkrafttreten außer Kraft getreten. Die DGPPN hatte diesen Antrag zur Ächtung des Gesetzes seinerzeit unterstützt.



Weiterhin Bestand aber hat das BEG von 1965. Bis heute sind die zwangssterilisierten und ermordeten psychisch kranken Menschen daher nicht explizit als Opfer des NS-Regimes und als Verfolgte aus rassistischen Gründen anerkannt. Hier sollte die Politik aktiv werden, bevor es zu spät ist. Erst mit der Aufhebung auch dieses Unrechts würde das fortdauernde Leid der Opfer und ihr Schicksal auch von Seiten des deutschen Staates angemessen gewürdigt. (...)"



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Mit Magnus-Hirschfeld-Sonderbriefmarke ein weitreichendes Zeichen setzen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 23) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 unterstützt ausdrücklich die Initiative der Magnus-Hirschfeld-Stiftung, dass die Deutsche Post im Jahr 2018 eine Sonderbriefmarke zum 150. Geburtstag von Magnus Hirschfeld auflegen soll.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Vergütung der ärztlichen Leichenschau

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Christiane Frenz, Dr. Anke Müller, Dr. Kerstin Skusa, Dr. Evelin Pinnow, Dipl.-Med. Bernd Helmecke und Dr. Andreas Crusius (Drucksache IV - 30) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Die seit vielen Jahren völlig unzureichende Honorierung des Aufsuchens eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau duldet keinen weiteren Aufschub mehr.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert daher das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als GOÄ-Verordnungsgeber auf, im Vorgriff auf die anstehende Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) schnellstmöglich eine die Vergütung der Leichenschau abdeckende Regelung zu treffen.

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert außerdem die Bundesärztekammer auf, unabhängig von der geplanten Novellierung der GOÄ umgehend in Verhandlungen mit der Bundesregierung für eine zeitnahe Erhöhung der Vergütung der ärztlichen Leichenschau (Gebührenordnungsposition [GOP] 100 GOÄ) einzutreten.

Bei der Ausgestaltung der Honorierung sind neben der betriebswirtschaftlichen Kalkulation der Leichenschaugebühr auch erschwerte Bedingungen, z. B. durch die besondere Auffindesituation des Leichnams oder den Zeitpunkt der Leichenschau, zu berücksichtigen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Expertenmeinung: Anforderungen und Bedeutung für die Behandlungs- und Fortbildungsqualität definieren

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 49) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 tritt dafür ein, dass verbindliche formale und inhaltliche Anforderungen an einen "medizinischen Experten" definiert werden. Hierzu muss innerärztlich ein Verfahren festgelegt werden, wie diese Anforderungen transparent zu machen sind. Institutionen, die in ihre Entscheidungen Expertenmeinungen einbeziehen, werden aufgefordert, die zugrunde liegenden Auswahlkriterien und den Umfang der inhaltlichen Berücksichtigung öffentlich zu machen.

Die Meinung medizinischer Experten gewinnt im Rahmen der Medizin immer mehr an Bedeutung, insbesondere

- in der Patientenversorgung,
- im Rahmen der ärztlichen Fortbildung,
- für Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Für die Mehrheit alltäglicher Problemstellungen in der Krankenversorgung existieren vielfach keine Handlungsempfehlungen aus randomisierten Studien, sondern lediglich auf dem methodischen Niveau der sogenannten Expertenmeinung.

Auch im Rahmen der ärztlichen Fortbildung wird zunehmend auf Expertenwissen abgestellt.

Bei Entscheidungen des G-BA dient die Beteiligung externer Sachverständiger der Vermittlung von Informationen zu einem relevanten Indikationsgebiet und zur Versorgungsrealität.

Der 119. Deutsche Ärztetag verweist in diesem Zusammenhang auf ein vom IGES-Institut erstelltes Gutachten "Auswirkungen von Stellungnahmen der Wissenschaft in der Nutzenbewertung von Arzneimitteln", das sich mit den quantitativen und qualitativen Anforderungen an Experten auseinandersetzt und deren Transparenz im Rahmen des Bewertungsprozesses des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) kritisiert.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Geplantes Prostituiertenschutzgesetz: Niedrigschwellige Beratungsangebote statt Anmelde- und Beratungspflicht

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Anne Bunte, Dipl.-Med. Petra Albrecht, Dr. Lydia Berendes, Michael Lachmund, Dr. Christiane Groß M.A., Jörn Sannemann, Dr. Sven Christian Dreyer und Michael Krakau (Drucksache IV - 54) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf, die Anmelde- und Beratungspflicht in dem geplanten Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) abzulehnen. Stattdessen müssen freiwillig zu nutzende, anonyme und kostenlose Beratungs- und Untersuchungsangebote bedarfsgerecht und strukturiert ausgebaut werden.

Eine Anmelde- und Beratungspflicht ist nicht geeignet, schutzbedürftige Prostituierte zu identifizieren und diese zu motivieren, Beratungs- und Unterstützungsangebote anzunehmen.

Begründung:

Das geplante Prostituiertenschutzgesetz nennt als Anspruch, "MaÙnahmen zur umfassenden Verbesserung des niedrigschwelligen Zugangs von Männern und Frauen in der Prostitution zu Beratung und Unterstützung" zu schaffen.

Aus fachlicher Sicht entspricht der vorliegende Gesetzesentwurf jedoch nicht der Zielsetzung des Schutzes von in der Prostitution tätigen Personen. Diese Problematik haben die Amtsleiterinnen und Amtsleiter der großen Gesundheitsämter und der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen in Stellungnahmen bereits mehrfach ausführlich dargelegt und fachlich begründet.

Die vorgesehene Anmelde- und Beratungspflicht für Prostituierte stellt einen erheblichen Eingriff in Persönlichkeitsrechte dar. Sie ist in hohem Maße stigmatisierend und behindert die Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung. Deswegen ist sie ungeeignet, mögliche Opfer von Menschenhandel und Gewalt zu identifizieren und zu schützen.

Gesundheitsämter haben nach § 19 Infektionsschutzgesetz (IfSG) den Auftrag,



Untersuchung und Beratung zu sexuell übertragbaren Infektionen freiwillig und anonym anzubieten. Jahrelange Erfahrungen der Fachdienste in Gesundheitsämtern, in denen anonyme und kostenlose Beratungs- und Untersuchungsangebote sowie aufsuchende Präventionsarbeit Standard sind, zeigen, dass damit gerade besonders schutzbedürftige Prostituierte erreicht werden.

Eine Mitwirkung von Gesundheitsämtern oder ärztlichen Praxen bei einer Anmelde- und Beratungspflicht steht dazu im Widerspruch. Sie gefährdet die Erfolge der auf Vertrauen und Stärkung der Eigenverantwortung beruhenden Präventionsstrategie zu sexuell übertragbaren Infektionen, die weltweit als beispielhaft angesehen werden.

Ein bedarfsgerechter und strukturierter Ausbau der freiwillig zu nutzenden Angebote ist dringend erforderlich. Dafür ist bundesweit eine verbindliche Finanzierung sicherzustellen.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Dolmetscherleistungen vom Leistungsanspruch erfassen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Herbert Menzel, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Siegfried Rakette, Christa Bartels und Dr. Christiane Groß M.A. (Drucksache IV - 58) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, klarstellend zu regeln, dass Dolmetscherleistungen, die für die Behandlung von nicht deutschsprechenden Patientinnen und Patienten notwendig sind, vom jeweiligen sozialrechtlichen Leistungsanspruch der Patienten erfasst sind. Die Vergütung der Dolmetscherleistungen darf selbstverständlich nicht aus der Gesamtvergütung erfolgen.

Begründung:

Jedenfalls soweit die sprachliche Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Behandlung ist, muss eine sprachliche Verständigung gewährleistet werden. Das gilt - neben beispielsweise der Anamnese und Aufklärung - insbesondere für Behandlungsformen, die im Wesentlichen durch Kommunikation in Form sprachlicher Verständigung stattfinden. Sprachliche Kommunikationsprobleme erschweren z. B. eine psychotherapeutische Behandlung bzw. machen eine solche unmöglich. Die Kommunikation ist hier "Wirkbestandteil der Therapie" (so zutreffend auch Stellpflug/Kötter in: ZMGR 1/2016, S. 38). Dennoch wird ein Rechtsanspruch von nicht deutschsprechenden Patienten in Abrede gestellt. Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert deshalb eine (klarstellende) Gesetzesänderung. Die zu regelnden Ansprüche auf Dolmetscherleistungen müssen dabei unterschiedslos sowohl auf gesetzlich Versicherte als auch auf alle weiteren nicht deutschsprechenden Patienten, denen nach geltender Rechtslage sozialrechtliche Leistungen zustehen, Anwendung finden (insbesondere Sozialhilfe-/Jugendhilfeberechtigten und Asylbewerber).



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Zulassung von Glyphosat widerrufen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Norbert Fischer, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Christoph Ehrensperger und Dr. Joachim Suder (Drucksache IV - 90) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die Bundesregierung und die Europäische Kommission auf, gemäß dem sogenannten Vorsorgeprinzip in Art. 191 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union keiner weiteren Verlängerung der Zulassung von Glyphosat zuzustimmen.

Begründung:

Glyphosat wird als Unkrautvernichtungsmittel seit 1974 verwendet. Die International Agency for Research on Cancer (IARC) hat 2015 im Zusammenhang mit der wahrscheinlich krebserregenden Wirkung für Menschen auch festgestellt, dass "Glyphosat (...) DNA- und chromosomale Defekte in menschlichen Zellen verursacht". Für gentoxische Effekte besteht nach derzeitiger wissenschaftlicher Meinung kein unschädlicher Schwellenwert. Dieser Effekt muss für eine weitere, langfristige Zulassung durch weitere unabhängige Studien in den Expositionsszenarien für Menschen sicher ausgeschlossen werden.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Frauengesundheitsbericht

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Ursula Stalman, Michael Lachmund, Dr. Lydia Berendes, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Ulrike Beiteke und Anne Kandler (Drucksache IV - 94) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, darauf hinzuwirken, dass z. B. durch das Robert Koch-Institut (RKI) oder eine andere zuständige öffentliche Institution ein aktueller Frauengesundheitsbericht erstellt wird.

Begründung:

Nach einem Frauengesundheitsbericht 2001 und einem Männergesundheitsbericht 2014 könnten die vorhandenen genderbezogenen Daten aus dem Gesundheitsbericht "Gesundheit in Deutschland" (2015 herausgegeben vom RKI) genutzt werden. Zusätzlich müssen Themen wie gynäkologische Erkrankungen, reproduktive Gesundheit und auch sexualisierte Gewalt sowie Daten bezüglich der Sozial- und Familienanamnese berücksichtigt werden. Eine lebenslaufbezogene Wertung der Daten (z. B. Frauen zwischen 20 und 60 Jahren) sollte ebenso wie Belange von Flüchtlingsfrauen und Migrantinnen und Frauen mit Behinderung aufgenommen und bewertet werden.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Risiken zentraler Vernetzung im Gesundheitswesen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Christa Bartels, Wieland Dietrich, Dr. Axel Brunngraber, Dr. Susanne Blessing, Dr. Lothar Rütz, Prof. Dr. Bernd Bertram, Barbara vom Stein, Klaus-Peter Schaps, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Dr. Hans-Detlef Dewitz, Dr. Matthias Lohaus MPH, Dr. Ullrich Mohr und Dr. Svante Gehring (Drucksache IV - 97) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 in Hamburg stellt nach den jüngsten Angriffen von Hackern auf EDV-Strukturen deutscher Kliniken fest, dass damit Risiken zentraler Vernetzung ärztlicher Behandlungseinrichtungen evident geworden sind. Neben der Störung von Organisationsabläufen mit der Beeinträchtigung von Patientenbehandlung und Patientensicherheit besteht durch derartige Angriffe auch das Risiko des Diebstahls und der Manipulation von Patientendaten.

Der 119. Deutsche Ärztetag fordert, dass bei IT-Anwendungen ärztlicher Behandlungseinrichtungen die Sicherheit der Gesundheit unserer Patienten, ihrer Behandlung und der Schutz der Patientendaten oberste Priorität haben müssen. Bei jeder IT-Anwendung sind Nutzen und Risiken abzuwägen. Unkritisch etablierte, unsichere oder erzwungene IT-Anwendungen werden im Interesse des Patientenschutzes abgelehnt.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Arztspezifische Entgeltbedingungen im öffentlichen Gesundheitsdienst

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Anne Bunte, Dipl.-Med. Petra Albrecht, Michael Krakau, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Ulrike Beiteke, Dr. Frank J. Reuther und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache IV - 103) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 fordert die öffentlichen Arbeitgeber auf, ihre Verweigerungshaltung im Hinblick auf die Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in die arztspezifischen Tarifverträge des Marburger Bundes umgehend aufzugeben.

Begründung:

Der ÖGD ist eine unverzichtbare Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland - vor allem durch seinen Fokus auf die Gesundheit der Bevölkerung. Die dem ÖGD gesetzlich zugeordneten medizinischen Aufgaben werden bislang noch von fachlich hochqualifizierten und persönlich engagierten Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen.

Der ÖGD steht einerseits vor immer weiter steigenden personellen und fachlichen Herausforderungen, so zum Beispiel durch die zunehmenden Antibiotikaresistenzen, neue und sich schnell weltweit ausbreitende Infektionskrankheiten, aber auch die Koordination und subsidiäre Übernahme der medizinischen und psychosozialen Versorgung von immer mehr Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen das (Regel-)Gesundheitssystem kaum oder gar nicht nutzen können.

Andererseits verliert der ÖGD für Fachärztinnen und Fachärzte immer mehr an Attraktivität - ganz besonders, weil die Verdienstschere zwischen der Tätigkeit im Krankenhaus und der im ÖGD immer größer wird.

Die Anforderungen an Qualifikation und Berufserfahrung für die Tätigkeit im ÖGD und die dafür angebotene Vergütung stimmen nicht mehr überein.

Die bereits seit einigen Jahren bestehende Problematik der vielen nicht besetzten Stellen in allen Bereichen, insbesondere in der Infektiologie, der Hygiene und Umweltmedizin, den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten und der Sozialpsychiatrie, sowie die Verschärfung der Stellenbesetzungsproblematik durch den demografischen Wandel zeigen, wie hoch der



Handlungsbedarf bereits jetzt ist, um die Funktionsfähigkeit des ÖGD zu erhalten.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Approbationsbehörden müssen Fehlverhalten von Ärztinnen und Ärzten konsequenter überprüfen; der Gesetzgeber muss die Rechtsgrundlage dafür verbessern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Ulrike Beiteke, Christine Hidas, Dr. Hella Marion Frobin-Klein, PD Dr. habil. Uwe Ebmeyer, Dr. Klaus Thierse, Olaf Smago, Dr. Elke Buckisch-Urbanke MPH, Dr. Gerd Scheiber, Dr. Hildgund Berneburg, Dr. Pedram Emami MBA, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Henrik Herrmann, Dr. Wilfried Schimanke, Jörn Sannemann, Dr. Jürgen Fischer, Dr. Jörg Woll und Dr. Christoph Emminger (Drucksache IV - 106) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Der Vorstand der Bundesärztekammer und die Landesärztekammern mögen sich folgender Problematik annehmen: Ärztekammern erfahren bei ihrer Tätigkeit gelegentlich von gravierendem ärztlichem Fehlverhalten: Suchtverhalten, sexuelle Übergriffe, wiederholte Patientenschäden aufgrund fachlicher Inkompetenz und fehlender Einsicht der betroffenen Ärztinnen und Ärzte. Die Ärztekammern haben nur sehr begrenzte Möglichkeiten, darauf zu reagieren, die dafür zuständigen Approbationsbehörden reagieren zu oft nicht konsequent und zeitnah genug, es fehlt auch an rechtlichen Grundlagen. Auffällige Ärzte entziehen sich ihrer Verantwortung nicht selten durch Migration ins europäische Ausland.

Der "Europäische Vorwarnmechanismus" greift zu langsam und zum Teil erst Jahre später nach Entzug der Tätigkeitserlaubnis.

Begründung:

Die Notwendigkeit erschließt sich aus hier nur exemplarisch genannten traurigen Einzelfällen:

1. Ein Arzt aus Westfalen-Lippe hatte im Rahmen eines Wochenenddienstes in Großbritannien durch die dramatische Überdosierung eines Morphinmedikamentes einen Todesfall verursacht. Nach der Überprüfung aller der an diesem Wochenende von dem Arzt behandelten Patienten kam das britische General Medical Council (GMC) zu der Einschätzung, dass dieser Arzt eine Gefahr für Patienten darstellt. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe wollte ihn daraufhin zu einem Fachgespräch laden, in dem festgestellt werden sollte, ob er über die ausreichenden Kenntnisse und Fertigkeiten für die Ausübung seiner Tätigkeit verfügt. Dies wurde der Ärztekammer



Westfalen-Lippe sowohl vom Verwaltungsgericht Münster als auch in der zweiten Instanz vom Oberverwaltungsgericht Münster untersagt - zuständig sei die Bezirksregierung. Die Bezirksregierung führte dann nach Aufforderung durch die Ärztekammer - lange nach den Vorkommnissen in Großbritannien und erst nach der Verurteilung zu einer Bewährungsstrafe durch ein deutsches Gericht - ein Gespräch mit dem Arzt und stellte fest, dass er über die ausreichenden Fachkenntnisse verfügt.

2. In Bonn stand eine Ärztin dreimal wegen fahrlässiger Tötung von Patienten vor Gericht. Eine Überprüfung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten durch die Bezirksregierung erfolgte bislang nicht.
 - 1994 kam ein knapp fünf Jahre alter Junge bei einer fehlerhaft durchgeführten Narkose zu Tode.
 - 2007 starb eine 44-jährige Frau ebenfalls im Rahmen einer Narkose.
 - 2009 starb eine 78-jährige Patientin aufgrund einer ebenfalls fehlerhaft durchgeführten Narkose.

Der Fall ist exemplarisch: Fünf Jahre dauerte es, bis der Tod des ersten Opfers zum Prozess kam. Die Ärztin blieb trotz Vorladung der Verhandlung vor dem Amtsgericht Bonn dem Prozess fern. Aufgrund eines Namenswechsels wies der Auszug aus dem Bundeszentralregister jedoch keine Vorstrafe aus, sodass das Gericht beim zweiten Todesfall nicht wusste, dass es sich um eine Wiederholungstat handelte. Die Ärztin konnte weiter tätig sein.

3. Im Jahre 2002 erlitt eine Patientin - eine Bundestagsabgeordnete - einen schweren Schaden durch die Tätigkeit eines Arztes, dessen deutsche Approbation in Deutschland bereits im Jahre 2000 von der Bezirksregierung Düsseldorf wegen Unwürdigkeit und Unzuverlässigkeit zum Ruhen gebracht worden war. Er war aber dennoch weiter in Deutschland ärztlich und zahnärztlich tätig, weil er nach wie vor über eine 1978 erworbene belgische Approbation verfügte.

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einem Urteil vom 13.10.2005 (Az: 3 StR 385/04) festgestellt, dass dieses Verhalten durchaus rechtmäßig war und führt in der Urteilsbegründung aus: "Entgegen der Grundannahme des Landgerichtes fehlt es nämlich an einer Regelung des deutschen Rechtes, die die europarechtlichen Befugnisse des Angeklagten einschränkt. Der Gesetzgeber hat eine spezifische berufsrechtliche Regelung nicht geschaffen, durch die es deutschen Behörden ermöglicht würde, einem Arzt oder Zahnarzt, der aufgrund der europarechtlichen Dienstleistungsfreiheit vorübergehend im Inland praktiziert, bei Verstoß gegen seine Berufspflichten die Tätigkeit in eigener Zuständigkeit zu untersagen und den Verstoß gegen dieses Berufsverbot strafrechtlich zu sanktionieren." Der BGH weist dabei ausdrücklich darauf hin, dass eine derartige Regelung zur Abwehr möglicher Gefahren für potenzielle Patienten zulässig wäre und nicht im Konflikt mit der europarechtlichen



Dienstleistungsfreiheit stünde. Zum Vergleich wird auf die Abwehr möglicher Gefährdungen von Straßenverkehrsteilnehmern durch ungeeignete Kraftfahrzeugführer hingewiesen. Es fehlt die Vorgabe, dass derjenige, dem in Deutschland die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde (vorläufig) entzogen worden ist, im Inland auch nicht aufgrund einer Qualifikation tätig werden darf, die ihm ein anderer EU-Mitgliedstaat erteilt hat.



TOP IV Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Erhöhung der Vergütung für ärztliche Gutachter gemäß
Justizentschädigungsvergütungsgesetz

EntschlieÙung

Auf Antrag von PD Dr. Claudia Borelli, Dr. Andreas Tröster und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache IV - 109) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

Das Bundesjustizministerium (BMJV) wird aufgefordert, die Vergütung für Gutachten ärztlicher Sachverständiger nach Justizentschädigungsvergütungsgesetz (JVEG) der Honorargruppen M1 bis M3 gemäß Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 JVEG zu überarbeiten und deutlich zu erhöhen.

Begründung:

Die Gerichte haben immer mehr Probleme, ärztliche Sachverständige für Gerichtsgutachten zu gewinnen, da der Verdienstausfall nicht angemessen vergütet wird. Außerdem ist die Vergütung nach JVEG seit Jahren nicht erhöht worden. Andere Berufsgruppen, wie Ingenieure und Architekten, erhalten eine höhere Vergütung beim Gutachtenauftrag.



TOP V

Wahlen

- V - 03 Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer
- V - 04 Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin
- V - 05 Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte



TOP V Wahlen

Titel: Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer

Wahlergebnis

Auf Vorschlag von Rudolf Henke, Dr. Martina Wenker, Dr. Anne Bunte, Prof. Dr. Dietrich Paravicini, Sabine Riese, Dr. Ellis E. Huber, Dr. Sybille Elies-Kramme, Dr. Günther Jonitz, Dipl.-Med. Petra Albrecht, Dr. Hans Ramm, Dr. Hildgund Berneburg, Dr. Peter Scholze, Dr. Lydia Berendes, Dr. Klaus Thierse, Dr. Matthias Fabian und Dr. Günther Matheis (Drucksache V - 03) wählt der 119. Deutsche Ärztetag 2016 im zweiten Wahlgang in geheimer Wahl

Frau Dr. Susanne Johna

mit 124 von 244 gültigen Stimmen in das Amt eines Mitglieds des Vorstands der Bundesärztekammer.



TOP V Wahlen

Titel: Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin

Wahlergebnis

Auf Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V - 04) wählt der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende Personen in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin:

Monika Buchalik, Hanau

Dr. med. Hans-Michael Mühlenfeld, Bremen

Dr. med. Max Kaplan, Pfaffenhausen

Marion Charlotte Renneberg, Ilsede

Bernd Zimmer, Wuppertal



TOP V Wahlen

Titel: Wahl in den Vorstand der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

Wahlergebnis

Auf Vorschlag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache V - 05) wählt der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende Personen in den Vorstand der Deutschen Akademie für Gebietsärzte:

Dr. med. Ulrich Clever, Freiburg

Prof. Dr. med. Raimund Firsching, Magdeburg

Dr. med. Andreas Hellmann, Augsburg

Dr. med. Ellen Lundershausen, Erfurt

Dr. med. Martina Wenker, Hildesheim



**TOP VI Bericht über die Jahresrechnung der
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2014/2015
(01.07.2014 – 30.06.2015)**

VI - 01 Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)



**TOP VI Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 – 30.06.2015)**

Titel: Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 01) beschließt der
119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der
Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2014/2015
(01.07.2014 - 30.06.2015) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Deloitte & Touche
GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015) wird
gebilligt.

Die nicht verbrauchten Mittel aus dem Geschäftsjahr 2014/2015 in Höhe von 171.000,00
Euro werden in das Geschäftsjahr 2016/2017 eingestellt.



**TOP VII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für
das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 – 30.06.2015)**

VII - 01 Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)



**TOP VII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 – 30.06.2015)**

Titel: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Franz Bernhard Ensink MBA, Dr. Joachim Calles, Dr. Bruno Schmolke, Dr. Peter Czeschinski, Prof. Dr. Michael Faist, Dr. Matthias Fabian, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele und PD Dr. Peter Bobbert (Drucksache VII - 01) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015) Entlastung erteilt.



**TOP VIII Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2016/2017
(01.07.2016 – 30.06.2017)**

VIII - 01 Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2016/2017
(01.07.2016 - 30.06.2017)



TOP VIII Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 – 30.06.2017)

Titel: Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 - 30.06.2017)

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 01) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2016/2017 (01.07.2016 - 30.06.2017) in Höhe von 20.011.000,00 Euro wird genehmigt.



**TOP IX Wahl des Tagungsortes für den 121. Deutschen
 Ärztetag 2018**

IX - 01 Austragungsort 121. Deutscher Ärztetag 2018



TOP IX Wahl des Tagungsortes für den 121. Deutschen Ärztetag 2018

Titel: Austragungsort 121. Deutscher Ärztetag 2018

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IX - 01) beschließt der 119. Deutsche Ärztetag 2016:

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 bestimmt Erfurt als Austragungsort für den 121. Deutschen Ärztetag vom 08. bis 11.05.2018.