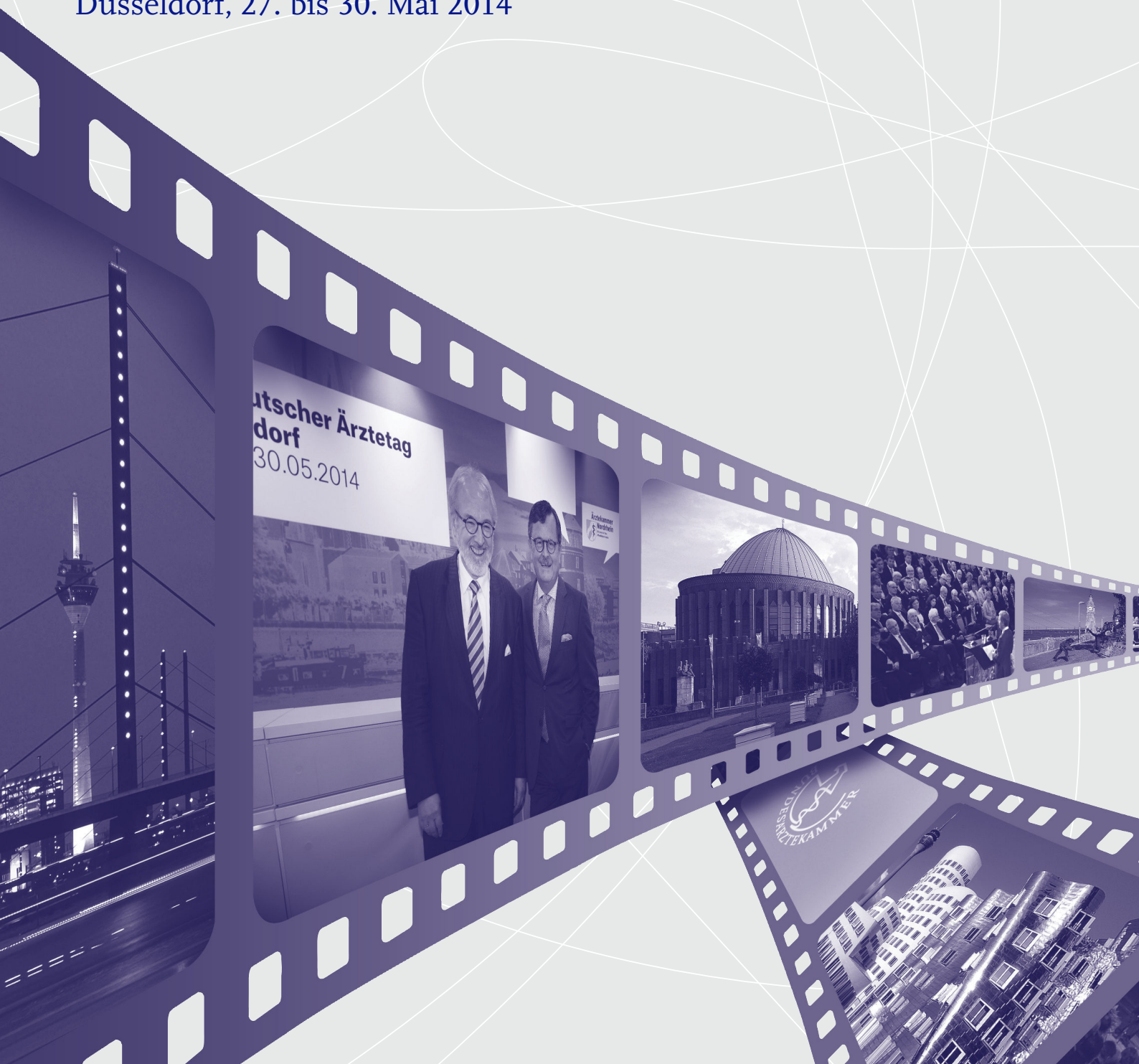




# 117. Deutscher Ärztetag

## Beschlussprotokoll

Düsseldorf, 27. bis 30. Mai 2014



Stand: 03.06.2014

**Hinweis:**

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

**Impressum**

© Bundesärztekammer 2014

*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:*

© hollywood media und Düsseldorf Marketing & Tourismus

*Titelgrafik:*

André Meinardus, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

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



---

## Inhaltsverzeichnis thematisch

<b>TOP I</b>	<b>Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik</b>	<b>10</b>
	<i>Leitantrag</i>	11
I - 01	Das Gesundheitswesen zukunftssicher machen	12
I - 01b	Kriterien von Qualität	16
I - 01c	Gebührenordnung als Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs "Arzt/Ärztin"	17
	<i>Suizidprävention, Ausbau der flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung</i>	18
I - 02	Verstärkung der Suizidprävention, Ausbau der flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung und Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen	19
	<i>Krankenhaus</i>	21
I - 03	Qualitätsorientierte Krankenhausplanung - Positionierung der Bundesärztekammer zur Neuausrichtung der Planung im stationären Bereich	22
I - 19	Ablehnung von Selektivverträgen im stationären Sektor	25
I - 32	Krankenhausfinanzierung grundlegend reformieren	26
I - 09	Nachhaltige Sicherung der Versorgung an Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung in Deutschland!	28
I - 22	Finanzierung der Hochschulmedizin	30
I - 30	Staatliche Finanzierung der Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte sicherstellen	31
I - 10	Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik: Patientenschutz und Qualität vor Schnelligkeit!	33
I - 11	Die gute medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen an Krankenhäusern nachhaltig sichern	36
I - 25	Solide Finanzierung für die Krankenhäuser schaffen	39
I - 34	Verbindliche Mindestpersonalbemessung in der stationären Pflege	40
	<i>Finanzierung Gesundheitswesen</i>	41
I - 44	Kein Entzug von Haushaltsmitteln des Bundes aus dem Gesundheitsfonds	42
	<i>Qualitätssicherung - QS-Institut/G-BA</i>	43
I - 13	Qualitätsoffensive nicht ohne die Ärzteschaft	44
I - 20	Förderung ärztlicher Institutionen der Qualitätssicherung und Patientensicherheit	46
I - 21	Kein weiterer Zuwachs an Bürokratie bei der Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen im Gesundheitswesen	47
I - 23	Wissenschaftlich gesicherte, rechtssichere und transparente Kriterien für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung	48

I - 24	Ärztliche Position zur geplanten Qualitätsoffensive der Bundesregierung	49
I - 29	Hoher Stellenwert der Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland	53
I - 36	Qualitätsoffensive geht nicht ohne Personaloffensive	55
<i>Ambulante Weiterbildung</i>		56
I - 06	Ambulante Weiterbildung	57
I - 28	Sicherung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung	59
I - 31	Weiterbildung ist ärztliche Arbeit	61
I - 33	Finanzierung der Weiterbildung im Krankenhaus	62
I - 37	Finanzierung der ambulanten Weiterbildung	63
I - 43	Ambulante Weiterbildung - Forderung einer gesetzlichen Regelung zur Finanzierungspflicht	64
I - 53	Arbeitsgemeinschaft für Tarifverhandlungen zur ambulanten Weiterbildung	65
GOÄ		66
I - 50	Grundbedingungen einer Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte	67
I - 46	Erhalt einer echten privatärztlichen Gebührenordnung	68
I - 39	Die Gebührenordnung für Ärzte muss als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs "Arzt/Ärztin" erhalten bleiben	70
I - 51	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) - Rahmenvereinbarung	71
I - 08	GOÄ-Novellierung jetzt gesetzlich umsetzen!	72
I - 17	GOÄ-Novelle umsetzen	74
I - 47	Mehr Transparenz bei der GOÄ-Reform	75
I - 42	Vergütung der ärztlichen Leichenschau	76
I - 49	Analogziffer Durchführung Leichenschau	77
I - 48	Eigene Vergütung für Obduktionen	78
<i>EU-Themen (Klinische Prüfungen, Normung u.a.)</i>		79
I - 04	Normung von Gesundheitsdienstleistungen	80
I - 27	Keine Normung von Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene	82
I - 05	Beibehaltung des Schutzniveaus der Arzneimittelprüfung und der Patientensicherheit unter den Bedingungen der EU-Verordnung für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln	83
I - 14	Studien mit ionisierenden Strahlen - Sicherung des Patientenschutzes und Erhalt des Forschungsstandorts Deutschlands	85
<i>Ärztliche Kommunikation</i>		87
I - 07	Stellenwert der Kommunikationskompetenz im ärztlichen Alltag	88
I - 41	Düsseldorfer Forderungen zur Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation	89
<i>Haftpflichtversicherung</i>		92
I - 40	Begrenzung der Auswirkungen des Anstiegs der Haftpflichtversicherungsprämien	93

	<i>Ärztliche Selbstverwaltung</i>	96
I - 15	Einheit der ärztlichen Selbstverwaltung erhalten - keine Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen	97
	<i>Facharzttermine</i>	98
I - 16	Dringliche Überweisung kontraproduktiv	99
I - 45	Terminvergabe in Facharztpraxen	100
I - 18	Ausfallentschädigung für nicht eingehaltene Termine	101
I - 38	Staatliche Einflussnahme auf Terminvergabe für freiberufliche Praxen ablehnen	102
	<i>Tarifeinheit</i>	103
I - 26	Freie gewerkschaftliche Betätigung erhalten - kein Tarifeinheitsgesetz!	104
<b>TOP II</b>	<b>Prävention</b>	105
II - 01	Prävention - integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit	106
II - 11	Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung	110
II - 02	Stärkung der ärztlichen Prävention durch ein Präventionsgesetz	113
II - 14	Einbeziehung von Ärzten bei Präventionsmaßnahmen	115
II - 05	Prävention und öffentliche Daseinsvorsorge	116
II - 07	Prävention in der Arbeitswelt - Stärkung der gesundheitlichen Vorsorge durch ein "Gesetz zur Förderung der Prävention"	118
II - 03	Präventionsleistungen von der Umsatzsteuerpflicht befreien	119
II - 09	Krebsfrüherkennungsprogramme überprüfen	120
II - 12	Mammographie-Screening - Befundmitteilung	121
II - 10	Schutzimpfungen konsequent fördern	122
II - 08	Einführung eines Impfnachweises für Masern vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung	123
II - 06	Ausschreibung von Impfstoffen	124
II - 04	Kinder und Jugendliche in PKW vor Passivrauchen schützen	125
II - 13	Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung	127
II - 15	Ernährungs- und Gesundheitslehre in Schulen	130
<b>TOP III</b>	<b>Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst</b>	131
III - 01	Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst - Standortbestimmung und Entwicklungsperspektiven	132
III - 02	Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen im öffentlichen Gesundheitswesen	135
III - 03	Gesundheitsämter bedürfen ärztlicher Leitung	137
III - 04	Arztspezifische Arbeits- und Entgeltbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst	138
III - 05	Arbeitsbedingungen, Aufstiegschancen und Bezahlung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verbessern!	139
III - 06	Angemessene Bezahlung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst	140

<b>TOP IV</b>	<b>Schmerzmedizinische Versorgung stärken</b>	141
IV - 01	Schmerzmedizinische Versorgung stärken	142
IV - 02	Schaffung interdisziplinärer ambulant-stationärer Versorgungsstrukturen für Schmerztherapie	146
IV - 03	Schmerztherapie - adäquate Vergütung ärztlicher Leistungen	148
IV - 04	Schmerztherapie - Verbesserung der Verordnungsfähigkeit von Physiotherapie	149
IV - 05	Schmerztherapie mit Medikamenten auf Cannabisbasis	150
<b>TOP V</b>	<b>Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung</b>	152
	<i>Novelle MWBO</i>	153
	<i>Allgemein</i>	154
V - 10	(Muster-)Weiterbildungsordnung - Kompetenzebene 1 - inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung	155
V - 16	Sozialrecht soll dem Berufsrecht folgen	156
V - 14	Kursangebote für fachübergreifende Kompetenzen	157
V - 15	Methoden der evidenzbasierten Medizin in die Weiterbildungsordnung (für alle Fächer) aufnehmen	158
	<i>Paragrafen-Teil</i>	159
V - 11	Anerkennung definierter Zeitkontingente für patientennahe klinische Forschung in der Facharztweiterbildung	160
V - 12	Anerkennung dreimonatiger Weiterbildungsabschnitte	161
V - 08	(Muster-)Weiterbildungsordnung - Dokumentation und Bescheinigung erworbener Kompetenzen	162
V - 09	(Muster-)Weiterbildungsordnung - longitudinale Prüfungsformate in der Weiterbildung	163
	<i>Umsetzung in den LÄKs</i>	164
V - 07	(Muster-)Weiterbildungsordnung - Unterstützung der Weiterbildungsbefugten	165
	<i>"Laufendes Geschäft"</i>	166
V - 02	Maßnahmen zur Sicherstellung der Durchführung der Weiterbildung an anerkannten Weiterbildungsstätten	167
V - 03	Bedingungen für eine sachgerechte Umsetzung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO)	168
V - 04	Aktueller Reformbedarf an der (Muster-)Weiterbildungsordnung	169
V - 05	(Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) - Wiederholbarkeit der Prüfungen	170
V - 13	Finanzierung der Weiterbildung	171
	<i>Evaluation</i>	172

V - 01	Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung nochmals überdenken	173
<b>TOP VI</b>	<b>Ergänzung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer</b>	174
VI - 01	Ergänzung der Satzung der Bundesärztekammer	175
<b>TOP VII</b>	<b>Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer</b>	177
	<i>Bericht "Krisenbedingte Auswirkungen auf das europäische Gesundheitswesen"</i>	178
VII - 01	Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf die Gesundheitssysteme Europas - Kranke nicht für die Krise bezahlen lassen	179
VII - 70	Krise und Gesundheitswesen	181
	<i>Sachstandsbericht gematik - Telematik</i>	183
VII - 06	Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen	184
VII - 101	Für moderne Kommunikation in der Medizin, ohne zentrale Datenspeicherung	186
VII - 73	Kein Online-Versichertenstammdatenmanagement in Arztpraxen, Klinikambulanzen und medizinischen Versorgungszentren	188
VII - 74	Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung ist genuin ärztliche Aufgabe	189
VII - 88	Ärztlichen Sachverstand bei der Gestaltung der medizinischen Telematikinfrastruktur in den Testregionen einbeziehen	190
VII - 75	Transparenz über die bisherigen Ausgaben der Bundesärztekammer für die Mitarbeit in der gematik und das Telematik-Dezernat (Dezernat 8) herstellen	191
VII - 48	Sorgfältige Prüfung der Zugehörigkeit von Gesundheitsdaten zu behandelten Person ist bei jeder ärztlichen Dokumentation erforderlich, unabhängig vom genutzten Medium	192
VII - 68	Datensicherheit in Kliniken und Praxen	193
VII - 103	Hackerangriffe auf das Gesundheitswesen	195
	<i>Telemedizin</i>	196
VII - 17	Chancen und Potenziale der Telemedizin erkennen und nutzen	197
	<i>Zwischenbericht der Arbeitsgruppe "Priorisierung im Gesundheitswesen"</i>	198
VII - 72	Vor- und Nachrangigkeit in der medizinischen Versorgung als notwendiges Gegengewicht einer verstärkt von ökonomischen Faktoren gesteuerten Medizin anerkennen	199
VII - 91	Konsequente und differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema Priorisierung in der Medizin	201
	<i>Arbeitsbedingungen</i>	203
VII - 13	Keine Aufweichung der Arbeitszeitregelungen	204
VII - 14	Flexible Arbeitszeitmodelle auch für Führungskräfte	205

VII - 57	Alle ärztlichen Tätigkeiten müssen in der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit leistbar sein!	206
VII - 81	Ärztmangel in der ambulanten Versorgung ist auch Folge von Unterfinanzierung und fehlender Planungssicherheit	207
VII - 60	Berufliche Chancengleichheit zwischen Ärztinnen und Ärzten herstellen	208
VII - 90	Berufliche Chancengleichheit von Ärztinnen und Ärzten jenseits der Frage von Familie und Kind	209
VII - 38	Umsetzung Website - Bereich "Karriere trotz Teilzeit"	210
VII - 97	Erhalt der Freiberuflichkeit der Ärzte als Grundstock für gute Arbeitsbedingungen in der Praxis des niedergelassenen Arztes	211
	<i>Arzneimittel / Medizinprodukte / BtM</i>	212
VII - 42	Bekämpfung multiresistenter Keime	213
VII - 98	Sicherheits- und Wirksamkeitsnachweis bei Medizinprodukten	215
	<i>Ausbildung</i>	216
VII - 02a	Keine soziale Benachteiligung bei Teilnahme an Auswahlverfahren	217
VII - 02	Zugang zum Medizinstudium: Beteiligung der Ärzteschaft an der Erarbeitung des "Masterplans Medizinstudium 2020"	218
VII - 32	Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin	220
VII - 22	Universitäten bei Auswahlverfahren zum Medizinstudium unterstützen	221
VII - 07	Keine Qualitätsminderung der medizinischen Lehre in Deutschland durch Academic Franchising	222
VII - 31	Finanzierung für qualitative und exzellente Lehre sicherstellen	224
VII - 26	Referendargehalt im Praktischen Jahr	226
VII - 52	PJ-Aufwandsentschädigung in Höhe von 597 Euro monatlich für alle Medizinstudierenden	227
VII - 18	Kein PJ-Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin	228
VII - 102	Einführung einer Quartalslösung im Praktischen Jahr mit einem ambulanten Quartal	229
VII - 30	Auslandsförderung im Praktischen Jahr	230
VII - 28	Fehlzeitenregelungen im Praktischen Jahr nicht weiter einschränken	232
	<i>Berufsrecht</i>	233
VII - 56	Ergänzung § 630g BGB (Einsichtnahme in die Patientenakte)	234
VII - 15	Novellierungsprozess der §§ 30 ff. der (Muster-)Berufsordnung nach den Grundsätzen von Trennungs-, Transparenz- und Äquivalenzprinzip einleiten!	235
VII - 71	Überarbeitung Berufsordnung § 32 Abs. 2	236
	<i>Deutsche Ärztetage</i>	237
VII - 43	Antragseinreichung und Antragsversand im Vorfeld	238
VII - 64	Berufliche Situation leitender Ärzte, Chefarzte und ärztlicher Direktoren	239
VII - 94	Erweiterung der Sitz-, Bein- und Bewegungsfreiheit am Sitzplatz eines Delegierten bei einem Deutschen Ärztetag	241
	<i>Delegation / Substitution</i>	242



VII - 16	Delegation ärztlicher Leistungen im vertragsärztlichen Bereich - mehr Zeit für originär ärztliche Aufgaben	243
VII - 24	Keine Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliche akademische Gesundheitsberufe	244
<i>Fortbildung</i>		246
VII - 51	Anerkennung von Fort- und Weiterbildungen außerhalb Deutschlands	247
VII - 59	Begutachtung in der forensischen Psychiatrie - Erarbeitung einer Handreichung durch die Bundesärztekammer	248
VII - 80	Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer	249
<i>Förderung ärztlicher Nachwuchs</i>		250
VII - 04	Förderung des hausärztlichen Nachwuchses intensivieren	251
VII - 05	Ärztliche Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherstellen	253
VII - 95	Zeitgemäße strukturierte Weiterbildung	255
VII - 29	Bedingungen verbessern statt falsche Anreize setzen - Landärztinnen- und Landarztmangel wirksam bekämpfen!	256
VII - 41	Förderung von Mentoringprogrammen durch die Landesärztekammern	258
<i>Gesundheitsberufe</i>		259
VII - 44	Medizindolmetscher	260
VII - 47	Fortbildung zur medizinischen Fremdsprachenassistentin	261
<i>Internationales</i>		262
VII - 08	Verhandlungen über die Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP) - Gesundheitsdienstleistungen dürfen nicht Gegenstand des Abkommens werden!	263
VII - 69	Freihandelsabkommen EU - USA und Gesundheitswesen	265
VII - 25	Einrichtung eines internationalen Health Impact Fund	266
VII - 40	Änderung § 34 der Neuformulierung der Deklaration von Helsinki zur Vermeidung von Problemen mit dem Arzneimittelgesetz	268
VII - 85	European Medicine Agency - Nutzungsbedingungen für klinische Studien	269
VII - 86	Transparenz von Studiendaten	270
VII - 77	Keine ärztliche Beteiligung an Designerbabys	271
<i>Menschenrechte</i>		272
VII - 11 neu	"Konversions-" bzw. "reparative" Verfahren bei Homosexualität	273
VII - 45	Altersfeststellungen bei Flüchtlingen	275
VII - 65	Besonders schutzbedürftige Personen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren	276
VII - 66	Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellter Ausländer	278
VII - 89	Vereinfachung der Zugangs zur medizinischen Versorgung durch Ausgabe einer Krankenversichertenkarte für Asylsuchende	280
VII - 67	Notfallbehandlung und Kostenerstattung für Migranten durch das Sozialamt unabhängig vom Aufenthaltsstatus	281

<i>Qualitätssicherung / Patientensicherheit</i>		283
VII - 03	Bundeseinheitliche Fachsprachenprüfungen bei den Landesärztekammern ansiedeln	284
VII - 21	Zuständigkeit für Sprachprüfungen an die Landesärztekammern	286
VII - 92	Bundeseinheitlich strukturierte Durchführung der Fachsprachenprüfung für ausländische Ärztinnen und Ärzte durch die Landesärztekammern	287
VII - 50	Überarbeitung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK)	289
VII - 53	Umsetzung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen	290
VII - 63	Umgang mit Zweitmeinungen	291
<i>Reproduktionsmedizin / PND / PID</i>		293
VII - 36	Nichtinvasive Pränatalteste	294
VII - 83	Umsetzung PID-Gesetz und PID-Verordnung - Gebührenproblem	295
<i>SGB V / GKV</i>		296
VII - 10	Versorgungsbedarfsgerechte Flexibilisierung des Morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)	297
VII - 23	Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich abschaffen	299
VII - 33	Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen niedergelassenen Ärzten und medizinischen Versorgungszentren, die unter der Leitung von Krankenhäusern geführt werden, herstellen	300
<i>Sucht und Drogen</i>		301
VII - 09	Medikamentenabhängigkeit eindämmen und Angebote der Suchtbehandlung und -beratung für Betroffene ausbauen	302
VII - 100	Werbeverbot für Alkohol	304
VII - 46	Amphetaminsucht (Crystal Meth) in den Grenzgebieten zu Tschechien wirksam bekämpfen	305
VII - 35	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - sichere Rechtslage in der Substitution notwendig	306
VII - 55	Substitutionspraxis auf dem Prüfstand	307
VII - 49	Verbot der Abgabe und Nutzung von E-Zigaretten an/durch Minderjährige	309
<i>Vergütung</i>		310
VII - 12	Keine EBM-Korrekturen durch Umverteilung	311
VII - 84	Abschaffung der Regelleistungsvergütung und Wiedereinführung der Einzelleistungsvergütung	312
VII - 19	Abschaffung der Fallzahlabstaffelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)	313
<i>Versorgungsforschung</i>		314
VII - 34	Wiederaufnahme der Aktivitäten in der Versorgungsforschung	315

<i>Weitere Themen</i>		317
VII - 82	Keine Nutzung von Patientendaten durch Marktforschungsunternehmen ohne persönliches Einverständnis	318
VII - 54	Schnittstelle für Terminkalender in Arztpraxen	319
VII - 20	Notfallversorgung flächendeckend sichern	320
VII - 37	Löschung einer schlechten Bewertung nach dem Schulnotenprinzip auf einem Internet-Bewertungsportal	321
VII - 58	Verkehrsmedizinische Kompetenz ist ein wesentliches Element der Patientenberatung	322
VII - 78	Soziale Probleme durch fehlende Kostenübernahme von Transportkosten zur ambulanten Behandlung	323
VII - 79	Lärminduzierte Gesundheitsschäden	324
VII - 87	Feminisierung der Medizin ist keine Krankheit	327
<b>TOP VIII</b>	<b>Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)</b>	328
VIII - 01	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)	329
<b>TOP IX</b>	<b>Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)</b>	330
IX - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)	331
<b>TOP X</b>	<b>Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)</b>	332
X - 01	Entfall des stenografischen Wortberichts des Deutschen Ärztetages	333
X - 02	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 20.06.2015)	334
X - 04	Haushaltsplanung Bundesärztekammer	335
X - 06	Konnexitätsprinzip für zusätzliche Aufgaben der Bundesärztekammer	336
<b>TOP XI</b>	<b>Wahl des Tagungsortes für den 119. Deutschen Ärztetag 2016</b>	337
XI - 01	Austragungsort 119. Deutscher Ärztetag 2016	338



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

*Leitantrag*

*Suizidprävention, Ausbau der flächendeckenden  
palliativmedizinischen Versorgung*

*Krankenhaus*

*Finanzierung Gesundheitswesen*

*Qualitätssicherung - QS-Institut/G-BA*

*Ambulante Weiterbildung*

*GOÄ*

*EU-Themen (Klinische Prüfungen, Normung u.a.)*

*Ärztliche Kommunikation*

*Haftpflichtversicherung*

*Ärztliche Selbstverwaltung*

*Facharzttermine*

*Tarifeinheit*



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

*Leitantrag*

- I - 01      Das Gesundheitswesen zukunftssicher machen
- I - 01b     Kriterien von Qualität
- I - 01c     Gebührenordnung als Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs "Arzt/Ärztin"



---

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

Titel: Das Gesundheitswesen zukunftssicher machen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Fritz Stagge (Drucksache I - 01a) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 einstimmig folgende EntschlieÙung:

#### **Qualität nicht verwalten, sondern produzieren**

Seit jeher zählt die Qualitätssicherung des eigenen Handelns zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft. Die Bundesärztekammer (BÄK) begrüÙt daher die von der Bundesregierung angekündigte "Qualitätsoffensive" im Gesundheitswesen. Allerdings braucht unser Gesundheitssystem keine als Qualitätsinstitut getarnte Behörde, die Qualität lediglich verwaltet. Ein solches Institut ist nur dann sinnvoll, wenn es die Ärztinnen und Ärzte aktiv dabei unterstützt, Qualität zu produzieren.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung daher auf, den ärztlichen Sachverstand in dem geplanten Qualitätsinstitut an führender Stelle zu verankern. Qualitätssicherung gehört zu den originären Aufgaben der Heilberufekammern. Deshalb sollten sie jeweils mit einem Sitz im Vorstand der Stiftung beteiligt sein und auch ein unmittelbares Antragsrecht beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhalten, das Institut zu beauftragen.

#### **Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigen**

In ihrem Positionspapier zur Krankenhausfinanzierung fordert die BÄK dringend notwendige Korrekturen zur Sicherung der Versorgung im stationären Sektor. Die Kliniken leiden unter einer fortwährenden Unterfinanzierung. Seit 1991 ging die Investitionsförderung der Länder um rund 30 Prozent zurück. Das daraus entstandene Defizit beläuft sich bundesweit auf mehr als 30 Milliarden Euro. Verschärft wird die finanzielle Not durch starre und unflexible Fallpauschalen. Sie benachteiligen systematisch Krankenhäuser, die in strukturschwachen Regionen die medizinische Versorgung sicherstellen.

Das derzeitige Fallpauschalensystem nivelliert medizinische Leistungen, die in besonderer Qualität oder besonders selten erbracht werden.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, den 100-Prozent-Ansatz des deutschen Fallpauschalensystems aufzugeben. Es müssen mehr Spielräume für die



---

Berücksichtigung aktueller Kostenentwicklungen, fachlicher und regionaler Besonderheiten geschaffen werden, wie für

- die Sicherstellung der wohnortnahen Krankenhausbehandlung und Notfallversorgung durch Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung auch in strukturschwachen Regionen,
- die ausreichende Finanzierung der Universitätsmedizin und der Maximalversorgung,
- die fortlaufende Berücksichtigung von Tarifierungen und Personalkosten,
- die besondere Förderung der Qualität, Hygiene, belegärztlichen Versorgung und Fortbildung,
- die Berücksichtigung von kurzfristigen Kostenentwicklungen, zum Beispiel Haftpflichtversicherung und Energieumlagen,
- begründete normative Abweichungen von der DRG-Systematik und ihre Folgen auf die erforderliche Personalausstattung und
- die Finanzierung von Extremkostenfällen und der Transplantationsmedizin.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung, die Krankenhausfinanzierung auf den Prüfstand zu stellen und Reformen zur Verbesserung der Lage der Krankenhäuser auf den Weg zu bringen. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert an die Länder, sich diese Positionen zu eigen zu machen und eine nachhaltige Investitionsfinanzierung der Kliniken sicherzustellen.

### **Zielvereinbarungen mit Augenmaß**

Im Mai 2013 hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Einvernehmen mit der BÄK gem. § 136a SGB V Empfehlungen zu leistungsbezogenen Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen vorgelegt. Wie eine Auswertung der in der gemeinsamen Koordinierungsstelle vom Verband leitender Krankenhausärzte und von der BÄK eingegangenen Arbeitsverträge zeigt, enthalten trotzdem noch viele Verträge berufsrechtlich kritische Zielvorgaben und Anreize.

Die BÄK ruft daher die Krankenhausträger dazu auf, im Sinne der Patienten die Unabhängigkeit der Ärzte bei medizinischen Entscheidungen zu respektieren und sich bei der Formulierung von Arbeitsverträgen an die Empfehlungen der DKG zu halten. Darüber



hinaus ist eine Konkretisierung und Verschärfung der Empfehlungen erforderlich. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die DKG auf, in Nachverhandlungen einzutreten. Die gesetzliche Regelung nach § 136a SGB V, die wirtschaftliche Anreize bei einzelnen Leistungen untersagt, ist so zu konkretisieren, dass auch für mehrere Leistungen, Leistungsmengen oder wirtschaftliche Messgrößen für Leistungsmengen keine finanzielle Anreize vereinbart werden dürfen.

### **Gemeinsam gegen den Ärztemangel**

Im Jahr 2001 warnte die BÄK zum ersten Mal vor dem drohenden Ärztemangel. Inzwischen ist er vielerorts Realität, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung. Das Problem wird sich in Zukunft noch verschärfen, denn der demografische Wandel macht auch vor der Ärzteschaft nicht Halt. Seit Jahren nimmt ihr Durchschnittsalter zu, immer mehr Ärztinnen und Ärzte gehen in den Ruhestand. Zur Behebung des ärztlichen Nachwuchsmangels sind in den letzten Jahren vielfältige Aktivitäten gestartet worden, nicht zuletzt von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und ärztlichen Berufsverbänden. Zwar zeigen die Anstrengungen erste Erfolge, sie reichen aber vor dem Hintergrund des stetig steigenden Versorgungsbedarfs einer alternden Gesellschaft längst nicht aus, um die derzeitige Qualität der medizinischen Versorgung aufrechtzuerhalten.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ruft daher alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen zu einer gemeinsamen Kraftanstrengung auf. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung muss konsequent etabliert werden, unter anderem durch die Stärkung der Kompetenzen der hierfür zuständigen Landesgremien nach § 90a SGB V, in welche die Landesärztekammern bundesweit einzubeziehen sind. Es gilt, ohne ideologische Scheuklappen neue, sektorenübergreifende Konzepte zur Gewinnung und Förderung des ärztlichen Nachwuchses zu entwickeln. Insbesondere bedarf es einer soliden Finanzierung der ambulanten Weiterbildung, einer zielgerichteten Auswahl der Studienbewerber und mehr Praxisnähe im Studium. Darüber hinaus sind die mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeleiteten Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie weiter auszubauen.

Die Ärzteschaft bietet der Bundesregierung ihre Mitarbeit bei der Entwicklung eines "Masterplans Medizinstudium 2020" an.

### **GOÄ-Reform zügig umsetzen**

Im November 2013 vereinbarten die BÄK und der Verband der Privaten Krankenversicherungen eine Rahmenvereinbarung zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Wechselnde Bundesregierungen haben eine Einigung zur Vorbedingung für die Aufnahme eines entsprechenden Gesetzgebungs- bzw. Verordnungsverfahrens erklärt. Die amtliche Gebührenordnung legt Höchstsätze fest, um





Patienten vor finanzieller Überforderung zu schützen und bestimmt Mindestsätze, um die notwendigen Voraussetzungen einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung zu gewährleisten. Die letzte Gesamtrevision des Regelwerks fand im Jahr 1982 statt. Die Novellierung ist dringend notwendig, um die GOÄ auf den aktuellen Stand der Wissenschaft zu bringen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert an die Bundesregierung, nun ihren Teil der Vereinbarung zu erfüllen und für eine zügige rechtliche Umsetzung der GOÄ zu sorgen. Es muss ein Inflationsausgleich für die Vergangenheit geschaffen werden. Für die Zukunft ist ein regelmäßiger automatischer Inflationsausgleich durch die Einfügung einer Indexklausel vorzusehen. Seit 1996 beträgt die Inflation in Deutschland knapp 30 Prozent – der Punktwert der GOÄ ist hingegen gleich geblieben.

### **Für ein Europa der individuellen Gesundheitssysteme**

Die Ärzteschaft beobachtet mit großer Sorge Bestrebungen auf europäischer Ebene, medizinische Verfahren mit Hilfe privatwirtschaftlicher Normungsinstitute europaweit zu vereinheitlichen. Damit wird das vertraglich vereinbarte Recht der Mitgliedstaaten verletzt, die Organisation ihres Gesundheitswesens und die Patientenversorgung eigenverantwortlich zu regeln. Ein solcher Eingriff konterkariert darüber hinaus das bewährte System einer fachlich fundierten und demokratisch gewählten ärztlichen Selbstverwaltung und bedroht die qualitativ hochwertige Patientenversorgung in Deutschland.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 plädiert für ein Europa der individuellen Gesundheitssysteme und fordert die Bundesregierung auf, sich auf europäischer Ebene energisch für den Subsidiaritätsgedanken einzusetzen. Die Europäische Kommission muss die Souveränität der Mitgliedstaaten im Gesundheitsbereich respektieren und jede unzulässige Einmischung unterlassen.

Die Europäische Union muss sich stärker bemühen, Bürokratie abzubauen und gute Rechtsetzung da zu gewährleisten, wo Europa tatsächlich als Ganzes gefordert ist. Insbesondere müssen die politischen Prozesse und Entscheidungen der EU zur Gesundheit für die Beteiligten wie die Betroffenen transparenter und verständlicher gestaltet werden. Eine Normierung der Gesundheitsversorgung über Dienstleistungsrichtlinien der EU und Normungsaktivitäten des europäischen Normungsinstituts CEN auf ein einheitliches Minimalniveau kann und darf nicht stattfinden.



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

Titel: Kriterien von Qualität

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache I - 01b) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Antrag I - 01 des Vorstands soll auf Seite 1 als neuer Absatz eingefügt werden:

Bevor über Kontrolle und Vergütung von Qualität in der Medizin entschieden wird, ist eine gründliche Diskussion über Kriterien und Inhalt von Qualität in der Medizin dringend notwendig. Was ist eigentlich Qualität in der Medizin? Letztlich entscheidend ist die Outcome-Qualität, also: Wie geht es langfristig - nicht nur kurzfristig - den Patientinnen und Patienten nach einer medizinischen Behandlung? Kriterien zur Beurteilung von Outcome- aber auch Indikationsqualität sind bisher unzureichend entwickelt. Eine sektorenübergreifende medizinische Datenerfassung existiert bisher nicht, da bisher implementierte IT-Systeme abrechnungsorientiert sind und keine medizinischen Qualitätsdaten erfassen.



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

Titel: Gebührenordnung als Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs "Arzt/Ärztin"

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Dr. Susanne Blessing, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Hartwig Kohl, Dr. Thomas Kajdi, Dr. Hans Ramm, Dr. Roland Freßle und Dr. Anne Vitzthum (Drucksache I - 01c) zum Entschließungsantrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Nach dem 1. Absatz auf Seite 3 zu "GOÄ-Reform zügig umsetzen" bitte folgenden Satz einfügen:

Die Novellierung der GOÄ muss garantieren, dass diese Gebührenordnung als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufes "Arzt/Ärztin" erhalten bleibt.



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

*Suizidprävention, Ausbau der flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung*

- I - 02      Verstärkung der Suizidprävention, Ausbau der flächendeckenden  
palliativmedizinischen Versorgung und Umsetzung der Charta zur Betreuung  
schwerstkranker und sterbender Menschen



---

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

**Titel:** Verstärkung der Suizidprävention, Ausbau der flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung und Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 02) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 hat das Verbot jeder Form der organisierten Sterbehilfe gefordert. Neuerliche Aktivitäten für ein Gesetzgebungsverfahren zur Schaffung eines Straftatbestandes, der die organisierte, geschäftsmäßige und gewerbsmäßige Sterbehilfe unter Strafe stellt, wurden vom Gesundheitsminister, Hermann Gröhe, angekündigt. Dies begrüÙt der 117. Deutsche Ärztetag. Parallel gilt es jedoch, die Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen zu verbessern, die Palliativversorgung flächendeckend auszubauen und die Suizidprävention zu stärken. Dafür müssen die notwendigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden. Es ist dringend notwendig, ein gesellschaftliches Klima der Unterstützung und des sozialen Miteinanders sowie der "geteilten Verantwortung" zu schaffen.

Begründung:

Organisierte Sterbehilfe ermöglicht kein Sterben in Würde, sondern verstellt den Weg für eine adäquate Behandlung und Unterstützung. Menschen mit existenziellen physischen und psychischen Leiden benötigen Hilfe und menschliche Zuwendung. Ärztinnen und Ärzte können im Rahmen ihrer beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten dazu beitragen, Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leid zu lindern sowie Sterbenden beizustehen. Gleichzeitig gilt es, die Verantwortung für hilfebedürftige Menschen nicht auf Ärztinnen und Ärzte und das Gesundheitswesen zu verlagern oder zu begrenzen. Vielmehr benötigen Menschen in diesen schwierigen Situationen Hilfe von Angehörigen, Freunden, Nachbarn sowie professionellen und ehrenamtlichen Begleitern. Solche Ansätze gilt es, gesellschaftlich breit zu entwickeln. Diese sich entwickelnden Strukturen sollten systematisch unterstützt sowie die finanziellen Grundlagen verbessert oder geschaffen werden. Alle gesellschaftlichen Bereiche sollten sich dieser Herausforderung stellen und konkrete Anstrengungen unternehmen, die Rahmenbedingungen für ein würdiges Leben bis zuletzt zu verbessern.



---

Eine empirische Studie zu den psychosozialen und medizinisch-pflegerischen Bedingungen in deutschen Krankenhäusern belegt u. a., dass die Ausbildung für die Betreuung Sterbender zu verbessern ist. Bedingt durch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens und dem daraus u. a. resultierenden Personalmangel verbleibt zu wenig Zeit für die Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten. Deshalb gilt es, diese Defizite anzusprechen und zu beseitigen. Hierzu bedarf es eines gesellschaftlichen Umdenkens. Sterbehilfe als Ersatz oder Folge einer unzureichenden palliativmedizinischen Versorgung ist entschieden abzulehnen.



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

*Krankenhaus*

- I - 03 Qualitätsorientierte Krankenhausplanung - Positionierung der Bundesärztekammer zur Neuausrichtung der Planung im stationären Bereich
- I - 19 Ablehnung von Selektivverträgen im stationären Sektor
- I - 32 Krankenhausfinanzierung grundlegend reformieren
- I - 09 Nachhaltige Sicherung der Versorgung an Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung in Deutschland!
- I - 22 Finanzierung der Hochschulmedizin
- I - 30 Staatliche Finanzierung der Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte sicherstellen
- I - 10 Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik: Patientenschutz und Qualität vor Schnelligkeit!
- I - 11 Die gute medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen an Krankenhäusern nachhaltig sichern
- I - 25 Solide Finanzierung für die Krankenhäuser schaffen
- I - 34 Verbindliche Mindestpersonalbemessung in der stationären Pflege



---

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

**Titel:** Qualitätsorientierte Krankenhausplanung - Positionierung der Bundesärztekammer zur Neuausrichtung der Planung im stationären Bereich

**Entschließung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 03) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Christiane Friedländer, Dr. Bernd Lücke, Dr. Thomas Lipp und Elke Köhler (Drucksache I - 03a) und von Dr. Klaus Reinhardt, Angelika Haus, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Reinhard Simon und Dr. Thomas Lipp (Drucksache I - 03b) sowie von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Bernd Lücke, Dr. Gerd-Dieter Koschitzky, Angelika Haus und Elke Köhler (Drucksache I - 03c) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt das auf Empfehlung ihrer Krankenhausgremien vom Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) Anfang des Jahres beschlossene Positionspapier "Qualitätsorientierte Krankenhausplanung" als eine wesentliche politische Initiative der Ärzteschaft zur Neuausrichtung der Krankenhausplanung in der neuen Legislaturperiode ([www.baek.de](http://www.baek.de)).

Statt der Forderung der Krankenkassen, modellhaft Selektivverträge mit einzelnen Krankenhäusern abschließen zu dürfen und damit praktisch die staatliche Krankenhauspolitik zu unterlaufen oder obsolet werden zu lassen, plädiert die BÄK stattdessen vor allem für eine strukturierte, qualitätsorientierte und somit beizubehaltende und neu auszurichtende Krankenhausplanung durch die Länder. Die Länder müssen aber ihrer Verpflichtung aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) künftig in vollem Umfang nachkommen und den erforderlichen Krankenhäusern die nötigen Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Eine Finanzierung nach Haushaltslage darf sich nicht weiter verfestigen. Die BÄK spricht sich daher nachdrücklich gegen die Einführung von Selektivverträgen als Steuerungselement aus. Für das gesundheitspolitisch übergreifend gemeinsam getragene Ziel der Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung stellen Selektivverträge durch Interessenkonflikte bei der Leistungssteuerung ein erhebliches Risiko dar.

Bedingt durch das Finanzierungssystem müssen sich die Krankenhäuser zunehmend in einem immer stärker wettbewerblich geprägten Umfeld bewegen. Um zu verhindern, dass mit steigendem ökonomischen Druck und einem ausufernden Wettbewerb die hohe Qualität der stationären Versorgung gefährdet wird, bedarf es einer krankenhauserplanerischen Flankierung, die hier gegensteuern und Qualitätsstandards einfordern muss. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Verlagerung





ökonomischer Risiken auf die Ärztinnen und Ärzte mittels wirtschaftlich ausgerichteter Zielvereinbarungen oder vergleichbarer rechtlicher Ausgestaltungen ausdrücklich abzulehnen.

In ihrem Positionspapier "Qualitätsorientierte Krankenhausplanung" fordert die BÄK die Bundesländer auf, verstärkt qualitative Mindestanforderungen zur Strukturqualität im Rahmen ihrer Krankenhausplanung zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung vorzugeben.

Vorrangig sind dies fünf Kriterien:

- **Kompetenz.** Ein Versorgungsauftrag kann nur ausgeführt werden, wenn die erforderliche fachärztliche Expertise vorhanden ist. Die Facharztkompetenz ist ein Kernkriterium für die Strukturqualität.
- **Verfügbarkeit.** Neben der ärztlichen Fachkompetenz an sich ist deren Verfügbarkeit wichtig. Nur mit ihr kann Kontinuität im Behandlungsprozess gewährleistet werden. Zudem muss es möglich sein, dass das Krankenhaus die vereinbarte Versorgung auch außerhalb der regulären Dienstzeit sicherstellt, ohne dass der Facharztstandard vernachlässigt wird.
- **Komplementarität und Kooperation.** Angesichts der Multimorbidität und Komplexität muss eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung auch Aussagen zum Zusammenwirken einzelner Disziplinen und ergänzender Bereiche sowie zur Kooperation - insbesondere mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten - enthalten.
- **Ausstattung.** In bestimmten Disziplinen können Aussagen zur weiteren personellen und/oder technischen Ausstattung sowie zu Prozessabläufen notwendig sein, um zu gewährleisten, dass eine Versorgung nach anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen kann.
- **Weiterbildung.** Die Beteiligung an der gesamtgesellschaftlich notwendigen Aufgabe der Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses muss gefördert werden, indem diese zur Voraussetzung der Aufnahme in den Krankenhausplan und damit des Erhalts öffentlicher Fördermittel für Krankenhäuser gemacht wird. Maßgebend muss dabei die ärztliche Weiterbildung nach den Vorgaben des Weiterbildungsrechts und damit nach den Vorgaben der jeweils zuständigen Ärztekammer sein.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt, dass dieser Vorschlag für eine Neuausrichtung der Krankenhausplanung auf vorrangig qualitätsorientierte und -gestützte Kriterien genau in das aktuelle Zeitfenster der sich gegenwärtig verstärkenden politischen Diskussion um die Krankenhausplanung stößt. So setzt sich der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 27.11.2013 zum politischen Ziel, "Qualität ... als weiteres Kriterium für



Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich [einzuführen] (§ 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz)" und die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung zu unterstützen. Diese Positionierung der BÄK ist zwischenzeitlich von ihrem Präsidenten, Prof. Dr. Montgomery, in die politische Diskussion im Zusammenhang mit der Krankenhausgesetzgebungsnovelle 2014 eingebracht worden.



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

**Titel:** Ablehnung von Selektivverträgen im stationären Sektor

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Elke Köhler, Dr. Thomas Lipp, Dr. Klaus Reinhardt, Angelika Haus und Dr. Gerd-Dieter Koschitzky (Drucksache I - 19) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, das angestrebte Modellprojekt der selektiven Kontrahierungsmöglichkeit für einzelne Leistungen im stationären Bereich aufzugeben.

#### Begründung:

Ein entscheidender Einfluss der Krankenkassen auf die Zuweisung ihrer Versicherten in bestimmte Krankenhäuser widerspricht dem Grundgedanken unseres im Kern freiheitlichen Gesundheitssystems und gefährdet auch die Therapiefreiheit. Bisher gibt es keine allgemein akzeptierten Kriterien für "gute" Krankenhäuser. Somit werden von einzelnen Krankenkassen individuell festgelegte Kriterien die selektivvertragliche Kontrahierung bestimmen. Die damit einhergehende zunehmende Marktmacht der Krankenkassen birgt die Gefahr einer Abhängigkeit der Kliniken von den Krankenkassen. Der ökonomische Druck wird durch Selektivverträge weiter erhöht, da die Motivation der Krankenkassen, Selektivverträge anzubieten, ausschließlich in der Kosteneinsparung liegt. Dies wird einer weiteren Industrialisierung der Patientenversorgung Vorschub leisten. Selektivverträge mit Krankenhäusern werden zudem zu einer Zersplitterung der Versorgung führen, sodass Versorgungslücken drohen.

---



---

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

Titel: Krankenhausfinanzierung grundlegend reformieren

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Peter Hoffmann und Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich (Drucksache I - 32) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 erkennt, dass die finanzielle Misere vieler Krankenhäuser in Deutschland im Wesentlichen zwei Ursachen hat:

1. die mangelnde Investitionsfinanzierung durch die Länder,
2. das G-DRG-System, das die Kostenentwicklung nicht abbildet und zur Unterfinanzierung der Kliniken führt.

Es ist dem Präsidenten der Bundesärztekammer darin zuzustimmen, dass viele Häuser sich mit den heutigen Bezahlregeln nicht mehr selbst tragen können (Ärztezeitung vom 21.05.2014). Die Krankenhäuser sind zum Kostensenkungswettbewerb mit permanenten Stellenkürzungen gezwungen. Diese Abwärtsspirale gefährdet einerseits die Qualität von Therapie und Pflege unserer Patienten und verschlechtert die Arbeitsbedingungen des ärztlichen und nichtärztlichen Personals, sodass ein zunehmender Fachkräftemangel erwartet wird. Andererseits werden ökonomische Fehlanreize zu medizinisch nicht indizierten Mengenausweitungen gesetzt.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert ein Vergütungssystem, das sich an den individuellen Patientenbedürfnissen ausrichtet. Finanzielle Faktoren dürfen dabei nicht der wesentliche Faktor bei der ärztlichen Entscheidung über Diagnostik und Therapie sein.

Deshalb fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014 eine umfassende Reform des DRG-Fallpauschalensystems mit Abkehr von der Systematik eines reinen Preissystems sowie auskömmliche Landesbasisfallwerte.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 empfiehlt die Prüfung einer zusätzlichen Finanzierungssäule mit zu vereinbarenden Budgets zur Refinanzierung nicht leistungsbezogener Kostenanteile (wie Vorhaltekosten zur Sicherstellung der Versorgung und regionalen/lokalen Sonderfaktoren).

Aus Anlass der am 26.05.2014 startenden Bund-Länder-Gespräche zur Klinikreform erinnert der Ärztetag die Länder an ihre in der Verfassung niedergelegten Pflichten zur Krankenhausfinanzierung. Die Investitionsförderung muss auf einer fundierten Kranken-



hausplanung beruhen und darf nicht nach dem Gießkannenprinzip durchgeführt werden.



---

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

**Titel:** Nachhaltige Sicherung der Versorgung an Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung in Deutschland!

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 09) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Infolge der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems und der ungenügenden Krankenhausinvestitionsförderung durch die Länder haben sich die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung und Universitätskliniken zunehmend verschärft. Zusätzlich erschwerend zu Lasten der Universitätskliniken wirkt sich die Abschaffung des Hochschulbauförderungsgesetzes aus. Der Deutsche Ärztetag hat mehrfach auf diese Fehlentwicklungen hingewiesen und die Bedeutung einer exzellenten Forschung und Lehre für den Gesundheitsstandort Deutschland hervorgehoben.

Die Bundesärztekammer begrüÙt, dass die Bundesregierung dieses Problem aufgegriffen und das Ziel einer Verbesserung der Vergütung für Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung in ihren Koalitionsvertrag aufgenommen hat.

Für die diese Ziele umsetzende Gesetzgebung fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014 die Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat auf, die nachfolgenden Maßnahmen zügig umzusetzen:

1. Entwicklung einer gesonderten Vergütung für Hochkostenfälle, die im aktuellen G-DRG-System nicht ausreichend abgebildet werden können
2. Schaffung verlässlicher Rahmenbedingungen für eine fehlanreizfreie Finanzierung der Transplantationsmedizin
3. Transparente und angemessene Vergütung der Patientenversorgung durch Hochschul- und Spezialambulanzen
4. Sicherstellung einer angemessenen Finanzierung der spezifischen Aufgaben der Universitätskliniken im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie der Forschung und Lehre
5. Angemessene Gegenfinanzierung der durch die Universitätskliniken und in Kliniken der Maximalversorgung erbrachten spezifischen Vorhalteleistungen im Bereich der



---

## Notfallmedizin

6. Sicherstellung einer angemessenen und planungssicheren Investitionsfinanzierung durch die Länder mit zusätzlicher Unterstützung durch Bundesmittel

### Begründung:

Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung sind von entscheidender Bedeutung für eine hochspezialisierte medizinische Versorgung, die Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft. Rund die Hälfte dieser Einrichtungen arbeitet unter den aktuellen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung defizitär. Die Universitätskliniken sind Zentren der Maximalversorgung, bei denen Krankenversorgung, Forschung und Lehre ineinandergreifen. An den Universitätskliniken findet im Zusammenschluss mit den jeweiligen medizinischen Fakultäten ein Großteil der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinstudierenden und Assistenzärztinnen und -ärzte statt. Auch die Kliniken der Maximalversorgung tragen hierzu in erheblichem Maße bei.

Die schwersten und therapeutisch komplexesten Krankheitsfälle werden schwerpunktmäßig an den Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorger behandelt. Die Behandlung seltener Erkrankungen (Orphan Diseases) findet aufgrund der Spezialisierung und Zentrenbildung vielfach sogar ausschließlich an solchen Einrichtungen statt. Die Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung sind weiterhin regelmäßig im wesentlichen Umfang für die Sicherstellung der Notfallversorgung im jeweiligen Einzugsbereich mitverantwortlich.

Die ursprünglich nur für Forschung und Lehre und damit Belange der Ausbildung vorgesehenen Hochschulambulanzen stellen mittlerweile die ambulante Versorgung in Teilen sicher, ohne hierfür auch nur annähernd kostengerecht vergütet zu werden.

Der über die letzten Jahre hin stattgefundene nahezu generelle Rückzug der Länder aus der Krankenhausinvestitionsförderung hat insbesondere im Bereich der Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung zu einem erheblichen Investitionsstau geführt. Die im April durch die Selbstverwaltungspartner vorgelegten Kalkulationen des Institutes für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) zeigen deutlich, dass anstatt der derzeit durch die Bundesländer jährlich aufgebrauchten ca. 2,7 Milliarden Euro ein realer Investitionsfinanzierungsbedarf von ca. 6 Milliarden Euro per annum besteht.



---

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

Titel: Finanzierung der Hochschulmedizin

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Claudia Borelli, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Sven Goddon, Dr. Michael Schulze und Prof. Dr. Dr. Christof Hofele (Drucksache I - 22) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der Bund und die Länder werden aufgefordert, die Universitätskliniken in höherem Maß als bisher zu finanzieren.

Seit dem Jahr 2011 weisen immer mehr Universitätskliniken ein negatives Betriebsergebnis auf.

Gründe dafür sind, dass die Kosten für Personal, Medikamente und Energie in jedem Jahr deutlich stärker steigen als die von den Krankenkassen gezahlten Entgelte. Die Investitionszuschüsse der Bundesländer gehen immer weiter zurück. Die Sonderrolle der Universitätskliniken für das Gesundheitswesen in den Aufgaben Forschung, Lehre und Patientenversorgung wird in der Krankenhausfinanzierung bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Fazit ist, dass die Universitätskliniken in Deutschland systematisch unterfinanziert sind. Diesem Umstand ist zeitnah Abhilfe zu schaffen.





---

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

**Titel:** Staatliche Finanzierung der Ausbildung zukünftiger Ärztinnen und Ärzte sicherstellen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von BMedSci Frank Seibert-Alves, PD Dr. Andreas Scholz, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache I - 30) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung Deutschlands benötigt eine ausreichende Anzahl wissenschaftlich und praktisch bestmöglich ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte. Hierzu ist eine angemessene Finanzierung der etablierten medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken unumgänglich. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert eine staatliche Finanzierung, die geeignet ist, dauerhaft die am Bedarf orientierte Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland sicherzustellen. Die Zunahme von unterschiedlichen Modellen mit länder- und standortübergreifender, privatfinanzierter Medizinerbildung ist sehr kritisch zu sehen und zeigt, dass die staatliche Aufgabe der ärztlichen Ausbildung nur noch unzureichend wahrgenommen wird.

Begründung:

In Deutschland werden an staatlich finanzierten Universitäten Medizinstudierende auf wissenschaftlich höchstem Niveau ausgebildet, um den zukünftigen Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu decken. Wie wichtig dieses Ausbildungsniveau bisher dem Staat war, zeigt sich unter anderem an der Festlegung von maximalen Gruppengrößen für Lehrveranstaltungen und der im Gegensatz zu den meisten anderen Studiengängen zwingend vorgeschriebenen staatlichen Abschlussprüfung (Ärztliche Prüfung). Der Versuch, sich nun zumindest teilweise aus der Verantwortung zu ziehen, wie er an der tendenziellen Abnahme erfolgreich ausgebildeter Medizinstudierender und der diskutierten Schließung von etablierten Standorten sichtbar ist, wird langfristig negative Konsequenzen für die medizinische Versorgung in Deutschland haben.

Auch der vermehrte Einsatz von Ärztinnen und Ärzten, die im Ausland ausgebildet wurden und teilweise sprachlich und fachsprachlich die Anforderungen nicht erfüllen können und häufig im Gesundheitswesen der ausbildenden Länder dringend benötigt würden, ist eine Folge der Unterfinanzierung. Ebenso zu werten ist die Etablierung von verschiedensten Modellen, eine ausländische Medizinerbildung nach Deutschland zu verlagern (zum



Beispiel nach Hamburg, Kassel, Nürnberg ...). Es ist nicht tolerabel, dass ein ökonomisch starkes Land wie Deutschland auf Kosten der Gesundheitssysteme anderer Länder oder durch von Studierenden finanzierte Ausbildung versucht, seinen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zu decken.



---

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

**Titel:** Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik: Patientenschutz und Qualität vor Schnelligkeit!

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 10) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüÙt die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Aussicht gestellte Überprüfung der Regelungen und Fristen zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Der entscheidende medizinische Garant für die Förderung und die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Menschen in Deutschland ist eine hochqualitative psychiatrische, psychosomatische und ärztlich-psychotherapeutische Versorgung. Besonders sensibles Gut und unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg dieser Versorgung ist das uneingeschränkte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen Patienten und Medizinalfachberufen. Aus diesem Grund müssen für das Vorhaben der Umstellung der Krankenhausfinanzierung in der Psychiatrie und Psychosomatik der Patientenschutz und die Qualität der Versorgung Vorrang haben vor einer übereilten Einführung eines noch nicht hinreichend auf seine Eignung überprüften pauschalierten Entgeltsystems.

Der vorgeschlagene PEPP-Entgeltkatalog berücksichtigt nicht die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Therapeutische Maßnahmen, die das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten betreffen, müssen in einem zukünftigen Entgeltsystem abgebildet und adäquat finanziert werden. Dies betrifft stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlungen in gleicher Weise.

Der aktuelle PEPP-Entgeltkatalog setzt Fehlanreize im Sinne einer zu frühen Entlassung. Gesamtkonzepte der Versorgung in der Kooperation mit teilstationären und ambulanten vertragsärztlichen Strukturen müssen noch in ausreichendem Masse geschaffen werden.

Aus diesem Grund fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014 die neue Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat dringend auf, die nachfolgenden Maßnahmen umzusetzen:

1. Die gesetzlich verpflichtende PEPP-Einführung ist auszusetzen, bis ein in Erprobungsverfahren an freiwilligen Krankenhäusern validiertes System angemessener Pauschalvergütungen für die Psychiatrie und Psychosomatik vorliegt, mindestens jedoch sind die verbindliche Einführung und die sich daran



anschließende budgetneutrale Phase um zwei Jahre zu verlängern.

2. Das neue pauschalierende Psych-Entgeltsystem ist lediglich als Budgetbemessungs- und Benchmarking-Instrument anzulegen; begleitend dazu sind ausreichende Spielräume für die angemessene Finanzierung fachlicher und standortbezogener Besonderheiten der Versorgung zu schaffen.
3. Insbesondere zur Kompensation des sich gerade in der Psychiatrie und Psychosomatik verstärkt manifestierenden Fachkräftemangels müssen dabei normative Festlegungen zur Berücksichtigung der qualitativ und quantitativ vorauszusetzenden Mindestpersonalanforderungen getroffen werden.
4. Bei der Entwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems ist besonderes Augenmerk darauf zu legen, dass keine überflüssige Bürokratie entsteht und dass eine missbräuchliche Nutzung der im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik besonders sensiblen Patientendaten mit dem Risiko einer diskriminierenden Auswirkung zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten sicher ausgeschlossen ist.
5. Die Einführung des pauschalierten Entgeltsystems ist mit einer wissenschaftlichen und unabhängigen Begleitforschung zu unterlegen, welche einen objektiven "Vorher-Nachher-Vergleich", insbesondere hinsichtlich möglicher qualitativer Auswirkungen auf die Patientenversorgung gewährleistet. Die hierbei zum Einsatz kommenden Methoden und die zu untersuchenden Kriterien müssen vorher transparent festgelegt werden.

#### Begründung:

Mit der PEPPV 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013) wurde eine im Vergleich mit der Einführung der G-DRG-Fallpauschalen sehr ähnliche gesetzliche Vorgabe für die Entwicklung und Einführung eines pauschalierenden Entgeltes für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen geschaffen. Dieses Vorhaben wurde trotz des entschiedenen Widerspruchs der betroffenen ärztlichen sowie medizinischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Interessenvertretungen und Krankenhäuser durchgesetzt.

Ein maßgeblicher – übrigens sowohl kostenträger- als auch leistungsträger-übergreifender – Kritikpunkt ist die mangelnde Aussagekraft bzw. Nutzbarkeit der vorhandenen ICD-10-GM- und OPS-301-Kodierungen für die Konstruktion des geplanten pauschalierenden Entgeltsystems. Angesichts dieser Ausgangslage ist die Erfolgsaussicht, einer an den bisherigen Kautelen der Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems in Deutschland orientierten Einführung des PEPP-Systems als



---

gleichermaßen "lernendes System" denkbar schlecht.

Anders als das G-DRG-System, welches aus dem australischen DRG-System weiterentwickelt wurde, handelt es sich beim PEPP-System um eine vollständige Neuentwicklung. Damit ist die Ausgangslage vor PEPP-Einführung mit der damaligen Ausgangslage vor Einführung der G-DRG-Fallpauschalen in keiner Weise vergleichbar.

Der PEPP-Entgeltkatalog, nach dem ab 01.01.2015 alle Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik abrechnen sollen, führt in seiner jetzigen Form zu schwerwiegenden Fehlanreizen. Die fallbezogenen Entgelte des PEPP-Kataloges bilden mit ihren degressiven Bewertungen den Leistungs- und Aufwandsverlauf nicht korrekt ab und setzen den Fehlanreiz zur Verweildauerverkürzung und zur Benachteiligung schwer und chronisch psychisch kranker Patienten. Wesentliche Teile der Personalkostenentwicklung werden nicht berücksichtigt. Insbesondere führt ein rein empirischer Kalkulationsansatz auf Basis historischer Krankenhauskosten ohne normative Ausgleiche zu einer Forcierung und nicht zum Abbau des Fachkräftemangels in der Psychiatrie und Psychosomatik (schon die Orientierung der noch aktuell gültigen Pflegesätze in der Psychiatrie am 90-Prozent-Niveau der überalterten Psych-PV trägt dem unter qualitativen Gesichtspunkten erforderlichen Personalbedarf in der Psychiatrie nur unzureichend Rechnung - in der Psychosomatik gab es bislang gar keine Vorgaben zur Strukturqualität, für ein durchgängiges Entgeltsystem müssten entsprechende Anhaltszahlen auch hier zugrunde gelegt werden).



---

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

Titel: Die gute medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen an Krankenhäusern nachhaltig sichern

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 11) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüÙt die von der Bundesregierung geplante Verbesserung der Personalsituation im deutschen Gesundheitswesen sowie die ebenfalls dringend notwendige Reform der Krankenhausfinanzierung. Eine wesentliche Problematik stellt hierbei die ausreichende Finanzierung der notwendigen Personal- und Sachkosten für die kinder- und jugendmedizinische Versorgung in den Krankenhäusern dar. Eine besondere Herausforderung besteht zudem durch den wachsenden Ärztemangel in der Pädiatrie und den zunehmenden Mangel an pädiatrischen Intensivpflegekräften, ohne die eine gute medizinische Versorgung nicht gewährleistet werden kann. Es muss sichergestellt werden, dass Kinder und Jugendliche auch zukünftig auf einem hohen fachlichen Niveau verbunden mit der notwendigen menschlichen Zuwendung medizinisch versorgt werden können.

Daher fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014 die Mitglieder der Bundesregierung, der Gesundheitsministerkonferenz der Länder sowie der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausfinanzierung auf, die nachfolgenden Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei der anstehenden Reform der Finanzierungssystematik zu berücksichtigen:

1. Gesetzliche Verankerung einer unbürokratisch umsetzbaren Möglichkeit zur Finanzierung
  - der nicht über das DRG-Fallpauschalen-System darstellbaren Kosten der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung in den Krankenhäusern,
  - der Sicherstellung der kinder- und jugendmedizinischen Krankenhausversorgung auch in strukturschwachen Bereichen durch die Finanzierung notwendiger Vorhaltekosten und
  - der durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen vom 19.12.2013 gestellten Anforderungen an die



---

Personalausstattung und Maßnahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den an der Versorgung von Schwangeren und der perinatologischen Versorgung beteiligten Krankenhäusern.

2. Kinder- und Jugendliche, die auf eine ambulante, prä- und poststationäre kinder- und jugendmedizinische (Notfall-)Versorgung angewiesen sind, müssen diese in zumutbarer Nähe zu ihrem Wohnort erhalten. Hierfür stehen in Kooperation mit den Hausärzten zunächst Kinder- und Jugendärzte mit entsprechenden Zusatz-Weiterbildungen und Schwerpunkten und bei darüber hinausgehendem Bedarf pädiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren (SPZ) bereit. Diese müssen für ihre Leistungen unabhängig davon, ob die ambulante, prä- und poststationäre Versorgung im vertragsärztlichen Bereich oder in Institutsambulanzen am Krankenhaus stattfindet, adäquat und ohne budgetäre Restriktionen vergütet werden.
3. Forcierung der Maßnahmen gegen den Ärztemangel in der Kinder- und Jugendmedizin sowie den Erhalt des Ausbildungsschwerpunkts Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Erstqualifikation der Pflegeberufe.
4. Berücksichtigung der mit den Verbänden im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zu konsentierenden qualitativen Mindestanforderungen an die Struktur der kinder- und jugendmedizinischen oder kinderchirurgischen Fachabteilungen.

#### Begründung:

Kinderkliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sind derzeit strukturell und finanziell nicht so ausgestattet, dass eine qualitativ hochwertige Patientenbetreuung nachhaltig gewährleistet ist. Zwischen 1991 und 2010 hat sich die Lage deutlich verschärft: Von den 1991 bestehenden 440 Abteilungen für Kinderheilkunde (31.708 Betten) bestanden 2010 noch 363 (mit 19.297 Betten), die 99 Abteilungen für Kinderchirurgie (3.452 Betten) wurden bis 2010 auf 80 (1.941 Betten) reduziert. Die durchschnittliche Verweildauer reduzierte sich im gleichen Zeitraum trotz wachsender Behandlungsoptionen und steigender Komplexität der Versorgung von 9,1 auf 4,9 Tage. Die Vorgaben der aktuellen Finanzierungssystematik wirken sich nachteilig aus: Kleinere Versorgungseinheiten in strukturschwachen Regionen werden durch die im DRG-Fallpauschalensystem nur unzureichend gegebene Refinanzierung der Vorhaltekosten systematisch benachteiligt; eine Steigerung der Auslastung durch die Versorgung weiterer Patienten aus einem größeren Einzugsgebiet ist in der Pädiatrie in der Regel nicht möglich und sinnvoll; besondere Aufwendungen für die Notfall- und Akutversorgung werden nur bedingt refinanziert.

Die Kinder- und Jugendmedizin hat zudem mit einer hohen Anzahl akut auftretender



Erkrankungen (Notfallquote) zu kämpfen. Ebenso decken pädiatrische Abteilungen ein weit überdurchschnittliches Leistungsspektrum von in der Regel 400 bis 500 unterschiedlichen DRGs (Durchschnitt Erwachsenenmedizin: 50 bis 300 DRG) ab. Für die Betreuung selten vorkommender, vielfach teurer Erkrankungen existieren zum Teil keine adäquaten DRGs.





---

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

Titel: Solide Finanzierung für die Krankenhäuser schaffen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Michael Schulze (Drucksache I - 25) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Im Koalitionsvertrag haben CDU, CSU und SPD Positionen vereinbart, die auch aus der Sicht des 117. Deutschen Ärztetages 2014 Zustimmung finden: "Eine flächendeckende Krankenhausversorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein. Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden."

- Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 stellt fest, dass die Anwendung des DRG-Systems den heutigen Herausforderungen nicht mehr gerecht wird.
- Die investive Unterfinanzierung der Krankenhäuser, denen die Länder immer mehr Mittel entzogen haben, muss endlich behoben werden.
- Tägliche Meldungen über stetig steigende Steuereinnahmen aufgrund der guten konjunkturellen Entwicklungen lassen gleichwohl eine Priorisierung dieser Zusatzeinnahme für eine Erfüllung der Investitionsverpflichtung der Länder vermissen.
- Die fehlende Berücksichtigung von Kostenentwicklungen im personellen Bereich, im Energiekostenbereich, bei anderen Sachmitteln oder durch gestiegene Haftungsanforderungen führt zu einer unerträglichen Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern und muss endlich korrigiert werden.

Die Bundesärztekammer ist bereit, die Arbeit der Bund-Länder-Kommission, die die oben genannten Probleme lösen muss, in jeder ihr möglichen Weise zu unterstützen, um den nötigen Sachverstand in die Kommission einzubringen.



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

**Titel:** Verbindliche Mindestpersonalbemessung in der stationären Pflege

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Julian Veelken und Dr. Heinrich-Daniel Rühmkorf (Drucksache I - 34) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 sieht mit großer Sorge, wie sehr es nach der Einführung des Fallpauschalensystems zu einer Reduktion der pflegerischen Personalausstattung in allen Bereichen der stationären Versorgung gekommen ist.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 hält die Festlegung verbindlicher personeller Mindeststandards in der stationären Pflege für erforderlich, um eine weitere Reduktion der Personalausstattung in diesem Bereich zu verhindern und so einer möglichen Gefährdung der Patientinnen und Patienten entgegenzuwirken.

#### Begründung:

Durch die Einführung der Diagnoses Related Groups (DRG) ist es für die Krankenhäuser unvermeidlich geworden, ihre Kostenkontrolle auch durch Personaleinsparungen zu gestalten. Dies hat bisher insbesondere im Bereich der Pflege zu einer dramatischen Reduktion pflegerischer Präsenz sowohl auf Intensiv- wie auch peripheren Stationen geführt, die insbesondere im Spät- und Nachtdienst keine Reserven beim Auftreten außergewöhnlicher Situationen mehr bietet. Da der Druck auf die Kosten für alle Krankenhausträger auf absehbare Zeit bestehen bleiben wird, ist es geboten, durch eine gesetzliche Mindestpersonalausstattung in der stationären Pflege bei entsprechenden Überlegungen Orientierung zu geben.

---



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

*Finanzierung Gesundheitswesen*

I - 44      Kein Entzug von Haushaltsmitteln des Bundes aus dem Gesundheitsfonds



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

Titel: Kein Entzug von Haushaltsmitteln des Bundes aus dem Gesundheitsfonds

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Peter Kentner (Drucksache I - 44) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Die Ärzteschaft wehrt sich gegen die Entziehung der Haushaltsmittel in den Jahren 2014 und 2015 aus dem Gesundheitsfonds. Diese Finanzmittel müssen der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Begründung:

Durch das Haushaltsbegleitgesetz 2014 sollen in den Jahren 2014 und 2015 erneut die Finanzmittel, welche durch den Bundeshaushalt dem Gesundheitsfonds zugeführt werden müssen, gekürzt werden.

Dies aufgrund der guten Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Diese Mittel sollten jedoch nicht der GKV zur Finanzierung anderer Haushaltsposten entzogen werden. Vielmehr sollten sie für die dringend anstehenden Aufgaben im Bereich der medizinischen Versorgung der Bevölkerung genutzt werden, so zum Beispiel für die Finanzierung der ambulanten Weiterbildungsabschnitte oder von Präventionsleistungen.

---



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

*Qualitätssicherung - QS-Institut/G-BA*

- I - 13      Qualitätsoffensive nicht ohne die Ärzteschaft
- I - 20      Förderung ärztlicher Institutionen der Qualitätssicherung und Patientensicherheit
- I - 21      Kein weiterer Zuwachs an Bürokratie bei der Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen im Gesundheitswesen
- I - 23      Wissenschaftlich gesicherte, rechtssichere und transparente Kriterien für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung
- I - 24      Ärztliche Position zur geplanten Qualitätsoffensive der Bundesregierung
- I - 29      Hoher Stellenwert der Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland
- I - 36      Qualitätsoffensive geht nicht ohne Personaloffensive



---

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

Titel: Qualitätsoffensive nicht ohne die Ärzteschaft

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 13) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, in seine angekündigte "Qualitätsoffensive" und die Etablierung eines Instituts nach § 137a SGB V die Expertise der Ärzteschaft konsequent einzubinden. "Salus aegroti suprema lex" und "primum nil nocere" sind seit jeher Ausdruck der ärztlichen Grundhaltung, aus der heraus die Ärzteschaft zahlreiche, konkrete Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung auf den Weg gebracht hat.

Qualität im Gesundheitswesen wird von Menschen für Menschen gemacht – das ist das Leitmotiv aller ärztlichen Qualitätsinitiativen. Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe, keine Messmethode, die auf eine hochwertige Medizin und den Nutzen für die Patienten abzielt. Wir begrüßen eine Gesundheitspolitik, die sich zu diesem Leitmotiv bekennt und sich von der bisherigen Strategie der reinen Qualitätsmessung, -kontrolle und Kostensteuerung verabschiedet.

#### Begründung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt das Bestreben der Bundesregierung, der Qualität im Gesundheitswesen verstärkt Aufmerksamkeit zu widmen. Einen qualitätsorientierten Wettbewerb, flankiert von einer sozialen und qualitätsorientierten Wettbewerbsordnung, hatte der 103. Deutsche Ärztetag allerdings bereits im Jahre 2000 gefordert - als Gegenmodell eines Wettbewerbs um Preise.

Vor dem Hintergrund der mittlerweile eingetretenen Situation der Preisdominanz sind die Herausforderungen beachtlich, und auch das neue Institut wird, trotz seines nicht minder beachtlichen Etats, die vielgestaltigen methodischen und rechtlichen Limitationen berücksichtigen müssen. Dies betrifft etwa die Nutzbarkeit von (Abrechnungs-) Routinedaten für Qualitätsmessungen (insbesondere, wenn daraus unmittelbar Ansprüche auf Vergütung und/oder Leistungserbringung abgeleitet werden sollen), die nach wie vor persistierende Hürde zwischen den Versorgungssektoren, den administrativen Aufwand bei der Nutzung personenbezogener Daten, die effiziente



---

Verschränkung der Qualitätssicherung mit Registerdaten (Beispiel Krebsregister) etc.

Qualität bzw. deren Messung und Feststellung soll künftig als steuernder Faktor im Rahmen von Selektivverträgen in der Versorgungsplanung dienen. Die schlichte Vorstellung von der unmittelbaren und eindeutigen Messbarkeit von Qualität bedeutet jedoch schon im Ansatz eine unzulässige Verkürzung. Die Auseinandersetzung mit Qualität ist primär eine Führungsaufgabe und keine Messmethode. Messen allein wird also nicht genügen, und Qualität kann auch nicht herbeikontrolliert werden.

Der eingeschlagene Weg einer zunehmenden Profitorientierung im Gesundheitswesen ist mit Daseinsfürsorge und patientenorientierter Zuwendung grundsätzlich schwierig vereinbar. Qualitätssicherung darf hierbei nicht als Flankenschutz für Gewinnmaximierungsabsichten missbraucht werden.

Wertende Darstellungen von Krankenhäusern und Arztpraxen in Form öffentlicher Vergleichslisten müssen auf methodisch solider und transparenter Grundlage stehen sowie auf die Grenzen ihrer Aussagefähigkeit hinweisen. Dies ist bei den bisher zu beobachtenden Portalen und Vergleichslisten kaum zu bestätigen.

Eine Verwirklichung von Plänen zur Koppelung der Qualität an Vergütung und daraus abgeleiteten Selektivverträgen erfordert hohen methodischen Aufwand und birgt große Risiken - auch für die Patientinnen und Patienten. Die Komplexität von Pay für Performance darf nicht unterschätzt werden - auch das neue Qualitätsinstitut wird hierzu keine Zauberformel finden.

Einer systematischen und professionellen Auseinandersetzung mit Qualität abträglich sind die mittlerweile schon ritualhaften Medienberichte über medizinische Behandlungsfehler, in denen plakative Zahlen Vorrang vor solider Recherche und ausgewogener Darstellung haben. Für die Ärztinnen und Ärzte, die unter hohem persönlichem Einsatz ihren Beruf ausüben, sind solche Meldungen sowie die postwendenden öffentlichen Forderungen nach noch mehr Kontrolle und Sanktion in höchstem Maße demotivierend. Der Kerngedanke von Qualitätsförderung, der auf einer geordneten und wenigstens teilweise auch geschützten Reflexion der eigenen Qualität mit dem Ziel einer stetigen Verbesserung beruht, droht vollends untergraben zu werden.



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

Titel: Förderung ärztlicher Institutionen der Qualitätssicherung und Patientensicherheit

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Günther Jonitz, Dr. Josef Mischo und Prof. Dr. Jan Schulze (Drucksache I - 20) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) wird aufgefordert, ärztliche Institutionen, die sich fachkundig und professionell mit den Themen Qualitätssicherung und Patientensicherheit befassen, aktiv zu fördern und zu unterstützen.

In Zeiten der Gründung eines halbstaatlichen Institutes für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen ist gegebenenfalls der Ausbau bestehender Einrichtungen, zum Beispiel des Ärztlichen Zentrums für Qualität (ÄZQ), nötig.

---





---

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

**Titel:** Kein weiterer Zuwachs an Bürokratie bei der Umsetzung von Qualitätsmaßnahmen im Gesundheitswesen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Lothar Rütz, Dr. Gerd-Dieter Koschitzky und Elke Köhler (Drucksache I - 21) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, bei der Umsetzung der Regierungspläne zur Wahrung und Förderung von Qualität im Gesundheitswesen einen Zuwachs unnötiger Bürokratie zu vermeiden.

Begründung:

Bei allen Qualitätsmaßnahmen sind Vorgaben zur Dokumentation nötig. Umso mehr ist bei etwaigen Neuregelungen zur Datenerhebung darauf zu achten, dass keine (weiteren) überflüssigen Dokumentationspflichten entstehen.

Entscheidend für die ärztliche Berufszufriedenheit ist ein angemessener Umfang der bürokratischen Pflichten. Die in den letzten Jahren intensivierten Bemühungen der Bundesregierung, einiger Kassenärztlicher Vereinigungen (KV) und der Bundesärztekammer (BÄK) zu Bürokratieabbau und Bürokratiekostenmessung haben die Belastung durch bürokratische Tätigkeiten im ärztlichen Alltag bisher nicht spürbar gemindert.



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

Titel: Wissenschaftlich gesicherte, rechtssichere und transparente Kriterien für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache I - 23) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüÙt alle Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Diese müssen allerdings anhand wissenschaftlich gesicherter rechtssicherer Kriterien erarbeitet und transparent dargestellt werden. Gleichzeitig müssen die entsprechenden finanziellen Mittel nicht zuletzt auch im Rahmen der Investitionskosten sichergestellt werden. Unter diesen Kriterien wird die Ärzteschaft ihren ärztlichen Sachverstand konstruktiv bei allen relevanten und notwendigen Entscheidungsprozessen einbringen.

Andernfalls gilt: "Vom Wiegen allein wird die Sau nicht fetter!"



---

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

Titel: Ärztliche Position zur geplanten Qualitätsoffensive der Bundesregierung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache I - 24) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüÙt die Offensive der Bundesregierung, die Qualität der medizinischen Leistungen, ihrer Sicherung und Optimierung stärker in den Mittelpunkt der Versorgung rücken zu wollen. Die Weiterentwicklung unseres international anerkannt guten medizinischen Versorgungssystems ist in der Vergangenheit nahezu ausschließlich von einer Kostendiskussion bestimmt worden. Der Wert der ärztlichen Leistungserbringung ist in dieser Diskussion zur Nebensache geworden.

Im Koalitionsvertrag heißt es, dass die Menschen sich darauf verlassen können müssen, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden.

#### **Gute Medizin bedingt ein einheitliches Qualitätsverständnis**

Aus Sicht des 117. Deutschen Ärztetages 2014 mangelt es unserem Gesundheitssystem nicht an Vorgaben und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Allerdings wurde bislang nicht definiert, was unter einer guten Qualität medizinischer Leistungen zu verstehen ist. Maßnahmen zur Messung und Verbesserung von Qualität setzen voraus, dass ein gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, was gute Qualität ist, zukünftig sein soll und wie diese sichergestellt bzw. finanziert werden kann. Deshalb muss es aus Sicht des 117. Deutschen Ärztetages 2014 vorrangige Aufgabe sein, ein einheitliches Qualitätsverständnis zu entwickeln. Eine wissenschaftliche und unabhängige Einrichtung wie das geplante Institut für Qualität und Transparenz könnte dazu beitragen, solange sich dieses nicht zu einer vor allem bürokratischen Einrichtung mit Behördencharakter entwickelt.

#### **MaÙnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität**

Der Koalitionsvertrag benennt zur Umsetzung der geplanten Qualitätsoffensive zahlreiche Maßnahmen, die verschiedene Ziele verfolgen wie die Vorgabe von verbindlichen medizinischen Qualitätsstandards, die Erstellung von Qualitätsvergleichen und die Vergütung von Qualität.

MaÙnahmen zur Qualitätssicherung müssen auf die Sicherung und Verbesserung der

---



Patientenversorgung gerichtet sein. Sie dürfen auf keinen Fall als Mittel zur Behebung von Finanzierungsproblemen oder zur Strukturbereinigung missbraucht werden.

Qualitätsbegründete Zu- und Abschläge auf die Vergütung stationärer Leistungen sind kein geeignetes Mittel zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität, sondern setzen Fehlanreize.

Die Möglichkeiten, die Versorgungsqualität mittels finanzieller Anreize (Pay for Performance - P4P) zu verbessern, sind derzeit nicht ausreichend erforscht, wie ein im Jahr 2012 veröffentlichtes Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) belegt. Danach sollten P4P-Instrumente erst dann gewählt werden, wenn die Möglichkeiten der vorhandenen anderen Steuerungsinstrumente ausgeschöpft sind und zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachgewiesen wurde.

Qualitätsverträge, bei denen die Krankenkassen festlegen, was Qualität ist, lehnt der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ab. Qualitätsverträge als Selektivverträge sind Instrumente des Wettbewerbs. Qualitätswettbewerb darf aber nicht über Preise und Rabatte stattfinden. Diese Gefahr besteht bei Selektivverträgen, wenn Kostenträger bei medizinischen Leistungen deren Qualität und Kosten gegeneinander abwägen müssen. Selektivverträge sind daher auch kein geeignetes Instrument, um Erkenntnisse über die Behandlungsqualität zu gewinnen.

### **Qualitätskriterien müssen besonderen Anforderungen genügen**

Krankenhäuser sind verpflichtet, die Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zwingend einzuhalten. Die Richtlinien sind damit auch verbindlich für die ärztliche Leistungserbringung. Dieser großen Verantwortung muss der G-BA Rechnung tragen können. Dazu muss sichergestellt und kontrolliert werden, dass die den G-BA-Richtlinien zugrunde liegenden Qualitätskriterien besonderen Anforderungen genügen:

**Qualitätskriterien müssen relevant sein.** Qualität ist, was beim Patienten ankommt. Qualitätsindikatoren bilden Heilung, Linderung und/oder höhere Lebensqualität ab. "Surrogatparameter" wie Mindestmengen o. ä. sind abzulehnen.

**Qualitätskriterien müssen wissenschaftlich entwickelt werden.**

**Qualitätskriterien müssen rechtssicher sein.** Je gravierender die Folgen im Falle der Nichtbeachtung oder Nichterfüllung von Qualitätskriterien sind, desto rechtssicherer müssen die Kriterien sein. Dies erfordert auch eine ausreichende Risikoabschätzung, um Fehlentwicklungen, gerade im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung, zu vermeiden.

**Qualitätskriterien müssen praktikabel sein.** Sie müssen im Klinikalltag von den Ärztinnen und Ärzten umsetzbar sein. Sie dürfen nicht zu mehr Bürokratie und zu einem



ungedeckten Ressourcenverbrauch führen und damit zulasten ärztlicher Tätigkeit gehen.

**Qualitätskriterien müssen transparent und vermittelbar sein.** Die Auswirkungen der eingesetzten Qualitätsinstrumente müssen evaluiert und kommuniziert werden. Fehlentwicklungen muss rechtzeitig gegengesteuert werden. Um die Anforderungen an die Qualitätskriterien sicherzustellen, sind die Ärztekammern adäquat einzubinden.

### **Qualitätsvergleiche auf sachliche Grundlagen stellen**

Die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen medizinischen Berufsgruppen wird heute durch unsachliche Vergleiche und divergierende Darstellungen skandalisiert und stigmatisiert. Damit wird auch der Eindruck erweckt, die medizinische Versorgung in Deutschlands Kliniken sei nicht mehr sicher. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt daher die Absicht, derartigen Aktivitäten zukünftig die Grundlage zu entziehen und dafür ein fachlich unabhängiges Institut zu schaffen, das verlässliche Orientierungshilfen über die Qualität der Leistungen und Einrichtungen für Patienten und Ärztinnen und Ärzte entwickelt.

### **Qualität als Planungsinstrument**

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt, dass nach dem Koalitionsvertrag Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich in § 1 KHG eingeführt werden soll.

Die Vorgabe von Kriterien sollte sich auf die Qualität der strukturellen Voraussetzungen für die Erfüllung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses konzentrieren, wie sie bereits in den Krankenhausgesetzen und Krankenhausplänen einiger Bundesländer erfolgt. Die Länder haben eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung sicherzustellen und die Einhaltung des jeweiligen Versorgungsauftrags zu gewährleisten. Mit der Krankenhausplanung stehen die Bundesländer auch in der Verpflichtung, die Leistungsfähigkeit der Plankrankenhäuser sicherzustellen. Dies kann zum Beispiel durch die Vorgabe von Mindestanforderungen an Kompetenz und Verfügbarkeit des ärztlichen Dienstes, an apparativer und infrastruktureller Ausstattung etc. erfolgen.

Die Bundesländer müssen zudem die erforderlichen Finanzmittel zur Umsetzung von (zusätzlichen) Strukturmaßnahmen im Wege einer ausreichenden Investitionskostenförderung zur Verfügung stellen.

### **Qualität erfordert Qualifikation**

Wesentliche Voraussetzung für die Qualität der Patientenversorgung ist qualifiziertes Personal. Die ärztliche Weiterbildung sichert die Qualität der ärztlichen Berufsausübung. Die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses auch als gesamtgesellschaftlich notwendige Aufgabe muss gefördert werden, indem zum Beispiel die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte zum Facharzt als Qualitätsmerkmal der Krankenhäuser nach



Maßgabe des Weiterbildungsrechts ausgebaut wird.

**Qualitätsdiskussion muss im Kontext der finanziellen Rahmenbedingungen geführt werden**

"Beste Qualität und Behandlung nach dem neusten medizinischen Stand" (siehe Koalitionsvertrag) erfordern, dass auch die materiellen Voraussetzungen für die ärztliche Tätigkeit gegeben sein müssen. Dies betrifft sowohl eine dafür ausreichende Betriebskostenfinanzierung als auch die Bereitstellung erforderlicher Investitionsmittel durch die Bundesländer.

Rationalisierungsdruck geht zulasten von Qualität und Sicherheit. Dies gilt insbesondere für die Arbeitsbelastung der Ärzte und Pflegenden. Oftmals sind Stress und Überforderung der Grund für Defizite an Aufmerksamkeit und Konzentration. Übermäßige Arbeitsbelastung und Zeitmangel können zu gravierenden Fehlern führen.

Deshalb sind Konkretisierungen zur Aussage im Koalitionsvertrag erforderlich: "Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird."

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die große Koalition auf, die von ihr angekündigte Krankenhausreform zu nutzen, um die Rahmenbedingungen für den Erhalt der Qualität der medizinischen Versorgung auf den Weg zu bringen. Notwendig ist insbesondere eine adäquate Ausstattung der Krankenhäuser in personeller und finanzieller Hinsicht. Hierzu sind die aus Sicht des 117. Deutschen Ärztetages 2014 notwendigen Korrekturen der Krankenhausfinanzierung vorzunehmen sowie eine ausreichende Investitionskostenfinanzierung sicherzustellen.

Die Bundesärztekammer bietet ihre Expertise an. Sie ist bereit, die Arbeit der Bundesländer-Kommission zu unterstützen.



---

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

Titel: Hoher Stellenwert der Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Stefan Windau, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Martin Bolay, Dr. Svante Gehring, Dr. Gabriela Stempor, Stephan Bernhardt, Dr. Roland FreÙle, Christa Bartels, Dr. Petra Bubel, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Hans Worliceck und Dr. Günther Jonitz (Drucksache I - 29) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüÙt den großen Stellenwert, den die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag der Qualität gesundheitlicher Versorgung einräumt.

Begründung:

Die politische Hervorhebung der Qualität ist eine Anerkennung für das seit Jahrzehnten bestehende Engagement um die stete Weiterentwicklung des hohen Qualitätsniveaus ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen. Alle diese Aktivitäten verfolgen das Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit und berücksichtigen neben einer Patientenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure.

Neben den im SGB V verpflichtend vorgegebenen Verfahren zur Qualitätssicherung, die oftmals erst aus innerärztlichen Initiativen und Projekten hervorgegangen sind, gibt es aktuell hunderte von freiwilligen Qualitätsinitiativen. Die Datenbank ärztlicher Qualitätssicherungsinitiativen (ÄQSI) der Bundesärztekammer (BÄK) stellt viele dieser Vorhaben dar. Beispielhaft sind die seit 20 Jahren bundesweit etablierte Qualitätszirkelarbeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten oder die in den vergangenen Jahren mit großem Erfolg entwickelten kollegialen Peer-Review-Verfahren ebenso wie die Gründung des Ärztlichen Zentrums für Qualität (ÄZQ), die Entwicklung und Verbreitung Nationaler Versorgungsleitlinien (NVL), das Fehlermeldesystem CIRSmedical oder von Fachgruppen getragene Projekte zur Darstellung von Ergebnissen ihrer Arbeit.

Alle diese Initiativen zeigen, dass Qualitätsförderung und Qualitätssicherung dann nachhaltig wirken, wenn sie unmittelbar in der Versorgung ansetzen, von den Beteiligten selbst gestaltet und verantwortet werden und Kontrollaspekte auf ein notwendiges Minimum beschränkt sind. Durch die Formulierungen im Koalitionsvertrag sehen sich die



---

Ärzte in ihrem Engagement bestärkt.

Hintergrundinformationen:

68.000 Ärzte und Psychotherapeuten nehmen an 9.500 registrierten und zertifizierten Qualitätszirkeln (QZ) bundesweit teil. 7.500 ausgebildete ärztliche Moderatoren leiten die QZ.

Alle Krankenhäuser sowie in Praxen niedergelassene Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, einrichtungsintern Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln.

Alle Ärzte bilden sich regelmäßig fort, mindestens 37,5 Stunden im Jahr sind vorgeschrieben.

3.500 besonders sachverständige Ärzte engagieren sich in Qualitätssicherungskommissionen und prüfen gemeinsam mit den Fachleuten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) die Arbeit der Ärzte. Ca. 40.000 Genehmigungen zur Erbringung bestimmter Leistungen werden pro Jahr ausgesprochen.

Weitere Beispiele für Qualitätsförderungsinitiativen, die von ärztlichen Organisationen gegründet, mitgegründet oder mitgetragen werden, sind:

Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin (DNebM)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)

Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK)

Qualitätssicherung Invasive Kardiologie (QuIK)

Qualitätssicherung in der Arthroskopie (Qualis)

Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP)

Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ)

Institut für Qualität & Patientensicherheit (BQS)

Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Berliner Herzinfarktregister u.v.a.m.





---

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

Titel: Qualitätsoffensive geht nicht ohne Personaloffensive

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Anne Kandler, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Silke Engelbrecht (Drucksache I - 36) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Die Ärzteschaft begrüÙt die Offensive der Bundesregierung, die Qualität der medizinischen Versorgung stärken zu wollen. Dies ist nach jahrzehntelanger Betonung von Ökonomisierung, Liegezeitverkürzung und Arbeitsverdichtung ein richtiges Signal.

Gleichzeitig sehen wir jedoch die Gefahr, dass die positive Intention untergehen könnte in einer weiteren Bürokratisierung.

Schon lange nehmen Kliniken und Praxen an zahlreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil (Zertifizierung, QM, CIRS, KTQ usw.). Zunächst sollten die Kriterien erfüllt werden, deren Korrelationen zu einer Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung gut belegt sind.

In zahlreichen Untersuchungen (Shekelle 2013, IQWiQ 2006, Kane et al. 2007) wurde der Zusammenhang zwischen personeller Unterbesetzung und Zunahme der Fehlerhäufigkeit – sogar der Mortalität der Patientinnen und Patienten – gezeigt. Auch führen Spitzenbelastungen mit Steigerung der Bettenauslastung auf über 92 Prozent zu einer Verschlechterung der Versorgung.

Solange Gesundheitspersonal in Deutschland, wie in der RN4Cast-Studie für Krankenschwestern und Pfleger belegt, beinahe doppelt so viele Patientinnen und Patienten versorgen müssen wie im Durchschnitt der anderen europäischen Länder, brauchen wir eine Offensive zur Einstellung, besseren Vergütung und verstärkten Ausbildung von Personal in der Patientenversorgung. Wer also tatsächlich eine Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung wünscht, sollte eine Personaloffensive starten!



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

*Ambulante Weiterbildung*

- I - 06      Ambulante Weiterbildung
- I - 28      Sicherung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung
- I - 31      Weiterbildung ist ärztliche Arbeit
- I - 33      Finanzierung der Weiterbildung im Krankenhaus
- I - 37      Finanzierung der ambulanten Weiterbildung
- I - 43      Ambulante Weiterbildung - Forderung einer gesetzlichen Regelung zur Finanzierungspflicht
- I - 53      Arbeitsgemeinschaft für Tarifverhandlungen zur ambulanten Weiterbildung



---

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

Titel: Ambulante Weiterbildung

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 06) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Hans-Albert Gehle, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache I - 06a) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 unterstützt die Absicht, die ambulante Weiterbildung zu stärken, und appelliert an alle Verantwortlichen, geeignete Maßnahmen insbesondere im Interesse des ärztlichen Nachwuchses zu ergreifen. Der letzte Deutsche Ärztetag hatte sich intensiv mit der Verbesserung der ambulanten Weiterbildung befasst und bereits Eckpunkte für die Umsetzung bezüglich Finanzierung, Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) sowie Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen definiert.

Die Weiterbildungsabteilungen der Landesärztekammern sind die Organisationsstellen der ambulanten Weiterbildung.

Die Bundesärztekammer setzt sich vor allem im Rahmen der Novellierung der MWBO dafür ein, die Weiterbildung im ambulanten Sektor zu flexibilisieren. Dabei sollen zukünftig Tätigkeiten, die vorrangig im ambulanten Sektor vorgehalten werden, spezifisch abgebildet werden. Um die ärztliche Weiterbildung an die Versorgungsrealität anzupassen und zugleich ausreichende Kapazitäten für die dauerhafte Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ambulanten sowie stationären Bereich zu gewährleisten, werden geeignete Instrumente, wie zum Beispiel berufsbegleitende Weiterbildungsmöglichkeiten, Hospitationen oder neu entwickelte Lernmethoden, im Weiterbildungsrecht implementiert. Darüber hinaus sollen Weiterbildungsverbände im Zusammenhang mit der Erteilung ausschließlich voll umfänglicher Befugnisse eine sektorenübergreifende Weiterbildung ohne Unterbrechungen sicherstellen. Unerlässliche Voraussetzung für die Stärkung der ambulanten Weiterbildung ist die gesicherte Finanzierung und Gewährung mindestens der gleichen tariflichen Konditionen wie an einer stationären Weiterbildungsstätte für die jungen Ärztinnen und Ärzte.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im Laufe des vergangenen Jahres verschiedene Finanzierungsmodelle erörtert, welche die ambulanten Weiterbildungszeiten absichern sollen. Jedes Konzept zur Generierung der erforderlichen zusätzlichen Mittel muss unter Beachtung der Vor- und Nachteile beleuchtet werden. Zu erwartende



Folgewirkungen sind unter Einbezug aller beteiligten Akteure abzuwägen. Der gemeinsame Konsens über die Ausgestaltung der Finanzierung ist die grundlegende Bedingung für eine nachfolgende Änderung im Weiterbildungsrecht.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert alle am Prozess Beteiligten auf, ihre gemeinsamen Anstrengungen konstruktiv fortzusetzen, sodass praktikable Lösungen für die Gestaltung der Weiterbildung möglichst zeitnah umgesetzt werden können.

Begründung:

Die Rahmenbedingungen für die ärztliche Weiterbildung haben sich in der jüngeren Zeit nicht zuletzt aufgrund der Arbeitsverdichtung, verkürzter Liegezeiten, ökonomischen Drucks, Zentrenbildung und Verlagerung von ärztlichen Leistungen in den ambulanten Bereich verändert. Dies wirkt sich zunehmend auf die ärztliche Weiterbildung aus, die auch vermehrt in der ambulanten Medizin stattfinden sollte.



---

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

**Titel:** Sicherung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Stefan Windau, Wieland Dietrich, Dr. Ullrich Mohr, Dr. Bärbel Thiel, Dr. Christian Schmidt, Dr. Annette Rommel, Dr. Michael Jacobs, Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling, Dr. Anne Vitzthum, Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger, Sabine Riese, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Hans Ramm, Klaus Schäfer, Dr. Adib Harb, Burkhard Bratzke, Dr. Gabriela Stempor, Stephan Bernhardt, Dr. Petra Bubel, Dr. Andreas Hellmann, Christa Bartels, Dr. Christian Tschuschke, Dr. Svante Gehring, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Stephan Roder, Dr. Martin Bolay, Dr. Roland FreÙle, Dr. Susanne Blessing und Dr. Hans Worlicek (Drucksache I - 28) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Die ärztliche Weiterbildung stellt sich als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, deren Finanzierung nicht zu Belastungen der Ärztegeneration und ärztlichen Organisationen führen darf, die derzeit die Versorgung ambulant wie stationär sicherstellen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert daher die Bundesregierung auf, eine verbindliche Regelung herbeizuführen, die die Selbstverwaltung in die Lage versetzt, zu einer stabilen Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu kommen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert an den Gesetzgeber, die für die Versorgung der Bevölkerung erforderliche, qualitativ hochwertige Weiterbildung durch einen Systemzuschlag auf die im ambulanten wie stationären Bereich abgerechneten Fälle investiv zu sichern und zu unterstützen. Die Verteilung dieser Gelder steht in der gemeinsamen Verantwortung der ärztlichen Organisationen und der Kostenträger. Hierzu sind geeignete Modelle zu entwickeln.

Begründung:

Angesichts der demografischen Entwicklung und der hieraus resultierenden steigenden Morbidität der Bevölkerung steht die medizinische Versorgung in Deutschland vor besonderen Herausforderungen. Damit die Patientinnen und Patienten auch in den nächsten Jahrzehnten qualitativ hochwertig medizinisch betreut werden können, kommt der ärztlichen Weiterbildung auch in Zukunft eine besondere Bedeutung in Bezug auf die Gewährleistung einer hochwertigen und wohnortnahen ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung zu. Die bisherigen Finanzierungsmodelle hingegen, wie zum



Beispiel das Förderprogramm Allgemeinmedizin, das paritätisch von Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Krankenkassen finanziert wird, belasten im Ergebnis das für die Vergütung ambulanter Leistungen zur Verfügung stehende Finanzvolumen oder bilden die tatsächlichen Aufwände, zum Beispiel im Krankenhaus, nicht realistisch ab.

Zur Sicherung einer künftigen hochwertigen ambulanten und stationären medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland müssen die für die Finanzierung der Weiterbildung benötigten Finanzressourcen als solche anerkannt und zusätzlich zu den für die unmittelbare Patientenversorgung vorgesehenen Mitteln zur Verfügung gestellt werden.



---

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

Titel: Weiterbildung ist ärztliche Arbeit

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Henrik Herrmann, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache I - 31) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

1. Die von in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten geleistete ärztliche Arbeit ist untrennbarer Bestandteil der medizinischen Gesamtleistung der weiterbildenden Institution. Letztere ist damit in der Lage, einerseits eine den Qualitätsstandards der Ärztekammern entsprechende Weiterbildung anzubieten, ist andererseits aber gleichzeitig auch in der Erbringung ihrer medizinischen Gesamtleistung zwingend auf die Arbeitsleistung der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte angewiesen. Ihre Leistung ist nichtverzichtbarer Bestandteil der Versorgung der Bevölkerung.
2. Weiterbildung findet zunehmend auch in der ambulanten Versorgung statt. Ärztinnen und Ärzte, die sich im ambulanten Sektor in der Weiterbildung befinden, nehmen an der ambulanten Versorgung teil. Die Finanzierung der ärztlichen Arbeit der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte ist untrennbarer Teil der Gesamtfinanzierung der medizinischen Leistungen der weiterbildenden Institution.
3. Finanzielle Mittel, um Stellen für alle an der Weiterbildung im ambulanten Bereich interessierten Ärztinnen und Ärzte zu garantieren, müssen den weiterbildenden Praxen in ausreichender Höhe zu Verfügung gestellt werden.
4. Der zusätzliche Aufwand der Weiterbildungsstätte ist weder im Krankenhaus noch im ambulanten Bereich gegenfinanziert. Im Zeitalter der Unterfinanzierung aufgrund gedeckelter Budgets wird der Weiterbildungsaufwand weder über das DRG-System noch über den kassenärztlichen Gesamtopf getragen. Im Interesse der Zukunftssicherung der medizinischen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung ist eine Gegenfinanzierung des Aufwandes der Weiterbildungsstätten unerlässlich.



---

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

Titel: Finanzierung der Weiterbildung im Krankenhaus

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Prof. Dr. Uwe Köhler, Dr. Eberhard Huschke, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Dietrich Steiniger (Drucksache I - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die politisch zuständigen Gremien auf, einen weiterbildungsbezogenen Systemzuschlag als Bestandteil einer jeden Krankenhausrechnung einzurichten, der dann sowohl verursachungs- als auch verteilungsgerecht an die Weiterbildungsstätten weitergegeben wird.

Begründung:

Eine gute ärztliche Weiterbildung ist essenzielle Voraussetzung und tragende Säule für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. Die verschärften Rahmenbedingungen, insbesondere aufgrund zunehmender Arbeitsverdichtung, lassen zu wenig Raum für strukturierte Weiterbildung und betreffen sowohl den ambulanten als auch gleichbedeutend den stationären Bereich.

Bisher und auch zukünftig werden wesentliche Anteile der Weiterbildung durch die Krankenhäuser realisiert.

Parallel zur Finanzierung der Weiterbildung im ambulanten Bereich muss daher auch eine Refinanzierung der Aufwendungen für die Weiterbildung in den stationären Einrichtungen eingefordert werden.

Unabhängig von den Personalkosten muss eine adäquate Refinanzierung jener stationären Einrichtungen, die sich an der Weiterbildung beteiligen, sowohl aufwandsbezogen als auch abhängig von der Anzahl der Ärzte in Weiterbildung erfolgen. Dafür muss ein weiterbildungsbezogener Systemzuschlag als Bestandteil der Krankenhausrechnung eingerichtet werden.





---

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

Titel: Finanzierung der ambulanten Weiterbildung

**Vorstandsüberweisung**

---

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

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Politik in Deutschland auf, einen angemessenen Beitrag der Krankenkassen zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung gesetzlich zu regeln.

Begründung:

Die fachärztliche Weiterbildung erfolgt in Deutschland ganz überwiegend in der stationären Versorgungsebene. Durch die zunehmende Bedeutung der ambulanten Versorgung in der Medizin kann dort bei bestimmten Erkrankungen nicht mehr genügend klinische Erfahrung gesammelt werden. Um die Qualität der Versorgung zu erhalten, wird in Zukunft vermehrt die ambulante Medizin auch obligat an der Weiterbildung beteiligt werden müssen. Die zurzeit mögliche fakultative Weiterbildung im ambulanten Bereich wird nur selten gelebt. Bei der üblichen Begrenzung des KV-Honorars aus der kassenärztlichen Abrechnung muss der Vertragsarzt für einen Weiterbildungsassistenten in der Regel noch zusätzliches Geld mitbringen.

Demgegenüber ist die Weiterbildung in der stationären Versorgung in der DRG-Kalkulation bereits enthalten und wird so durch Krankenkassen und damit den Beitragszahler finanziert.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Politik auf, Regelungen zu beschließen, damit auch in der ambulanten Versorgung die Krankenkassen an der Finanzierung beteiligt werden.



---

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

**Titel:** Ambulante Weiterbildung - Forderung einer gesetzlichen Regelung zur Finanzierungspflicht

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Peter Kentner (Drucksache I - 43) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, Regelungen zu schaffen, die eine Finanzierung für alle ambulanten fachärztlichen Weiterbildungsabschnitte sichern.

Die Finanzmittel sollten aus dem Gesundheitsfonds über die Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Die Höhe der Vergütung der Ärzte in Weiterbildung in den ambulanten Weiterbildungsabschnitten sollte sich an der Vergütung der Ärzte in Weiterbildung in Krankenhäusern orientieren.

Begründung:

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 hat die verpflichtende Einführung ambulanter fachärztlicher Weiterbildungsabschnitte unter dem Vorbehalt der gesicherten Finanzierung gestellt. Bisher konnten keine konkreten Ergebnisse zwischen den zuständigen Verhandlungspartnern zu einer bundesweit einheitlichen Finanzierung auch fachärztlicher Weiterbildungsabschnitte erzielt werden.

Durch diesen Entschließungsantrag wird gesichert, dass eine einheitliche Finanzierung für die haus- und fachärztliche Weiterbildung gesetzlich definiert wird. In dessen Folge würden alle durch die Weiterbildungsordnungen möglichen ambulanten Weiterbildungsabschnitte finanziert werden können.



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

Titel: Arbeitsgemeinschaft für Tarifverhandlungen zur ambulanten Weiterbildung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Thierse (Drucksache I - 53) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) sorgt für die Gründung einer "Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der angestellten Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich" analog zur "Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA)", um einen Tarifpartner für entsprechende Tarifabschlüsse zu schaffen.

#### Begründung:

Obwohl beide Tarifpartner im Bereich Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte nur eine geringe Mitgliederzahl aufweisen, wird der von diesen geschlossene Tarifvertrag allgemein als normativ akzeptiert.

Es ist daher davon auszugehen, dass auch für Ärztinnen und Ärzte ein analoger Tarifvertrag entsprechend akzeptiert wird.

Bisher basierten Arbeitsverträge für Ärzte/Ärztinnen im ambulanten Bereich (hoffentlich) auf den entsprechenden Tarifverträgen der Klinikbetreiber.

Nicht zuletzt die Diskussion über die Finanzierung von Weiterbildung im ambulanten Bereich hat jedoch gezeigt, dass der Verweis hierauf nicht ausreichend ist.

Mit der Schaffung eines Tarifvertrages würde der Druck auf Politik und Kassen steigen, entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen.

---



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

### GOÄ

- I - 50 Grundbedingungen einer Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte
- I - 46 Erhalt einer echten privatärztlichen Gebührenordnung
- I - 39 Die Gebührenordnung für Ärzte muss als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs "Arzt/Ärztin" erhalten bleiben
- I - 51 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) - Rahmenvereinbarung
- I - 08 GOÄ-Novellierung jetzt gesetzlich umsetzen!
- I - 17 GOÄ-Novelle umsetzen
- I - 47 Mehr Transparenz bei der GOÄ-Reform
- I - 42 Vergütung der ärztlichen Leichenschau
- I - 49 Analogziffer Durchführung Leichenschau
- I - 48 Eigene Vergütung für Obduktionen



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

Titel: Grundbedingungen einer Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf Römer, Dr. Horst Feyerabend und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache I - 50) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, den medizinischen Fortschritt in die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einzuarbeiten und bei der Bewertung den Inflationsausgleich zu berücksichtigen. Innovationen müssen durch Beibehaltung der Instrumente der Analogberechnung auch zukünftig auf Basis der GOÄ verzögerungsfrei erbracht und abgerechnet werden können. Der Steigerungsfaktor zur Darstellung und Berechnung von besonderen Aufwandssteigerungen im Individualfall (besondere Schwierigkeit, besonderer Zeitaufwand, besondere Umstände bei der Ausführung) ist beizubehalten. In Zukunft soll die GOÄ in ihrer Bewertung regelmäßig und zeitnah angepasst werden. Eine Angleichung an die EBM-Systematik ist unter allen Umständen zu vermeiden.



---

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

Titel: Erhalt einer echten privatärztlichen Gebührenordnung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Svea Keller, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Bernd Müller und Burkhard Bratzke (Drucksache I - 46) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Erhalt einer echten privatärztlichen Gebührenordnung mit der Möglichkeit einer sozialen und individuellen Anpassung der Gebühren und Einzelleistungsvergütung.

- Die Grundstruktur der bisherigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) muss erhalten bleiben.
- Die Beitragssatzstabilität darf nicht die Höhe der Honorare definieren, maßgeblich sind nur der medizinische Bedarf und die betriebswirtschaftlich kalkulierten Kosten.
- Es dürfen keine Steuerungselemente der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (zum Beispiel Budgetierung) in die private Krankenversicherung (PKV) übernommen werden.
- Es müssen feste und gleiche Preise für die ärztlichen Leistungen erhalten bleiben. Jede Deckelung würde dazu führen, dass die betriebswirtschaftliche Kalkulation der Preise verlassen wird und erforderliche Leistungen zumindest teilweise nicht mehr kostendeckend erbracht werden können.
- Die betriebswirtschaftliche Kalkulation darf sich nicht am billigsten Preis orientieren, sondern an den in einer durchschnittlichen Praxis verursachten Kosten.
- Die Steigerungsfaktoren mit arztindividuellen Steigerungsmöglichkeiten müssen erhalten bleiben:
  - der soziale Faktor,
  - besonderer Aufwand und
  - wirtschaftliche Erschwernisse

können nur mithilfe variabler Steigerungsfaktoren berücksichtigt werden. Wenn in den Abrechnungen, die den privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe vorliegen, bisher überwiegend der mittlere (2,3-fache) Satz abgerechnet wurde, bedeutet das nicht, dass dies bei Selbstzahlern auch so ist. Gerade bei

---



Selbstzahlern muss ein Entgegenkommen an die Belastbarkeit des Patienten möglich sein (Wunschleistungen bei GKV-Versicherten, nichtversicherte Personen), umgekehrt muss bei zahlungskräftigen Patienten, die hohe Erwartungen an besondere Serviceleistungen haben, ein Abweichen nach oben möglich sein.

- Das Verbot, unterhalb des einfachen GOÄ-Satzes zu arbeiten, muss erhalten bleiben.



---

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

**Titel:** Die Gebührenordnung für Ärzte muss als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufs "Arzt/Ärztin" erhalten bleiben

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Hartwig Kohl, Christa Bartels, Wieland Dietrich, Dr. Susanne Blessing, Dr. Hans Ramm und Fritz Stagge (Drucksache I - 39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) muss dafür Sorge tragen, dass diese Gebührenordnung als Identitäts- und Alleinstellungsmerkmal des freien Berufes "Arzt" erhalten bleibt.

Die Novellierung darf die doppelte Schutzfunktion der GOÄ nicht aufheben: Der Höchststeigerungssatz schützt den Patienten vor Überforderung, der Mindestsatz schützt die Ärzte vor unangemessen niedrigen Preisen.

Die Novellierung der GOÄ muss in jedem Fall zu angemessenen Steigerungen der Bewertung von GO-Positionen führen, die einen Ausgleich für die seit 30 Jahren ausgebliebene Anpassung an die Kosten- und Einkommensentwicklung schafft.

Die Einführung von steuernden Elementen in die GOÄ analog zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wird vom 117. Deutschen Ärztetag 2014 abgelehnt.

Eine gemeinsame Kommission aus Vertretern der Bundesärztekammer (BÄK) und der privaten Krankenversicherung (PKV) erarbeitet, wie in der Vergangenheit, Vorschläge zur GOÄ-Novellierung. Diese Vorschläge werden dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegt.

Die Schaffung eines neuen Gremiums, das über Struktur- oder fachliche Voraussetzungen oder über Bewertungsänderungen in Abhängigkeit von Mengenentwicklungen ärztlicher Tätigkeit im Rahmen der GOÄ entscheidet, lehnt der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ab.





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

Titel: Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) - Rahmenvereinbarung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Anne Vitzthum (Drucksache I - 51) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert eine Änderung der Formulierung der geplanten Rahmenvereinbarung:

Statt "robuster Einfachsatz" (Steigerungsfaktor) fordern die Ärzte:

Eine angemessene Honoraranhebung des vorgesehenen "Einfachsatzes" mit der Möglichkeit, den bisher üblichen Steigerungsfaktor anzusetzen, natürlich mit entsprechender Begründung.

---



---

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

Titel: GOÄ-Novellierung jetzt gesetzlich umsetzen!

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 08) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag ruft die Bundesregierung seit Jahren regelmäßig zur schnellstmöglichen Novellierung der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) - hilfsweise zu einer Erhöhung des GOÄ-Punktwertes unter Berücksichtigung des Inflationsausgleiches - auf. Die Bundesregierung hat diesen Aufruf in den Jahren 2009 bis 2013 damit beantwortet, dass eine umfassende Einigung zwischen der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) auf ein gemeinsames Konzept zur Novellierung der GOÄ die zwingende Voraussetzung für die Aufnahme eines entsprechenden Gesetzgebungs- bzw. Ordnungsverfahrens sei.

Mit der Einigung auf ihre im November 2013 abgeschlossene "Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ" haben die BÄK und der PKV-Verband diese Voraussetzung nach phasenweise sehr schwierigen Verhandlungen erfüllt.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert dringend an die Bundesregierung, den Bundestag, an die Länder und den Bundesrat sowie an die Beihilfeträger, nun ihren Teil zu erfüllen und die längst überfällige Novellierung der GOÄ entsprechend gesetzlich respektive auf dem Ordnungswege schnellstmöglich umzusetzen bzw. zu unterstützen.

Begründung:

Die 2013 aus dem Amt geschiedene Bundesregierung hatte sich 2009 in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, die GOÄ an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und dabei die Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Dann wurde die Novellierung der GOÄ aber hinter die 2012 umgesetzte Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zurückgestellt und die Einigung zwischen der BÄK und dem PKV-Verband auf ein gemeinsames Konzept zur Voraussetzung einer gesetzlichen Umsetzung gemacht. Nachdem die Einigungsversuche zwischen der BÄK und dem PKV-Verband 2012 noch ohne Erfolg waren, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erklärt, dass die Inkraftsetzung einer neuen GOÄ bis zum Ende der 17. Legislaturperiode im Jahr 2013 nicht mehr möglich sei. Zugleich hat das BMG der vom 116. Deutschen Ärztetag nochmals erhobenen Forderung einer Anhebung des GOÄ-



Punktwertes eine Absage erteilt und seine Aufforderung an die BÄK und die PKV zur Einigung auf einen gemeinsamen Masterplan für die GOÄ-Novellierung erneuert und bekräftigt.

Dieser Aufforderung sind beide Institutionen mit ihrer Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ im November 2013 gerecht geworden. Diese umfasst im Wesentlichen folgende Inhalte:

- umfassende Novellierung der in Teilen bereits 32 Jahre alten GOÄ (letzte Teil-/Gesamtrevision 1996/1982) mit dem Ziel der Stärkung der Transparenz, Abrechnungssicherheit und Verständlichkeit
- stetige Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ in einer den Verordnungsgeber unterstützenden gemeinsamen Arbeitsstruktur mit der hierfür notwendigen gemeinsamen Datenhaltung und -analyse unter gleichberechtigter Einbeziehung der Beihilfe auf Kostenträgerseite
- Einigung auf die Grundsätze des Bewertungsverfahrens und die Nutzung des Entwurfes des Gebührenverzeichnisses GOÄneu der BÄK als Basis für die Entwicklung einer gemeinsamen „Integrationsversion“ der GOÄneu
- Einigung über wesentliche Stellgrößen für die Anwendung der GOÄneu (zum Beispiel Erhalt der Instrumente der Analogbewertung, des Gebührenrahmens und der wahlärztlichen Leistungen sowie Erprobung neuer Versorgungselemente)
- Maßnahmen zur Stärkung der Qualität in der privatärztlichen Versorgung
- fairer Interessenausgleich durch Erhalt der Doppelschutzfunktion der GOÄ nach § 11 Satz 3 BÄO:
  - keine ökonomische Überforderung der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten
  - angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen.

Um die Novellierung der GOÄ in der laufenden Legislaturperiode zeitnah mit der hierfür erforderlichen Planungssicherheit umsetzen und die damit verbundenen Mühen und Kosten rechtfertigen zu können, bedarf es jetzt einer eindeutigen Bestätigung und gesetzlichen Legitimierung durch die Politik auf Bundes- und Landesebene sowie der Unterstützung durch die Beihilfe!



---

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

Titel: GOÄ-Novelle umsetzen

**Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Bernd Lücke, Elke Köhler, Dr. Reinhard Simon und Dr. Lothar Rütz (Drucksache I - 17) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, den zwischen der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) gefundenen Konsens zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zügig in eine neue GOÄ münden zu lassen.

An die Bundesländer als Träger der Heilfürsorge auf Landesebene ergeht der Appell, diesen Kompromiss konstruktiv mit umzusetzen.

Keinem anderen freien Beruf ist die Modernisierung der Gebührenordnung so lange verwehrt worden.

Begründung:

Weitere Verzögerungen des seit Jahren andauernden GOÄ-Novellierungsprozesses würden dazu führen, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der modernen Medizin des Jahres 2014 weiterhin auf der Grundlage eines im Kern über 35 Jahre alten Gebührenverzeichnisses - mit unverändertem Punktwert über 18 Jahre - abgerechnet werden müssen. Dies bedeutet für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit. Ärzte und Patienten – aber auch die beteiligten Mitarbeiter auf Seiten der Kostenträger – benötigen klare, eindeutige Abrechnungsregeln und einen verlässlichen Maßstab für eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen sowie eine transparente Abbildung der heutigen Medizin.

Dies wird nur auf der Grundlage einer neuen amtlichen Gebührentaxe gelingen, die allen Beteiligten Rechtssicherheit gibt, Qualität und Innovationen fördert sowie das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis schützt.



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

Titel: Mehr Transparenz bei der GOÄ-Reform

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Svea Keller, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Bernd Müller und Burkhard Bratzke (Drucksache I - 47) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014 in 2. Lesung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert mehr Transparenz bei der Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)!



---

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

Titel: Vergütung der ärztlichen Leichenschau

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Anke Müller, Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Andreas Gibb, Dr. Christiane Frenz, Dr. Fred Ruhnau, Dr. Harald Terpe, MdB, und Dr. Andreas Crusius (Drucksache I - 42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die seit vielen Jahren völlig unzureichende Honorierung des Aufsuchens eines Toten im Rahmen der ärztlichen Leichenschau duldet keinen weiteren Aufschub mehr.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert daher das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als GOÄ-Verordnungsgeber auf, im Vorgriff auf die anstehende Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte schnellstmöglich eine die Vergütung der Leichenschau abdeckende Regelung zu treffen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert außerdem die Bundesärztekammer auf, unabhängig von der geplanten Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (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, zum Beispiel durch die besondere Auffindesituation des Leichnams oder den Zeitpunkt der Leichenschau, zu berücksichtigen.



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

Titel: Analogziffer Durchführung Leichenschau

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Gerald Qwitterer und Dr. Bernhard Lenhard (Drucksache I - 49) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, bei der Umsetzung der GOÄ-Novellierung eine Analogziffer für die Durchführung der Leichenschau zu etablieren, welche eine angemessene Vergütung ermöglicht, insbesondere unter Einbeziehung des dazu erforderlichen Hausbesuches.

Begründung:

Die derzeitige Vergütung entspricht nicht mehr dem Aufwand bei der Durchführung der Leichenschau.

---



---

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

Titel: Eigene Vergütung für Obduktionen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Günther Jonitz, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache I - 48) fasst der 117. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Selbstverwaltungspartner werden aufgefordert, eine eigenständige Vergütung für die Obduktion (Klinische Sektion) einzuführen.

Die Obduktion ist eine wesentliche und zentrale Maßnahme zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sind unmittelbar und konkret wirksam.

Durch die fehlende Ausfinanzierung der Diagnoses Related Groups (DRG), Leistungsverdichtung und Personalabbau ist dieses Instrument der Qualitätssicherung praktisch abgeschafft. Die von der Politik eingeforderte "Qualitätsoffensive" ist ein guter Anlass, die Obduktion wiederzubeleben.

In die Pauschale sind nicht nur die Kosten für die Durchführung der Obduktion, sondern auch für die Abnahme derselben durch die klinisch Behandelnden einzukalkulieren und zu vergüten.





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

*EU-Themen (Klinische Prüfungen, Normung u.a.)*

- I - 04      Normung von Gesundheitsdienstleistungen
- I - 27      Keine Normung von Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene
- I - 05      Beibehaltung des Schutzniveaus der Arzneimittelpfprüfung und der Patientensicherheit unter den Bedingungen der EU-Verordnung für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln
- I - 14      Studien mit ionisierenden Strahlen - Sicherung des Patientenschutzes und Erhalt des Forschungsstandorts Deutschlands



---

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

Titel: Normung von Gesundheitsdienstleistungen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 04) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Europäische Kommission auf, die Normungsverordnung (EU) Nr. 1025/2012 nicht auf Gesundheitsdienstleistungen anzuwenden und die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Organisation ihres Gesundheitswesens zu respektieren. Die Bundesregierung und insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) werden dabei um Unterstützung gebeten. Ferner sind alle Ärztinnen und Ärzte in Europa aufgerufen, sich vehement bei ihren Ministerien und den für Normung zuständigen Institutionen dafür einzusetzen, Normierungen ihrer Tätigkeiten zu verhindern.

Begründung:

Aktuelle Entwicklungen zeigen, dass der Versuch, auch medizinische Prozesse und Qualifikationen durch Normung auf EU-Ebene zu regeln, nicht nur kontraproduktiv für die betroffenen Berufsgruppen, sondern auch schädlich für die Patientinnen und Patienten sein kann. Patientinnen und Patienten sind nicht normierbar!

Die grundlegenden Inhalte ärztlicher Tätigkeit sind europaweit über Aus-, Weiter- und Fortbildung und entsprechende Anerkennungsverfahren geregelt. Die Ausübung des Arztberufs erfordert eine sehr hohe fachliche Qualifikation und die Beachtung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft. Ob Normen in der Lage sind, diese Anforderungen abzubilden, muss stark bezweifelt werden.

Neben der Selbstverwaltung droht eine Parallelstruktur zu entstehen, die über die dargestellten methodischen und rechtlichen Friktionen mit dem Berufs- und Haftungsrecht hinaus grundsätzliche Legitimationsfragen aufwirft sowie die nationale Politik unterläuft.

Die Erfahrungen zum Beispiel mit dem Normungsprojekt zur ästhetischen Chirurgie haben eine mangelnde Sensibilität der zuständigen Gremien bei der europäischen Normungsorganisation (CEN) gegenüber diesen Konflikten erkennen lassen. Eine



Platzierung auf Normen gründender Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren am Markt neben national geltenden Qualifikationsregelungen wird keine Verbesserung der Patientenversorgung erreichen, wohl aber Verwaltungsaufwand und -kosten erhöhen. Zudem hat sich gezeigt, dass die Verfahren der Normung auf EU-Ebene weder heutigen methodischen Ansprüchen genügen noch durch adäquate Transparenz gekennzeichnet sind.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 knüpft mit dieser Aufforderung an seine ablehnende Haltung zur Normung von Gesundheitsdienstleistungen aus dem Jahr 2012 ebenso wie an die Resolution des Weltärztebundes aus dem Jahr 2013 an und stellt nochmals fest, dass Gesundheitsdienstleistungen - vornehmlich die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten - kein beliebiges Betätigungsfeld von nationalen oder internationalen Normungsgremien sein dürfen. Das Vordringen der EU mit Normen in nationale Gesundheitssysteme ist auf allen Ebenen zu stoppen.



---

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

Titel: Keine Normung von Gesundheitsdienstleistungen auf EU-Ebene

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Reinhard Simon, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Christiane Friedländer, Elke Köhler und Dr. Lothar Rütz (Drucksache I - 27) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Abgeordneten im EU-Parlament auf, die Entwicklung hin zur Normung medizinischer Leistungen durch europäische Normungsorganisationen wie dem Europäischen Komitee für Normung (CEN) aufzuhalten.

Begründung:

Derzeit wird die europäische Normungsverordnung (EU) Nr. 1025/2012 erstmals auch auf Gesundheitsdienstleistungen angewandt. Erfahrungen zum Beispiel in der ästhetischen Chirurgie haben gezeigt, dass "Euronormen" national bewährte Verfahren der evidenzbasierten Medizin (EbM) und damit die Qualität medizinischer Versorgung erheblich gefährden können. Es mag in den technischen Bereichen der Gesundheitswirtschaft durchaus Sinn machen, mithilfe europaweit kohärenter Normung oder Zertifizierungsverfahren Verlässlichkeiten zu schaffen. Die medizinische Berufsausübung selbst ist insofern nicht normierbar. Die zuständigen deutschen Behörden und die ärztliche Selbstverwaltung wachen streng über die berufliche Qualifikation der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte und über die Einhaltung des anerkannten medizinischen Standards. Diese - vom europarechtlichen Subsidiaritätsprinzip getragene - Souveränität Deutschlands gilt es im Sinne der Erhaltung einer effizienten und optimalen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung vehement zu schützen.



---

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

**Titel:** Beibehaltung des Schutzniveaus der Arzneimittelprüfung und der Patientensicherheit unter den Bedingungen der EU-Verordnung für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 05) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Im Jahr 2012 hat die Europäische Kommission ihren "Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG" veröffentlicht. Da dieser Verordnungsentwurf zentralen ethischen Prinzipien und ärztlichen Überzeugungen nicht gerecht wurde, hat sich die Bundesärztekammer (BÄK) intensiv mit kritischen Stellungnahmen, Veranstaltungen und Eingaben in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüÙt, dass der europäische Verordnungsgeber wesentliche Forderungen der BÄK aufgegriffen hat. So werden die Ethikkommissionen weiterhin einen festen Bestandteil des Genehmigungsprozesses darstellen, nachdem der erste Verordnungsvorschlag noch gänzlich auf eine Nennung von Ethikkommissionen verzichtet hatte. Ebenfalls erfreulich ist, dass die Fristen für die Bearbeitung der Studienanträge zum Teil erheblich verlängert und das in Deutschland bestehende und grundrechtlich gebotene Schutzniveau für Prüfungsteilnehmerinnen und Prüfungsteilnehmer weitgehend berücksichtigt wurde. Kritisch zu hinterfragen ist aus Sicht der deutschen Ärzteschaft, dass die gruppennützige Forschung bei nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen sowie offenbar eine Zweitnutzung von Daten klinischer Prüfungen mit einer "Blankoeinwilligung" unter bestimmten Umständen möglich sein sollen.

Trotz der weitgehenden Berücksichtigung der Forderungen der deutschen Ärzteschaft sind durch die mit der Verordnung angestrebte Harmonisierung auf EU-Ebene organisatorische Inkompatibilitäten mit dem bestehenden und bewährten System in Deutschland zu erwarten. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert daher den nationalen Gesetzgeber dazu auf, bei den Anpassungen der Gesetzgebung insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass das bewährte Zwei-Säulen-Modell beibehalten wird, das heißt weiterhin Parität zwischen der Genehmigung des Studienantrags durch die zuständige Bundesoberbehörde und der zustimmenden Bewertung der auf Landesebene föderal organisierten Ethikkommissionen besteht, um das erreichte Schutzniveau an Qualität,



Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittelprüfung im Interesse der Patientensicherheit zu erhalten.



---

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

**Titel:** Studien mit ionisierenden Strahlen - Sicherung des Patientenschutzes und Erhalt des Forschungsstandorts Deutschlands

### **Entschließung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 14) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 bittet den nationalen Gesetzgeber, bei der Umsetzung der neugefassten "Euratom-Richtlinie" (Richtlinie 2013/59/Euratom vom 5.12.2013) in nationales Recht für die atomrechtliche Genehmigung von klinischen Prüfungen Fristen vorzusehen, die sicherstellen, dass in Deutschland Patienten der Zugang zu innovativen Studien, in denen ionisierende Strahlen zur Anwendung kommen, nicht versagt bleibt und der Forschungsstandort Deutschland nicht gefährdet wird.

#### Begründung:

Während die nationale Gesetzgebung derzeit nach Röntgenverordnung (RöV) und Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) eine Frist von 60 Tagen für die Stellungnahme der Ethikkommissionen (EK) vorsieht, dauern die Bearbeitungszeiten für Anträge auf Genehmigung von Studien mit ionisierenden Strahlen beim Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) derzeit länger als zehn Monate im ausführlichen und länger als sieben Monate im vereinfachten Genehmigungsverfahren an. Die dadurch bedingten Verzögerungen sind insbesondere für Studien, bei denen innovative Arzneistoffe oder Medizinprodukte geprüft werden sollen und bei denen radiologische Standardverfahren als Begleitdiagnostik eingesetzt werden, die meist schwerkranke Patienten betreffen, nicht tragbar. Zudem sind diese Zeiten weder europäisch noch international konkurrenzfähig. Daher werden internationale klinische Prüfungen, für die wegen studienbedingter Strahlenexpositionen auch eine Genehmigung durch das BfS erforderlich ist, zunehmend nicht mehr in Deutschland durchgeführt.

Mit der Umsetzung der neuen EU-Verordnung über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln werden in einem europaweit harmonisierten Verfahren für die Bewertung durch Ethikkommissionen und Bundesoberbehörden sehr kurze Bearbeitungsfristen vorgegeben. Da die EU-Verordnung über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln die "Euratom-Richtlinie" unberührt lässt, wird bei Studien, bei denen auch eine studienbedingte Anwendung ionisierender Strahlung erfolgt, weiterhin auch eine atomrechtliche Genehmigung erforderlich sein. Dies wird bei Beibehalten des



gegenwärtigen, "unbefristeten" Genehmigungsverfahrens beim BfS dazu führen, dass europaweit bereits arzneimittelrechtlich genehmigte klinische Prüfungen (Studien mit ionisierenden Strahlen müssen parallel arzneimittelrechtlich genehmigt werden, hier sind für die Bewertung der EK 60 Tage und für die Genehmigung der Bundesoberbehörde 30 Tage vorgesehen) in Deutschland nicht oder nur mit erheblicher Verzögerung initiiert werden könnten.





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

*Ärztliche Kommunikation*

- I - 07      Stellenwert der Kommunikationskompetenz im ärztlichen Alltag
- I - 41      Düsseldorfer Forderungen zur Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation



---

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

Titel: Stellenwert der Kommunikationskompetenz im ärztlichen Alltag

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache I - 07) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Günther Jonitz, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Irmgard Pfaffinger und Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache I - 07a) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Die ärztliche Kommunikationskompetenz ist wesentlich für Qualität, Sicherheit und Erfolg der ärztlichen Behandlung. Zur vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt trägt sie maßgeblich bei. Darüber hinaus stärkt sie die Kooperation innerhalb der Gesundheitsberufe. Gelungene Kommunikation ist auch für die Berufszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten entscheidend.

Die Zuwendung des Arztes zum Patienten ist als Kern ärztlichen Handelns zu sichern. Dazu ist es erforderlich, die kommunikative Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten über die Aus-, Weiter- und Fortbildung dauerhaft aufrechtzuerhalten und zu fördern. Auch sind geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, zum Beispiel in der Qualitätssicherung, der Kooperation der Gesundheitsberufe und den Vergütungssystemen, die ausreichend Personal- und Zeitressourcen für eine gelungene Kommunikation zur Verfügung stellen. Die kommunikative Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten muss innerhalb des Gesundheitssystems sowie in der Wahrnehmung durch Politik und Öffentlichkeit wieder einen angemessenen Stellenwert erhalten.

Da die Kommunikation einen zentralen Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung darstellt, beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014, dieses Thema in einem eigenen Tagesordnungspunkt auf dem 118. Deutschen Ärztetag 2015 zu vertiefen.



---

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

**Titel:** Düsseldorfer Forderungen zur Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Patricia Aden, Eeva-Kristiina Akkanen-vom Stein, Christa Bartels, Prof. Dr. Bernd Bertram, Uwe Brock, Wieland Dietrich, Dr. Christiane Friedländer, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß, M.A., Angelika Haus, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König, MPH, Michael Krakau, Michael Lachmund, Dr. Guido Marx, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Dieter Mitrenga, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Fritz Stagge, Dr. Gabriele Wöbker und Bernd Zimmer (Drucksache I - 41) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Kommunikation ist zentraler Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit in der Patientenversorgung. Eine gelingende Arzt-Patienten-Kommunikation ist von entscheidender Bedeutung für Sicherheit und Erfolg der ärztlichen Behandlung. Gute Kommunikation entspricht den Erwartungen von Patientinnen und Patienten und dem beruflichen Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 sieht mit Sorge, dass sich die Rahmenbedingungen für die Arzt-Patienten-Kommunikation im deutschen Gesundheitswesen immer weiter verschlechtern. Ökonomisierung, Bürokratisierung und Schematisierung der Medizin drohen die zuwendende Begegnung von Arzt und Patient in den Hintergrund zu drängen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 formuliert folgende Forderungen, um die Arzt-Patienten-Kommunikation neu zu stärken:

1. *Kommunikationskompetenz schon im Medizinstudium fördern*  
Die sozialen und kommunikativen Kompetenzen von (künftigen) Ärztinnen und Ärzten sind schon während des Medizinstudiums fortlaufend gezielt zu fördern. Der Deutsche Ärztetag begrüÙt vor diesem Hintergrund die entsprechenden Inhalte des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM) und die an vielen medizinischen Fakultäten ergriffenen Initiativen. Der Deutsche Ärztetag fordert, auf dieser Grundlage die kommunikative Kompetenz zu einem Schwerpunkt in der Ausbildung der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte zu machen.
2. *Kommunikation als Schlüsselkompetenz in der Weiterbildung verankern*  
Die kommunikativen Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten sind auch in der Weiterbildung noch stärker zu fördern. Dazu sind sie im allgemeinen Teil der



Weiterbildungsordnung ausdrücklich als Weiterbildungsziel zu benennen. Die Ärztekammern sind gefordert, Weiterbilder und Weiterzubildende durch entsprechende Angebote aktiv dabei zu unterstützen, die kommunikativen Kompetenzen über die gesamte Zeit der Weiterbildung hinweg fortzuentwickeln.

3. *Innovative Fortbildungsangebote entwickeln*

Kommunikation muss in der ärztlichen Fortbildung eine größere Rolle spielen. Dazu sollten entsprechende Module auch in fachspezifische Fortbildungen integriert werden. Die Landesärztekammern sind aufgerufen, Ärztinnen und Ärzte durch innovative Fortbildungsangebote bei der Weiterentwicklung ihrer kommunikativen Kompetenzen zu unterstützen. Diese Fortbildungsangebote müssen dem besonderen Charakter der Arzt-Patienten-Kommunikation Rechnung tragen.

4. *Sprachliche und interkulturelle Kompetenz sichern*

In unserem Gesundheitswesen leisten ausländische Ärztinnen und Ärzte einen wichtigen Beitrag zur Versorgung. Voraussetzung dafür ist die sichere Beherrschung der deutschen Sprache im allgemein- wie fachsprachlichen Kontext. Im Interesse einer an der ärztlichen Versorgungsrealität ausgerichteten Beurteilung ist die Überprüfung der fachsprachlichen Kompetenz bundesweit ausschließlich in die Zuständigkeit der Landesärztekammern zu legen. Neben der sprachlichen Kompetenz spielt für eine gelingende Kommunikation auch die interkulturelle Sensibilität eine wichtige Rolle – dies gilt angesichts einer großen Zahl von Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturkreisen für deutsche und ausländische Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen. Die Ärztekammern sind aufgefordert, die interkulturelle Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten durch entsprechende Fortbildungsangebote zu stärken.

5. *Durch Kooperation Freiräume für die Arzt-Patienten-Kommunikation schaffen*

Ärztinnen und Ärzte erwarten von kooperativen Versorgungsansätzen und einer sinnvollen Aufgabenteilung innerhalb der Gesundheitsfachberufe, dass ihnen wieder mehr Zeit für ihre eigentlichen ärztlichen Kernaufgaben zur Verfügung steht. Diese liegen in der unmittelbaren persönlichen Zuwendung zum Patienten, im Gespräch mit ihnen und den Bezugspersonen, bei der Untersuchung und bei der Behandlung. Auf dieser Grundlage werden Ärztinnen und Ärzte ihrer Gesamtverantwortung für den Untersuchungs- und Behandlungsprozess gerecht und können sich in eine koordinierende und transparente Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams im Gesundheitswesen einbringen. Für den Erfolg dieser Zusammenarbeit ist neben der Kommunikation mit dem Patienten auch die Kommunikation innerhalb der Gesundheitsfachberufe von entscheidender Bedeutung. Eine gelingende interprofessionelle Kommunikation schafft auch die Basis dafür, die Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Tätigkeiten in einer vertrauensvollen Zusammenarbeit auszuschöpfen, ohne die Qualität und Sicherheit der Behandlung durch die Substitution ärztlicher Tätigkeiten zu gefährden.



6. *Bürokratie abbauen*

Die stetig zunehmende Bürokratie in Arztpraxen und Krankenhäusern entzieht der Arzt-Patienten-Begegnung Zeit. Nach Feststellungen des Nationalen Normenkontrollrates unterliegen zum Beispiel Arztpraxen inzwischen mehr als 500 Informationspflichten. Der Deutsche Ärztetag fordert Politik und Selbstverwaltung zu einer maximal möglichen Entlastung von Verwaltungsarbeiten im Gesundheitswesen für Patienten und Ärzte auf, damit wieder mehr Zeit für den unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt zur Verfügung steht.

7. *Vergütungssysteme neu ausrichten*

Aktuell werden Ärztinnen und Ärzte, die sich Zeit für das Gespräch mit ihren Patienten nehmen, durch die ökonomischen Rahmenbedingungen und die Anreizstrukturen der Vergütungssysteme nicht gefördert, sondern im Gegenteil vielfach benachteiligt. Die Unterfinanzierung von Beratungsleistungen in verschiedenen Bereichen ärztlicher Tätigkeit stellt gute ärztliche Kommunikation mit dem Patienten als Grundlage für den Heilerfolg infrage. Deswegen sind die bestehenden Vergütungssysteme kritisch bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Kommunikation zu hinterfragen. Dies ist in den aktuellen Diskussionen um das DRG-System, das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP), den haus- und fachärztlichen Teil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und für die überfällige Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) besonders zu beachten.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer und alle Ärztekammern auf, diese Forderungen durch zielgerichtete Initiativen und Projekte aufzugreifen und beim nächsten Deutschen Ärztetag über die Ergebnisse zu berichten. Auf dieser Basis kann der 118. Deutsche Ärztetag im Jahr 2015 über Konsequenzen und notwendige weitere Schritte beraten.



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

*Haftpflichtversicherung*

I - 40      Begrenzung der Auswirkungen des Anstiegs der Haftpflichtversicherungsprämien



---

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

**Titel:** Begrenzung der Auswirkungen des Anstiegs der  
Haftpflichtversicherungsprämien

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Christian Albring, Dr. Klaus König, Dr. Bernd Lücke, Dr. Kai Johanning und Dr. Frauke Wulf-Homilius (Drucksache I - 40) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, Regelungen gegen einen weiteren Anstieg der Prämien für ärztliche Haftpflichtversicherungen, insbesondere auch für Gynäkologen, die geburtshilflich belegärztlich tätig sind, zu treffen. Dabei sind folgende kurzfristige und langfristige Maßnahmen und Lösungsansätze zu treffen bzw. zu prüfen:

1. Absenkung der Versicherungssteuer für alle ärztlichen Berufshaftpflichtversicherungen von derzeit 19 auf 11 Prozent
2. Zeitnahe Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung in Deutschland durch die Verpflichtung der Krankenkassen, die Versicherungsprämien in der Geburtshilfe ausreichend zu vergüten
3. Beschränkung der Regressforderungen der Sozialversicherungsträger zur Stabilisierung der Versicherungsprämien
4. Absicherung des Haftungsrisikos "Geburtsschaden" durch Staatshaftung
5. Einrichtung eines Risikofonds für "schwere Geburtsschäden"

#### Begründung:

In den letzten Jahren sind die Schadensaufwendungen bei Personenschäden, insbesondere den schweren Personenschäden, stark angestiegen. Zurückzuführen ist dies auf die massive Zunahme des Schadensaufwandes für schwerstgeschädigte Personen. Dies ist einerseits Folge der stark gestiegenen Pflegekosten sowie der deutlichen Erhöhung des Erwerbsschadens und andererseits bedingt durch die höhere Lebenserwartung schwerstgeschädigter Personen. Zudem setzen die Gerichte immer höhere Schmerzensgeldsummen fest. Diese Entwicklung schlägt sich in drastischer



Weise auf die Höhe der Versicherungsprämien nieder.

Ein besonderes Problem stellt die Geburtshilfe dar.

In der Geburtshilfe haben sich die Haftpflichtversicherungsprämien für alle beteiligten Leistungserbringer innerhalb der letzten Jahre mehr als verdoppelt, ohne dass die Anzahl der Fälle gestiegen ist. Von den belegärztlich tätigen Geburtshelfern hat bereits mehr als die Hälfte ihre Tätigkeit einstellen müssen, da Prämien von 40.0000 Euro und mehr nicht mehr zu finanzieren sind. Es gibt kaum noch Versicherungen, die die belegärztliche Geburtshilfe versichern. Auch Krankenhäuser finden immer seltener Versicherungen. Ende 2012 standen über 200 Krankenhäuser ohne Versicherung da, nachdem ein großer Anbieter aus dem Markt ausgestiegen war. Die Hebammen stehen bereits vor dem Aus, da keine Versicherung zur Verfügung steht und nur eine befristete Übergangslösung bis 2015 beschlossen wurde.

Es wird deshalb diskutiert, ob die Absicherung des Haftungsrisikos eine gesellschaftliche Aufgabe sein kann. Die Geburt stellt ein allgemeines Lebensrisiko dar, das von der Gesellschaft, und nicht von einzelnen Professionen getragen werden kann.

Dieser besorgniserregenden Entwicklung muss die Politik mit geeigneten Maßnahmen entgegenwirken.

#### Zu 1.:

Bereits im letzten Jahr hatte der 116. Deutsche Ärztetag 2013 gefordert, die Versicherungssteuer für alle ärztlichen Berufshaftpflichtversicherungen von 19 auf 11 Prozent zu senken. Diese Forderung wird vom 117. Deutsche Ärztetag 2014 bekräftigt.

#### Zu 2.:

Zur kurzfristigen Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung müssen die Krankenkassen zeitnah Mittel zur Finanzierung der hohen und weiter steigenden Versicherungsprämien bereitstellen. Der Rückzug der geburtshilflich tätigen Belegärzte und Hebammen führt bereits zu Schließung von geburtshilflichen Abteilungen und Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten.

#### Zu 3.:

Die Regressforderungen der Sozialversicherungsträger bei schweren Geburtsschäden sind maßgeblich ursächlich für die steigenden Versicherungsprämien. Eine Begrenzung der Regressforderungen für Geburtsschäden stellt ein effizientes Mittel zur Begrenzung der Haftpflichtprämien dar.

#### Zu 4.:

Unter Staatshaftung wird die Verantwortlichkeit des Staates für Schäden verstanden, die Amtswalter (zum Beispiel Beamte) in Ausübung ihres Amtes bei einem Dritten verursachen. In Fällen, in denen der Staat in nicht vermögenswerte Güter (zum Beispiel Gesundheit) eingreift, sind Ansprüche des Einzelnen unter dem Gesichtspunkt





der Aufopferung denkbar. Dies ist ein Entschädigungstatbestand des Staatshaftungsrechts, der die Auferlegung eines Sonderopfers durch einen rechtmäßigen, zum Wohl der Allgemeinheit vorgenommenen Eingriff in die Rechtsposition des Bürgers zur Voraussetzung hat. Die Aufopferung verpflichtet den Staat zu Ausgleichsleistungen. Zu nennen ist beispielsweise die Entschädigung für Impfschäden. Wer durch eine Schutzimpfung, die von einer Behörde öffentlich empfohlen wurde oder gesetzlich vorgeschrieben war, eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält wegen des Impfschadens auf Antrag eine Versorgung, welche von dem Land zu zahlen ist, in dem der Schaden verursacht worden ist. In Analogie zum „Impfschadenmodell“ könnten auch Geburtsschäden reguliert werden, wobei weiterhin das Verursacherprinzip gilt. Nach Erreichen einer Eigenbeteiligungsgrenze sollte der Staat eine pauschalierte Entschädigung zahlen.

#### Zu 5.:

Das finanzielle Risiko aus der Haftungsverpflichtung für schwere Geburtsschäden kann durch (Teil-)Zahlungen aus einem Risikofonds gesenkt werden. In diesen Fonds werden von den Krankenversicherern je Geburt festgesetzte Beträge eingezahlt. Der Risikofonds kann als gemeinsames Instrument der Versicherungswirtschaft dazu beitragen, die Haftpflichtprämien deutlich zu senken und die Steigerungsdynamik abzufedern. Hierzu ist es erforderlich, schwere Geburtsschäden zu beschreiben und einen Auszahlmechanismus zu definieren, nach dem einzelne Schäden ergänzend zu den bestehenden Haftpflichtversicherungen aus diesem Fonds reguliert werden. Schwere Geburtsschäden in diesem Sinne sind Schäden, die eine Schadenssumme oberhalb von 500.000 Euro ausmachen. Der Staatszuschuss an den Risikofonds soll die Rückversicherungsprämien für die Geburtshilfe beinhalten.

Der Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe vom 30.04.2014 und das vorgeschlagene Maßnahmenpaket des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 09.05.2014 stellen weder eine mittel- noch eine langfristige Lösung dar, um dem Problem der steigenden Haftpflichtversicherungsprämien wirksam zu begegnen und insbesondere die Sicherstellung der wohnortnahen geburtshilflichen Versorgung in Deutschland zu gewährleisten.



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

*Ärztliche Selbstverwaltung*

- I - 15      Einheit der ärztlichen Selbstverwaltung erhalten - keine Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen



---

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

**Titel:** Einheit der ärztlichen Selbstverwaltung erhalten - keine Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Christiane Friedländer, Elke Köhler, Dr. Bernd Lücke und Dr. Thomas Lipp (Drucksache I - 15) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt eine vorgesehene Sektionierung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ab.

Begründung:

Eine Sektionierung dient ausschließlich einer weiteren Zersplitterung und damit der Schwächung der gesamten Ärzteschaft.

Die deutsche Ärzteschaft versteht sich bei aller Unterschiedlichkeit ihrer Arbeitsbereiche und Spezialisierungen und der daraus erwachsenden unterschiedlichen Interessen als ärztliche Gemeinschaft. Die Patientenversorgung ist immer ein interkollegialer, ganzheitlicher Prozess. Eine Sektionierung würde Trennlinien schaffen und damit auch die aktuelle Entwicklung hin zu mehr Durchlässigkeit der Sektoren konterkarieren.



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

*Facharzttermine*

- I - 16      Dringliche Überweisung kontraproduktiv
- I - 45      Terminvergabe in Facharztpraxen
- I - 18      Ausfallentschädigung für nicht eingehaltene Termine
- I - 38      Staatliche Einflussnahme auf Terminvergabe für freiberufliche Praxen ablehnen



---

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

Titel: Dringliche Überweisung kontraproduktiv

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Angelika Haus, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Bernd Lücke, Elke Köhler und Dr. Thomas Lipp (Drucksache I - 16) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt die Einführung einer dringlichen oder "Expressüberweisung" als institutionalisierte Unterkategorie der vertragsärztlichen Überweisung zur Lösung der im Koalitionsvertrag benannten Wartezeitenproblematik ab.

#### Begründung:

Im Zuge der im Koalitionsvertrag verankerten Pläne für eine Wartezeitenregelung wurden in der ärztlichen Öffentlichkeit Vorschläge laut, der im Koalitionsvertrag beschriebenen Wartezeitenproblematik bei ambulanten Facharztterminen alternativ zu den Koalitionsplänen durch eine sogenannte Expressüberweisung zu begegnen. Darüber hinaus traten verschiedene Kassenärztliche Vereinigungen (KV) mit bereits existierenden ähnlichen Modellen oder ähnlichen Vorschlägen an die Öffentlichkeit.

Die Einführung derartiger Regelungen ändert nichts an der Ursache des Problems, schafft zusätzliche Bürokratie und kann unter Umständen zusätzlich neue Konflikte zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen den beteiligten Ärzten auslösen. Dies zeigt sich zum Teil schon bei bereits existierenden Modellen in einer Kategorisierung von Patienten in dringende und weniger dringende Fälle: Patienten fordern eine Einstufung als dringender Fall und fühlen sich bei Ablehnung benachteiligt.

Eine Verschärfung erfährt diese Situation, wenn die Kategorisierung in normale und dringende oder A- und B-Überweisungen mit zusätzlichen finanziellen Anreizen an Überweiser und/oder Überweisungsempfänger verknüpft ist. Hier besteht die Gefahr, dass ökonomische Gründe den Vorrang vor medizinischen gewinnen und das Grundproblem der Diskrepanz zwischen der Nachfrage und dem Angebot bei fachärztlichen Leistungen – eingebettet in eine einseitig auf Mengenbegrenzung ausgerichtete vertragsärztliche Versorgung und Honorierung – nicht in Angriff genommen wird.



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

Titel: Terminvergabe in Facharztpraxen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus-Peter Spies und Dr. Svea Keller (Drucksache I - 45) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber hat angekündigt, eine Frist für die Terminvergabe in Facharztpraxen gesetzlich einführen zu wollen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 sieht keine Notwendigkeit für eine solche Regelung, da bereits jetzt mehr als 75 Prozent der Termine auf Wunsch eines überweisenden Arztes innerhalb einer Woche realisiert werden.

Sollte der Gesetzgeber nicht davon absehen, eine Regelung zu beschließen, muss bedacht werden, dass im gleichen Zug eine Neuregelung für die Budgetierung und die Plausibilitätskontrollen gefunden werden muss. In einer solchen Situation dürfen weder Budgetierungsmaßnahmen noch Kontrollen einer Arbeitszeitausweitung durchgeführt werden, weil die neue Regelung im Widerspruch zu diesen beiden Regelungen stehen würde.



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

Titel: Ausfallentschädigung für nicht eingehaltene Termine

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Jens Schweizer (Drucksache I - 18) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, im Falle der Regelung einer Vier-Wochen-Frist für Facharzttermine auch eine Ausfallentschädigung für von Patienten nicht wahrgenommene Termine zu implementieren.

Begründung:

In jedem Quartal werden bundesweit über 6,5 Millionen Termine von Patienten nicht wahrgenommen. Dies verursacht nicht nur ökonomischen Schaden, sondern verschärft die Terminenge in den Praxen. Im Sinne von Eigenverantwortung der Patienten ist dabei auch zu prüfen, inwieweit diese an den hierdurch entstehenden Kosten zu beteiligen sind.

---



---

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

Titel: Staatliche Einflussnahme auf Terminvergabe für freiberufliche Praxen ablehnen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Thomas Kajdi, Dr. Susanne Blessing, Dr. Svante Gehring, Dr. Hartwig Kohl, Uwe Brock, Dr. Hans Ramm, Fritz Stagge und Dr. Anne Vitzthum (Drucksache I - 38) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt eine gesetzliche Regelung für die Terminvergabe in Arztpraxen ab. Nur der behandelnde Arzt kann die medizinische Notwendigkeit oder Dringlichkeit feststellen.

Eine unkoordinierte Inanspruchnahme (fach-)ärztlicher Leistungen würde dazu führen, dass die Behandlungsoptionen für ernsthaft erkrankte Patienten weiter eingeschränkt werden.

Eine Finanzierung gesetzlicher Termingarantien aus Versorgungsmitteln wird abgelehnt, weil die bürokratische Ausgestaltung dieser Maßnahme zwangsläufig zu Mittelabflüssen aus der Versorgung führen und somit das Terminangebot und die Behandlungsoptionen zusätzlich verringern würde.

Es ist unsinnig, das begrenzte Honorar zunehmend für Bürokratie zu verwenden und es so der Versorgung zu entziehen. Es ist festzustellen, dass unter budgetierter Finanzierung ärztliche Leistungen nicht kurzfristig unbegrenzt verfügbar sind.





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

*Tarifeinheit*

I - 26      Freie gewerkschaftliche Betätigung erhalten - kein Tarifeinheitsgesetz!



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

Titel: Freie gewerkschaftliche Betätigung erhalten - kein Tarifeinheitsgesetz!

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Michael Schulze (Drucksache I - 26) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert an die Bundesregierung, die gewachsene Gewerkschaftsvielfalt zu akzeptieren und kein Gesetz zu beschließen, dass die freie gewerkschaftliche Betätigung von angestellten Ärztinnen und Ärzten in deren Gewerkschaft Marburger Bund sowie von hunderttausenden Arbeitnehmern in anderen Berufsgewerkschaften behindert oder sogar aushebelt.

Die Ankündigung der Bundesregierung, "den Grundsatz der Tarifeinheit nach dem betriebsbezogenen Mehrheitsprinzip" festzuschreiben, widerspricht dem Koalitionsgrundrecht und ignoriert die ständige Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes. Das Grundrecht der Koalitionsfreiheit schließt das Recht zum Streik in Tarifauseinandersetzungen ein.

Jede Regelung zur Tarifeinheit würde schnell eine Flut von Rechtsstreitigkeiten produzieren. Es kann nicht im Interesse der Bundesregierung sein, ein Gesetz auf den Weg zu bringen, dass die geordneten Verhältnisse der Tarifpluralität in den Betrieben auf den Kopf stellt, dauerhaft Mehrheitsfindungsprozesse in Gang setzt und massive Rechtsunsicherheiten schafft.

---



## TOP II      Prävention

- II - 01      Prävention - integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit
- II - 11      Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung
- II - 02      Stärkung der ärztlichen Prävention durch ein Präventionsgesetz
- II - 14      Einbeziehung von Ärzten bei Präventionsmaßnahmen
- II - 05      Prävention und öffentliche Daseinsvorsorge
- II - 07      Prävention in der Arbeitswelt - Stärkung der gesundheitlichen  
Vorsorge durch ein "Gesetz zur Förderung der Prävention"
- II - 03      Präventionsleistungen von der Umsatzsteuerpflicht befreien
- II - 09      Krebsfrüherkennungsprogramme überprüfen
- II - 12      Mammographie-Screening - Befundmitteilung
- II - 10      Schutzimpfungen konsequent fördern
- II - 08      Einführung eines Impfnachweises für Masern vor Aufnahme in eine  
Gemeinschaftseinrichtung
- II - 06      Ausschreibung von Impfstoffen
- II - 04      Kinder und Jugendliche in PKW vor Passivrauchen schützen
- II - 13      Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung
- II - 15      Ernährungs- und Gesundheitslehre in Schulen



---

## **TOP II Prävention**

Titel: Prävention - integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 01) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

#### **Prävention als integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit**

Ärztliche Gesundheitsberatung, das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung sowie die Früherkennung von Krankheiten gehören zu allen ärztlichen Fachdisziplinen mit Patientenkontakt. Prävention ist somit keine eigene medizinische Disziplin, sondern ein integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit. Bei einer steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung besitzt Prävention das Potenzial, frühe Sterblichkeit zu verringern und die Lebensqualität bis ins hohe Alter zu verbessern.

In Anbetracht der heute vorherrschenden chronischen Erkrankungen, denen in der Regel eine multifaktorielle Genese zugrunde liegt, fällt der frühzeitigen Beratung über gesundheitliche Risiken sowie der Identifizierung und Aktivierung von Ressourcen durch den Arzt eine zunehmende Bedeutung zu.

Je früher im Verlauf des Lebens präventive Maßnahmen einsetzen, umso größer sind die Chancen, nachhaltige Wirksamkeit zu zeigen. Die Beratung und Betreuung angehender Mütter, die Bereitstellung früher Hilfen für Eltern und Neugeborene sowie die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen sind deshalb von besonderer Bedeutung.

Dabei bedarf die Beratung und Motivierung zur Verhaltensänderung immer auch geeigneter Rahmenbedingungen und gesellschaftlicher Ressourcen, durch die Änderungen ermöglicht und stabilisiert werden können.

#### **Die besondere Bedeutung von Ärztinnen und Ärzten in der Prävention**

Ärztinnen und Ärzte nehmen in der Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Position ein: Durch einen kontinuierlichen Patientenkontakt können sie gesundheitliche Belastungen früh erkennen, Patienten frühzeitig auf diese ansprechen und sie motivieren, ihre Lebensweise zu verändern und Ressourcen für eine Verbesserung ihrer Lebensbedingungen zu aktivieren.

Ärztinnen und Ärzte werden von Patienten als Gesundheitsexperten aufgesucht und

---



anerkannt. Eine ärztliche Präventionsberatung ist nachhaltig wirksam. Hierfür liegen vielfältige wissenschaftliche Belege vor, zum Beispiel zur Raucherberatung, zur Bewegungsberatung, zur Verhütung von Unfällen sowie zur Reduktion des Suchtmittelkonsums. Zudem sind die Erfolge ärztlicher Impfberatung und Impfprophylaxe unbestritten.

Zur Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zur Wirksamkeit bestehender Präventionsprogramme und zur Relevanz biologischer, psychischer und sozialer Einflussfaktoren auf die Entstehung exemplarisch dargestellter chronischer Erkrankungen hat die Bundesärztekammer (BÄK) im Oktober 2013 ein Symposium durchgeführt, dessen Ergebnisse in dem vorliegenden Band "Prävention: Wirksamkeit und Stellenwert" der Reihe Report Versorgungsforschung zusammengetragen wurden.

Gesundheitliche Belastungen und Lebenserwartung korrelieren in hohem Maße mit der sozialen Schichtzugehörigkeit. Der Vorteil von Ärztinnen und Ärzten liegt darin, dass sie alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen erreichen und somit auch über einen besonders guten Zugang zu gesundheitlich besonders belasteten Bevölkerungsgruppen verfügen.

Dies trifft auch für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte zu, die in der Arbeitswelt auch diejenigen Menschen erreichen können, die aus eigener Initiative sonst keine präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Anspruch nehmen. Sie haben als ärztliche Berater von Beschäftigten und Unternehmen eine Schlüsselstellung in allen Fragen von Arbeit und Gesundheit und nehmen im Unternehmen eine wichtige Lotsenfunktion zwischen präventiver und kurativer Medizin wahr.

### **Bestehende Hindernisse sind zu überwinden**

Daraus folgt, dass der Prävention neben Diagnostik und Therapie im ärztlichen Handeln ein größerer Stellenwert eingeräumt werden muss. Bislang bestehen hierfür jedoch vielfältige Hindernisse:

Ärztinnen und Ärzten fehlt es bislang

- am gesetzlichen Auftrag zur Durchführung einer primärpräventiven Beurteilung und Beratung. Die bestehenden Früherkennungsuntersuchungen sind bislang vor allem auf eine frühe Erkennung von Krankheiten, nicht aber von gesundheitlichen Risiken, Belastungen und Ressourcen ausgerichtet. Bislang liegt Primärprävention auf der Grundlage des § 20 SGB V fast ausschließlich in der Verantwortung der Krankenkassen, ärztliche Primärprävention beschränkt sich auf die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20 d;
- an ausreichender Zeit für eine eingehende präventive Beratung. Für diese sieht der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bislang keine eigene Abrechnungsziffer vor;



- an erforderlichen Zuständigkeiten, um eine präventive Beratung, Motivierung und Aktivierung von Ressourcen ökonomisch und patientengerecht zu gestalten;
- an geeigneten Strukturen, Instrumenten und Vernetzungen mit anderen Einrichtungen auch außerhalb des Gesundheitswesens, um Prävention auch im Alltag der vertragsärztlichen Praxis leichter zu ermöglichen.

### **Deshalb fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014:**

- Eine Stärkung ärztlicher Zuständigkeiten zur Erkennung von Risikofaktoren und Ressourcen, zur Gesundheitsberatung und motivierenden Gesprächsführung sowie der Vernetzung mit anderen präventionsrelevanten Angeboten und Einrichtungen.
- Zur Stärkung entsprechender Kompetenzen soll die bestehende strukturierte curriculare Fortbildung "Gesundheitsförderung und Prävention" der Bundesärztekammer möglichst flächendeckend angeboten werden.
- Zudem soll Prävention in der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) und in der Weiterbildungsordnung weiter konkretisiert und in den entsprechenden Prüfungen stärker berücksichtigt werden.
- Es sind Instrumente für die Praxis zu implementieren, die Ärztinnen und Ärzten die Erfassung gesundheitlicher Risiken und die Erschließung von Ressourcen zur Stärkung der Gesundheit und Bewältigung von Belastungen erleichtern. Hierzu stehen bereits verschiedene Management-Tools zur Verfügung, die sich auch in die Praxissoftware integrieren lassen. Dazu gehören die Erfassung des Ernährungs- und Bewegungsstatus, des Suchtmittelkonsums, psychischer und sozialer Belastungsfaktoren, die Erfassung der subjektiven Risikobewertung und Änderungsmotivation auf Seiten des Patienten sowie strukturierte Informationen über qualifizierte Beratungs- oder Kursangebote und frühe Hilfen. Auf dieser Basis lassen sich mit dem Patienten präventionsbezogene Zielvereinbarungen treffen. Das bereits in vielen Ärztekammern etablierte Rezept für Bewegung kann in diesem Kontext genutzt werden.
- Darüber hinaus sind Vergütungsstrukturen über die Versorgungssektoren hinweg zu schaffen, die die Durchführung der Primärprävention und die Vernetzung mit anderen Angeboten und Einrichtungen angemessen fördern.
- Den Medizinischen Fachangestellten (MFA) muss die Möglichkeit gegeben werden, sich in der Prävention zu qualifizieren und vom Arzt delegierte Aufgaben zu übernehmen. Dies muss in der ärztlichen Vergütung berücksichtigt werden.
- Die Qualitätssicherung und begleitende Evaluation von Präventionsmaßnahmen sowie die Präventionsforschung müssen ausgebaut werden.



- Zudem sollen wissenschaftlich begründete, evidenzbasierte Präventionsprogramme für besonders belastete Patienten mit definierten Risiken entwickelt und angeboten werden, um diese intensiver begleiten, beraten und schulen zu können.

Durch die aufgeführten Rahmenbedingungen und Maßnahmen kann der Arzt zu einem Präventionslotsen für seine Patienten werden.



---

## **TOP II Prävention**

Titel: Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Heinrich-Daniel Rühmkorf, Dr. Julian Veelken und Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache II - 11) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Gesundheit als soziale Ressource

Gesundheit beeinflusst die Möglichkeiten eines Menschen zur gesellschaftlichen Teilhabe. Um die Gesundheit und die Lebensqualität aller Mitglieder der Gesellschaft zu verbessern, sind Prävention und Gesundheitsförderung unverzichtbar. Gesundheit ist damit nicht nur ein individuelles, sondern auch ein gesellschaftliches Potenzial, das es zu stärken gilt. Unstrittig ist auch, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung qualitätsgesichert sein sollen, um nachhaltig die erwünschten Veränderungen herbeizuführen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 unterstützt daher die grundlegenden Prinzipien der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) und empfiehlt ihre Berücksichtigung bei der praktischen Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen.

#### **1. Autonomie und Empowerment**

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung respektieren die Autonomie jedes Menschen. Die Maßnahmen sollen deshalb eine informationsbasierte, selbstbestimmte Entscheidung in allen Bereichen fördern, die Einfluss auf die eigene Gesundheit haben. Personen und Gruppen sollen befähigt werden, selbstbestimmt ihr Leben und ihre Gesundheit sowie die Gesundheit anderer zu gestalten. Dies setzt unter anderem auch voraus, dass sich die Durchführenden von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber der Zielgruppe aufrichtig und ehrlich verhalten. Die psychischen, physischen und sozialen Ressourcen des Einzelnen müssen gestärkt und durch seine Lebenswelt gefördert, Risiken für Erkrankungen und Unfälle müssen abgebaut werden.

#### **2. Partizipation**

Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Zielgruppe sollen - soweit dies die Rahmenbedingungen zulassen - alle Phasen einer Maßnahme aktiv mitgestalten und mitentscheiden. Dies umfasst die Bedarfsanalyse, die Planung, die Durchführung und die Bewertung. Partizipation ermöglicht die Ausrichtung von Maßnahmen am Bedarf der

---





Zielgruppen und erhöht damit die Wirksamkeit der Maßnahmen. Partizipative Prozesse tragen zum Empowerment der Zielgruppe bei und sind ein Ausdruck des Respekts vor deren Autonomie.

### **3. Lebenswelt- und Lebensstilbezug**

Die Gesundheit eines Menschen wird maßgeblich durch seine soziale Lage, durch seine ökonomischen, ökologischen Lebensbedingungen, durch individuelle, auch kulturell geprägte Lebensstile sowie durch politische Rahmenbedingungen beeinflusst. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollen daher in den Lebenswelten der Zielgruppe verankert werden. Sie sollen für die Zielgruppe relevant sein und deren Möglichkeiten und Restriktionen, ihren Lebensstil und ihren sozialen und kulturellen Kontext angemessen berücksichtigen. Lebenswelten, die für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung besonders wichtig sind, sind Familien, Kindertagesstätten, Bildungseinrichtungen, Betriebe, Vereine, Senioreneinrichtungen sowie Stadtteile. In bestimmten Fällen kann allerdings der Individualansatz geeigneter sein, um die Gesundheit einer Person zu fördern.

### **4. Gesundheitliche Chancengleichheit**

Alle Menschen haben einen gleichberechtigten Anspruch auf ein gesundes Leben. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung dürfen keine Person bzw. keine Personengruppe diskriminieren. Ein besonderes Augenmerk soll jedoch den sozial Benachteiligten gelten. Da mit einer sozialen Benachteiligung häufig auch eine gesundheitliche Benachteiligung in Form einer gesteigerten Krankheitslast einhergeht, muss dieser mit besonderer Beachtung entgegengewirkt und es müssen gesundheitliche Chancen eröffnet werden.

### **5. Konzeptbasierung**

Für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung muss ein praktikables Konzept vorliegen. Dieses Konzept

- berücksichtigt aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und bereits qualitätsgesicherte Interventionsansätze,
- achtet auf eine ausreichende Ressourcenausstattung (hierzu zählen unter anderem finanzielle Mittel, eine angemessene Laufzeit sowie die Planung und Umsetzung durch qualifiziertes und informiertes Personal),
- beinhaltet eine Bedarfs- und Bestandsanalyse,
- beschreibt das zugrunde gelegte Wirkungsmodell,
- setzt "smarte" Ziele (die Ziele sollen spezifisch, messbar, angemessen, realistisch, zeitlich terminiert und ethisch vertretbar/reflektiert/begründet sein),
- bestimmt die Zielgruppe/n sowie geeignete Vermittlungswege,
- dokumentiert den angestrebten Grad der Zielerreichung und die Art seines Nachweises und
- zeigt auf, wie eine Verstetigung der Maßnahme erfolgen soll.



## **6. Evaluation**

Neu entwickelte Interventionsansätze sollen immer evaluiert werden. Doch auch etablierte Interventionen sollen durch regelmäßige Prozesse der Qualitätssicherung eine hohe Qualität ihres Handelns gewährleisten. Auf diese Weise wird die Wahrscheinlichkeit, dass eine Maßnahme ihre angestrebte Wirksamkeit entfaltet, erhöht werden. Die Art und der Umfang einer Evaluation sind dabei dem Umfang und der Bedeutung einer Maßnahme, dem jeweiligen Erkenntnisinteresse und den Ressourcen der durchführenden Organisation anzupassen. Evaluations- und Forschungsergebnisse zu Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollen veröffentlicht werden, um auch andere von den eigenen Erfahrungen profitieren zu lassen.

## **7. Nachhaltigkeit**

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sollen nachhaltig ausgerichtet sein. Mögliche unbeabsichtigte Wirkungen und negative (Spät-)Folgen - etwa für einzelne Bevölkerungsgruppen und/oder künftige Generationen - sollen frühzeitig berücksichtigt und gegebenenfalls behoben werden. Maßnahmen nachhaltig umzusetzen bedeutet aber auch, möglichst langfristige, über das Ende der Maßnahme hinausreichende Wirkungen zu erzeugen. Dafür sind ein gesicherter finanzieller Rahmen und der Aufbau stabiler Strukturen die Voraussetzung. Nachhaltigkeit in diesem Sinne setzt zudem eine starke Vernetzung aller beteiligten gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure untereinander voraus. Dies schließt die staatlichen Akteurinnen und Akteure ein und erfordert eine enge Abstimmung der unterschiedlichen Politikressorts untereinander. Nur auf diese Weise können Synergien genutzt und unerwünschte Parallelentwicklungen vermieden werden.



---

## **TOP II Prävention**

Titel: Stärkung der ärztlichen Prävention durch ein Präventionsgesetz

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II - 02) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft fordert den Gesetzgeber auf, mit dem im Koalitionsvertrag geplanten Präventionsgesetz die ärztliche Prävention zu stärken. Denn Ärzte sind für ihre Patienten wichtige Ansprechpartner nicht nur in Krankheits- sondern auch in Gesundheitsfragen, sie können alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen gut erreichen und ihre Beratung ist nachhaltig wirksam.

Deshalb soll das geplante Präventionsgesetz aus Sicht der Ärzteschaft folgende Elemente enthalten:

- Neben der geplanten Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten muss es eine Stärkung der Verhaltensprävention durch den Arzt sowie eine bessere Verzahnung verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen im Sinne eines Policy-Mixes vorsehen.
- Die bestehenden Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sollen erweitert und die Erkennung und Bewertung von Risiko- und Belastungsfaktoren sowie eine darauf ausgerichtete ärztliche Beratung zu ihren festen Bestandteilen werden. Dazu gehört auch eine Information über frühe Hilfen und eine Vermittlung in entsprechende Unterstützungsangebote. Hierfür müssen die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden.
- Die bestehenden Untersuchungslücken im Kindes- und Jugendalter – insbesondere zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr sowie nach dem 15. bis zum 18. Lebensjahr – sind zu schließen und die Ergebnisse der Untersuchungen begleitend zu evaluieren, um sie besser bevölkerungsmedizinisch nutzen und die Untersuchungsinhalte weiterentwickeln zu können.
- Die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V soll als primärpräventive Untersuchung und zeitlich flexibler ausgestaltet werden.
- Das bereits im letzten Entwurf für ein Präventionsgesetz enthaltene Konzept für eine Ärztliche Präventionsempfehlung soll im geplanten Gesetz grundsätzlich wieder aufgenommen und im Sinne einer freiwilligen Präventionsvereinbarung



weiter entwickelt werden. Diese kann auf die ärztliche Beratung zu gesundheitlichen Risiken und Ressourcen und der Erfassung der Motivationslage des Patienten aufsetzen und an andere, qualitätsgesicherte Präventionsangebote weitervermitteln. Für den Bereich Bewegungsförderung liegen mit dem Rezept für Bewegung bereits entsprechende Erfahrungen vor.

- Der mit einer stärker primärpräventiven Ausrichtung der Vorsorgeuntersuchungen verbundene Mehraufwand muss auch in einer entsprechenden Vergütung der zusätzlichen Leistungen abgebildet werden.
- Die Rolle des Betriebsarztes im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Primärprävention und der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist zu stärken.
- Die Potenziale des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der Prävention sind zu nutzen und weiter auszubauen. Hierfür sind die erforderlichen Mittel bereit zu stellen.



## **TOP II Prävention**

Titel: Einbeziehung von Ärzten bei Präventionsmaßnahmen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Gerald Qwitterer, Dr. Wolfgang Rechl und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache II - 14) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert im Zusammenhang mit dem angekündigten Präventionsgesetz die verstärkte Einbeziehung der Ärzte bei der Auswahl der Präventionsmaßnahmen.

#### Begründung:

Ärztlicher Sachverstand ist bei der Auswahl der Präventionsmaßnahmen unverzichtbar und daher dringend einzufordern.



---

## **TOP II Prävention**

Titel: Prävention und öffentliche Daseinsvorsorge

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Heinrich-Daniel Rühmkorf, Dr. Julian Veelken und Dr. Ellis E. Huber (Drucksache II - 05) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt die Ankündigung der Bundesregierung, in diesem Jahr ein Präventionsgesetz zu verabschieden. Dafür sollen alle Sozialversicherungen einen Beitrag leisten. Es zeichnet sich ab, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einer der größten Geldgeber für Präventionsleistungen bleibt.

Als unerlässlich für ein sinnvolles Präventionsgesetz sieht der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Bestandteile:

- Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht auf die Sozialversicherungsträger und den Verband der privaten Krankenversicherungen e. V. (PKV) begrenzt werden. Vielmehr sind die staatlichen Akteure auf allen Ebenen verbindlich in die Verantwortung zu nehmen. Es muss verhindert werden, dass sich die öffentlichen Haushalte auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zu Lasten der Sozialversicherungsträger aus der Finanzierung der Prävention zurückziehen.
- Die Ausgaben aller Verantwortlichen in der Prävention und Gesundheitsförderung sind offenzulegen und im gleichen Verhältnis weiterzuentwickeln.
- Das Präventionsgesetz darf zu keiner Einschränkung etablierter Präventionsaktivitäten führen, insbesondere sind ärztliche Präventionsleistungen zu stärken.
- Bei klaren Verantwortlichkeiten muss es zu einer besseren Koordination, insbesondere bei der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung kommen. Flächendeckung, Transparenz und Qualitätsstandards sollen gemeinsam hergestellt werden.
- Der Aufbau neuer bürokratischer Strukturen ist zu verhindern. Vielmehr sollen etablierte Strukturen genutzt werden, um die gesamtgesellschaftliche Verankerung der Prävention zu sichern.



Begründung:

Prävention und Gesundheitsförderung sind nur zu einem Teil medizinisch zu beeinflussen. In weiten Bereichen kann der Gesundheitszustand der Bevölkerung nur verbessert werden, wenn an den Lebensumständen der Betroffenen gearbeitet wird. Insbesondere in den Kommunen werden die Mittel der Kinder - und Jugendhilfe immer weiter zusammengestrichen, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen unterfinanziert und Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eingespart. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens muss der Gesetzgeber dafür Sorge tragen, dass bestehende Leistungen der Prävention der öffentlichen Hand erhalten beziehungsweise ausgebaut werden.



---

## **TOP II Prävention**

**Titel:** Prävention in der Arbeitswelt - Stärkung der gesundheitlichen Vorsorge durch ein "Gesetz zur Förderung der Prävention"

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von MR Dr. Dietmar Groß, Prof. Dr. Ulrich Schwantes und Dr. Udo Wolter (Drucksache II - 07) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft fordert von der Bundesregierung, dass die jahrelange Diskussion beendet wird und - wie im Koalitionsvertrag vereinbart - ein Präventionsgesetz noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet wird.

Die Arbeitsmedizin und die betriebliche Versorgung sollen als zentrale Säule der Gesundheitsvorsorge in Deutschland erhalten und ausgebaut werden.

- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von kurativer und präventiver Medizin wird dabei immer wichtiger.
- Dabei kommt der/dem präventiv tätigen Arbeitsmedizinerin/Arbeitsmediziner eine wichtige Lotsenfunktion zu (siehe auch EntschlieÙung des 115. Deutschen Ärztetages 2013 in Nürnberg).
- Neben der fachlichen Kooperation erfordert eine erfolgreiche Prävention in Deutschland die zielgerichtete institutionelle Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern, Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern, Wissenschaft und Praxis sowie sämtlicher an der Prävention beteiligten Gruppierungen unserer Gesellschaft.
- Als Grundlage hierfür sind ein Präventionsgesetz und gemeinsame Präventionsziele unverzichtbar.





## **TOP II Prävention**

Titel: Präventionsleistungen von der Umsatzsteuerpflicht befreien

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Bernd Lücke, Dr. Christiane Friedländer und Elke Köhler (Drucksache II - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, alle Präventionsleistungen von der Umsatzsteuer zu befreien.

#### Begründung:

Ärztliche Leistungen sind von der Umsatzsteuer befreit, soweit sie zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen vorgenommen werden. Durch die Rechtsprechung muss in Einzelfällen immer wieder die nicht klar erkennbare Abgrenzung zwischen der umsatzsteuerfreien Heilbehandlung und der umsatzsteuerpflichtigen Maßnahme zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes vorgenommen werden. Strittig sind dabei vor allem Leistungen der Primärprävention im Sinne von § 20 SGB V, die der Erhaltung der Gesundheit dienen und die Entstehung von Krankheiten verhindern sollen.

---



**TOP II Prävention**

Titel: Krebsfrüherkennungsprogramme überprüfen

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Günther Jonitz und Prof. Dr. Ulrich Schwantes (Drucksache II - 09) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüÙt und unterstützt ausdrücklich die öffentliche Aufforderung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, bestehende Programme zur Krebsfrüherkennung wissenschaftlich auf ihren Nutzen und ihr Risiko zu überprüfen und zu analysieren.



---

**TOP II Prävention**

Titel: Mammographie-Screening - Befundmitteilung

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Carola Wagner-Manslau und Dr. Marlene Lessel (Drucksache II - 12) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Die am Mammographie-Screening teilnehmenden programmverantwortlichen Ärztinnen/Ärzte werden aufgefordert, die Mammographie nach dem ärztlichen Standard zu erbringen und den betreuenden Ärztinnen/Ärzten den vollständigen Befund mitzuteilen.

Begründung:

Den die Frauen betreuenden Ärztinnen und Ärzten werden derzeit keine mammographischen Befunde mitgeteilt. Die betreuenden Ärztinnen und Ärzte erhalten lediglich eine Mitteilung darüber, ob die Mammographie auffällig war oder nicht. Die Mitteilung des vollständigen Befunds ist zwingend notwendig, um eine sorgfältige Weiterbetreuung der Patientin zu gewährleisten, zumal die Regelungen des Patientenrechtsgesetzes dies erfordern und diese einzuhalten sind.



## **TOP II Prävention**

Titel: Schutzimpfungen konsequent fördern

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache II - 10) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert Bund und Länder auf, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und geeignete öffentliche Einrichtungen in die Lage zu versetzen, flächendeckend die Impfung von Kindern gegen von Mensch zu Mensch übertragbare Krankheiten entsprechend der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission durchzuführen zu können. Entsprechende Maßnahmen sind zu fördern und zu bewerben.

#### Begründung:

Schutzimpfungen gehören zu den wirksamsten Maßnahmen der Prävention gegen Infektionskrankheiten. Eine sich ständig verringernde Durchimpfungsrate führt deshalb zu erheblichen Gesundheitsrisiken für die Bevölkerung. Insofern stellt die Pflicht zur Impfung einen Schutz für diejenigen Kinder dar, die bisher "schutzlos" dem Kontakt mit nicht geimpften Kindern ausgesetzt sind.



---

## TOP II Prävention

**Titel:** Einführung eines Impfnachweises für Masern vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dipl.-Med. Petra Albrecht (Drucksache II - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Unter Verweis auf den Beschluss des 109. Deutschen Ärztetages 2006 in Magdeburg (Drs. VII - 51) fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014 den Bundesgesetzgeber auf, eine gesetzliche Regelung für die Einführung eines Impfnachweises für Masern für alle Kinder zu schaffen, die vor einer Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung stehen.

#### Begründung:

Bis 2015 soll das WHO-Ziel der Eliminierung von Masern (und Röteln) in der Region Europa umgesetzt sein. Davon ist Deutschland als einer der Mitgliedstaaten mit den umfangreichsten finanziellen, wissenschaftlichen und industriellen Ressourcen weit entfernt. Masernerkrankungen und Masernausbrüche nehmen aktuell in Deutschland immer mehr zu, obwohl es dafür einen wirksamen Impfschutz gibt. Die öffentliche Wirksamkeit impfkritisch eingestellter Kreise der Bevölkerung, Hebammen und leider auch ärztlicher Kolleginnen und Kollegen trägt jedoch zunehmend dazu bei, dass sich Impfmüdigkeit ausbreitet.

Vor diesem Hintergrund würde die Einführung eines Impfnachweises vor der Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung dazu beitragen, zumindest die für eine Masernerkrankung typischen schwerwiegenden Komplikationen durch den Aufbau eines Gruppenimpfschutzes zu vermeiden.

Bereits im Jahr 2006 hatte die deutsche Ärzteschaft auf dem 109. Deutschen Ärztetag eine entsprechende Forderung aufgestellt (**Anlage**).



## **TOP II Prävention**

Titel: Ausschreibung von Impfstoffen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf Römer, Dr. Horst Feyerabend, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Christian Albring, Bernd Zimmer und Dr. Roland FreÙle (Drucksache II - 06) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Die deutsche Ärzteschaft lehnt die Ausschreibungen von Impfstoffen ab, da diese zu unverantwortlichen Lieferschwierigkeiten geführt haben. Damit wird die Primärprävention der Patienten in Deutschland gefährdet und die ohnehin vorhandene Impfmüdigkeit zusätzlich begünstigt. Vorgegebene Impfziele (zum Beispiel Elimination der Masern in Deutschland bis 2015 - Ziel der WHO) können unter diesen Rahmenbedingungen nicht erreicht werden.



---

## **TOP II Prävention**

Titel: Kinder und Jugendliche in PKW vor Passivrauchen schützen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Martina Wenker, Rudolf Henke, Dr. Max Kaplan, Dr. Ulrich M. Clever und Dr. Gottfried Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache II - 04) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 hält es für dringend geboten, Kinder und Jugendliche, die in PKW mitfahren, wirksam vor Passivrauchen zu schützen. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, hierfür wirksame Regelungen zu treffen.

#### Begründung:

Passivrauchen erhöht nachweislich das Krankheitsrisiko und führt zu vorzeitiger Sterblichkeit. Passivrauchen führt insbesondere bei Kindern zu akuten und chronischen Atemwegserkrankungen, verschlimmert ein bereits vorhandenes Asthma und erhöht den Blutdruck sowie das Risiko einer Mittelohrentzündung und bakteriellen Meningitis. Bei Kleinstkindern stellt Passivrauchen zudem einen Hauptrisikofaktor für einen plötzlichen Kindstod dar.

Obwohl viele rauchende Eltern in Innenräumen bereits Rücksicht auf ihre Kinder nehmen, ist nach einer Erhebung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) weiterhin etwa die Hälfte der Kinder und Jugendlichen aus Raucherhaushalten gezwungen, bei Autofahrten passiv mitzurauchen (DKFZ 2013, ITC Project - International Tobacco Control Policy Evaluation Project). In der eng umgrenzten Fahrgastzelle eines PKW ist die tabakrauchbedingte Luftpartikelkonzentration gegenüber geschlossenen Innenräumen deutlich erhöht, selbst bei eingeschalteter Lüftung übertreffen die Werte noch die einer durchschnittlich verrauchten Bar.

In vielen Ländern hat der Gesetzgeber hieraus bereits Konsequenzen gezogen: In mehreren US-amerikanischen und australischen Bundesstaaten sowie in verschiedenen kanadischen Provinzen besteht bereits ein Rauchverbot in Fahrzeugen. In verschiedenen europäischen Ländern werden derzeit vergleichbare Verbote diskutiert (zum Beispiel in Finnland, Italien, Polen, England, Irland und den Niederlanden), in Griechenland und Zypern ist ein solches Verbot bei mitfahrenden Kindern unter zwölf Jahren bereits in Kraft.

Auch in Deutschland stehen dem Gesetzgeber verschiedene Regelungsmöglichkeiten,

---



wie zum Beispiel über die Nichtraucherschutz-Gesetzgebung, den Jugendschutz oder die Straßenverkehrsordnung, zur Verfügung, um den Gesundheitsschutz von Mitfahrenden in PKW zu verbessern. Darüber hinaus würde ein gesetzliches Verbot nicht nur mitfahrende Kinder vor schädlichem Tabakrauch schützen, sondern auch einen allgemeinen Beitrag zu einer erhöhten Verkehrssicherheit leisten.





---

## **TOP II Prävention**

Titel: Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Ellis E. Huber (Drucksache II - 13) wird in 2. Lesung zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt die Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune vom Mai 2013 und appelliert an die Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten medizinischen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), dieses Instrument für einen ärztlich begründeten Ausbau der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung zu nutzen.

#### Begründung:

Die im Folgenden abgedruckte Empfehlung eröffnet für das ärztliche Engagement einer gemeindenahen Prävention und Gesundheitsförderung neue finanzielle und fachliche Chancen:

"Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune

Der Schutz vor Krankheit und die Förderung der Gesundheit sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Wesentliche Determinanten des Gesundheitszustandes der Bevölkerung liegen außerhalb des Einflussbereichs von Gesundheitspolitik und -versorgung im engeren Sinne: Die Qualität von Bildung und Erziehung, berufliche Anforderungen und Belastungen, die Integration in den Arbeitsmarkt und die soziale Teilhabe, die Einkommenssituation einschließlich des sozialen Schutzes gegen Verarmung sowie die Wohn-, Verkehrs- und Umweltbedingungen beeinflussen nachhaltig das Risiko zu erkranken und die Chancen, gesund zu bleiben. Diese Determinanten wirken auch auf die individuelle Fähigkeit und Bereitschaft ein, Verantwortung für das persönliche Gesundheitsverhalten zu übernehmen.

Städte, Gemeinden und Landkreise gestalten die Lebensbedingungen der Bürger maßgeblich mit und besitzen dadurch einen großen Einfluss auf deren Gesundheitschancen. Aufgrund ihres verfassungsmäßigen Selbstverwaltungsrechts (Art.



28 Abs. 2 Sätze 1 und 2 GG) kommt ihnen für die kommunale Gesundheitsförderung eine wichtige Funktion zu.

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind der Schutz vor Krankheiten und die Förderung der Gesundheit unverzichtbare Aufgaben, um Lebensqualität und Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten langfristig zu erhalten und ihnen ein gesundes Altern zu ermöglichen; gemäß § 1 SGB V wirken sie auch auf gesunde Lebensverhältnisse hin und sollen nach § 20 Abs. 1 SGB V Satzungsleistungen zur Primärprävention vorsehen.

Da Krankheiten und ihre Risikofaktoren in der Bevölkerung sozial bedingt ungleich verteilt sind, ist gerade Menschen in sozial benachteiligter Lage bei der Gesundheitsförderung ein besonderes Augenmerk zu widmen. In der Kommune können alle Menschen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden. Bestehende überregionale Strukturen können zur Vernetzung genutzt und weiterentwickelt werden. Notwendig sind die gesundheitsförderliche Ausrichtung kommunaler Entscheidungen und Aktivitäten sowie die Zusammenarbeit der in der Kommune verantwortlichen Akteure mit weiteren verantwortlichen Partnern. Der Beitrag der GKV zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und -verhaltens der Menschen in der Kommune bildet dabei einen wichtigen Baustein im Rahmen eines größeren Verbundes unterschiedlicher verantwortlicher Akteure.

Vor diesem Hintergrund empfehlen die kommunalen Spitzenverbände - Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag und Deutscher Städte- und Gemeindebund - und der GKV-Spitzenverband sowie die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene eine Zusammenarbeit zwischen Städten, Gemeinden, Landkreisen und Krankenkassen sowie ggf. ihren Verbänden zur gemeinsamen gesundheitsfördernden Ausgestaltung von Lebensräumen gemäß dem Setting-Ansatz der Primärprävention und Gesundheitsförderung.

1. Grundlagen dieser Empfehlung sind für die Städte, Gemeinden und Landkreise die jeweiligen Gesundheitsdienstgesetze der Länder in Verbindung mit dem kommunalen Auftrag zur Daseinsvorsorge und für die Krankenkassen die Regelungen des § 20 Abs. 1 SGB V einschließlich des zu seiner Umsetzung beschlossenen GKV-Leitfadens Prävention in der jeweils gültigen Fassung.
2. Die Partner dieser Empfehlung betonen die Bedeutung eines an der kommunalen Ebene ausgerichteten, lebensweltorientierten Ansatzes, insbesondere für benachteiligte Zielgruppen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld. Sie gehen davon aus, dass entsprechende Aktivitäten zu einer Stärkung gesundheitsfördernder und -schützender Kompetenzen und Rahmenbedingungen führen und Krankheiten vermeiden können.
3. Ziel dieser Empfehlung ist es, durch eine intensiviertere Kooperation im Rahmen primärpräventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen von Städten,



Gemeinden, Landkreisen und Krankenkassen Synergien zu erschließen.

4. Die Partner empfehlen ihren Mitgliedern, ihre primärpräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in der jeweiligen Kommune möglichst weitgehend aufeinander abzustimmen sowie nachhaltig und tragfähig auszugestalten. Geeignete Grundlage hierfür ist eine systematische und mit der Sozialberichterstattung eng verknüpfte Gesundheitsberichterstattung in der Kommune. Es wird empfohlen, soweit vorhanden oder bereitgestellt, auch Erkenntnisse und Daten der GKV einzubeziehen.
5. Zur Ausgestaltung der Kooperation empfehlen die Partner ihren Mitgliedern, vorrangig ein bestehendes Informations- und Abstimmungsgremium in der jeweiligen Kommune (zum Beispiel Gesundheitskonferenz) zu nutzen oder anderenfalls zu bilden. Das Gremium kann sich unter anderem folgende Aufgaben geben:
  - Gegenseitige Information über geplante bzw. durchzuführende Maßnahmen
  - Abstimmung über jeweils geplante Maßnahmen
  - Verständigung auf Präventions- und Gesundheitsförderungsziele in der Kommune
  - Trägerübergreifende Maßnahmenplanung, -finanzierung und -durchführung

Über die Ausgestaltung der kontinuierlichen Kooperation ist ein Konsens herzustellen.

6. Die Partner der Empfehlung sind sich einig, dass die Kooperation der Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune zu dienen hat. Von daher intensivieren die Partner vor Ort ihr Engagement in der kommunalen Primärprävention und Gesundheitsförderung; die Kooperation darf nicht zur Reduktion des finanziellen und inhaltlichen Engagements zulasten eines oder mehrerer der Partner vor Ort führen.
7. Die Partner dieser Empfehlung laden ausdrücklich andere Träger von setting-orientierter Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune ein, sich an der jeweiligen Kooperation zu beteiligen. Sie empfehlen ihren Mitgliedern, diese entsprechend deren inhaltlichen bzw. finanziellen Engagements in die Kooperation miteinzubeziehen.
8. Die Partner werden spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieser Empfehlung eine gemeinsame Bewertung über deren Umsetzung vornehmen und streben eine Weiterentwicklung auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse an."



## **TOP II Prävention**

Titel: Ernährungs- und Gesundheitslehre in Schulen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Christiane Friedländer, Dr. Johannes Grundmann, Wieland Dietrich, Eeva-Kristiina Akkanen-vom Stein und Dr. Patricia Aden (Drucksache II - 15) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Prävention und Gesundheitsförderung müssen in den Lebenswelten von Kindern - Kindertagesstätten, Schulen - beginnen.

Kinder und Jugendliche sollen im Rahmen des Erwerbs von Lebenskompetenzen in der Schule lernen, im Alltag selbst Verantwortung für den bestmöglichen Erhalt ihrer Gesundheit zu übernehmen.

Daraus folgt: Ernährungs- und Gesundheitslehre in Schulen ist somit zu fördern.



**TOP III      Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

- III - 01      Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst -  
Standortbestimmung und Entwicklungsperspektiven
- III - 02      Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen im öffentlichen  
Gesundheitswesen
- III - 03      Gesundheitsämter bedürfen ärztlicher Leitung
- III - 04      Arztspezifische Arbeits- und Entgeltbedingungen für Ärztinnen und  
Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst
- III - 05      Arbeitsbedingungen, Aufstiegschancen und Bezahlung für den  
Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verbessern!
- III - 06      Angemessene Bezahlung der Ärzte im Öffentlichen  
Gesundheitsdienst



---

### **TOP III Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

**Titel:** Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst - Standortbestimmung und Entwicklungsperspektiven

#### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache III - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf Römer, Dr. Horst Feyerabend und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache III - 01a) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Bund, Ländern und Kommunen nachdrücklich auf, die Funktionsfähigkeit und damit die Aufgabenerfüllung des ÖGD durch dessen ausreichende Finanzierung und damit auch eine anforderungsgerechte Personalausstattung zu gewährleisten und nachhaltig zu sichern.

Dem ÖGD als dritter Säule des Gesundheitswesens mit seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsberatung kommt neben der ambulanten und stationären Versorgung ein besonderer Stellenwert zu. Die Aufgaben des ÖGD werden zunehmend durch die Entwicklung von Wissenschaft, Medizin und Technik, die wachsende Bedeutung des Umwelt- und Verbraucherschutzes sowie durch die fortschreitende Gesundheits- und Sozialgesetzgebung geprägt. Die subsidiären bzw. komplementären Leistungsangebote der Gesundheitsämter - hier insbesondere in ihren sozialkompensatorischen Funktionen - ergänzen den ambulanten und stationären Bereich zu einem in allen Zweigen zusammenwirkenden Gesundheitswesen. Sein Ansatz ist dabei sowohl bevölkerungsmedizinischer als auch individueller Art.

Trotz der nach Bundesländern unterschiedlichen Rechtsgrundlagen lässt sich hinsichtlich des Aufgabenspektrums des ÖGD ein gemeinsamer bundesweiter Kernbestand an Aufgaben ausmachen. Diese umfassen insbesondere - neben Gesundheitsschutz (Hygiene, Trinkwasserüberwachung, Infektionsschutz, Umweltmedizin, Katastrophenschutz), Prävention, Gesundheitsförderung, Vorsorge und aufsuchende Hilfen sowie Aufklärung (zum Beispiel Kinder- und Jugendgesundheit, Schwangerenberatung, Sozialpsychiatrie, Suchtberatung, Prävention impfpräventabler Erkrankungen und Hilfen für Obdachlose) - auch Aufgaben in den Bereichen Gesundheitsberichterstattung und Begutachtungswesen.

Die Ärztinnen und Ärzte des ÖGD sind nicht nur diagnostisch tätig, sondern treffen auch ärztliche Entscheidungen über die gesundheitliche Versorgung von Menschen und

---



vermitteln Hilfs- und Betreuungsangebote. Außerdem ist der ÖGD ein wesentliches Bindeglied bei der psychiatrischen Versorgung seelisch kranker Menschen sowie bei der Betreuung von chronisch Kranken oder Menschen mit Behinderung. Der ÖGD verfolgt hierbei einen sozialkompensatorischen Ansatz, sodass umfassende Hilfen - auch aufsuchende Hilfen - insbesondere für Menschen angeboten werden, welche sich in besonderen Problemlagen befinden und gerade deshalb keinen ausreichenden Zugang zum System der gesundheitlichen Versorgung haben. Hier eröffnet sich ein weites und zukünftig noch zu verstärkendes Feld der Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und Ärzten des ÖGD mit den ambulant und stationär tätigen Ärzten.

Neben der Beratung in Fragen der Hygiene, des Monitorings und der Surveillance der Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen nehmen Ärztinnen und Ärzte des ÖGD ferner eine Reihe von Aufgaben wahr, durch die ein umfassender Gesundheitsschutz für die Gesamtbevölkerung gewährleistet wird, wie beispielsweise im Rahmen der Eindämmung und Bekämpfung von Infektionen und Pandemien. Darüber hinaus entscheiden die Gesundheitsämter über Isolierungsmaßnahmen bei der Bekämpfung von übertragbaren Erkrankungen. Um diese vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben im Bereich der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitsschutzes mit hoher Kompetenz erfüllen zu können, müssen hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte mit langjähriger klinischer Erfahrung für den ÖGD gewonnen und gehalten werden.

Perspektivisch ist bereits jetzt absehbar, dass sich der ÖGD zukünftig verstärkt auf die gesundheitlichen Folgen gesellschaftlicher Herausforderungen einstellen müssen. So wird die zunehmende Globalisierung durch den grenzüberschreitenden Waren- und Personenverkehr neue Probleme mit sich bringen. Infektionskrankheiten werden durch den rasant ansteigenden Personenverkehr schneller verbreitet, und ein zunehmender Anteil der Bevölkerung wird besonderer gesundheitlicher Hilfen bedürfen. Darüber hinaus stellt bereits jetzt die wissenschaftlich-technische Entwicklung an den ÖGD neue Anforderungen im Hinblick auf die Risikoanalyse und -bewertung von Gesundheitsgefahren. Dies geht einher mit erhöhten Anforderungen an die fachliche Expertise. Weiterhin werden mit dem Klimawandel neue, von den Ärztinnen und Ärzten des ÖGD anzugehende gesundheitliche Belastungen auftreten.

Vor dem Hintergrund dieses breiten, anspruchsvollen und wachsenden Aufgabenspektrums fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

1. eine adäquate ärztliche Personalausstattung in den Gesundheitsämtern

Die derzeitige personelle Besetzung der ärztlichen Dienste in den Gesundheitsämtern wird diesen Anforderungen in keiner Weise gerecht und ist seit Jahren rückläufig. Der nicht zuletzt durch die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Bereich der Krankenhaushygiene in zentraler Rolle fungierende ÖGD verfügt nicht annähernd über die hierfür notwendigen personellen und sächlichen Ressourcen. Wiederholt forderten Deutsche Ärztetage von den Bundesländern





sowie den Kreisen und kreisfreien Städten hier eindringlich Abhilfe ein.

2. eine Aufwertung des Faches "Öffentliches Gesundheitswesen" in der medizinischen Ausbildung.

Inhalte des Faches Öffentliches Gesundheitswesen sollen im Medizinstudium eine höhere Gewichtung erhalten. Um Nachwuchs für dieses Fach zu interessieren, ist es notwendig, dass Famulaturen und Teile des Praktischen Jahres (PJ) im ÖGD abgeleistet werden können. Das wurde schon als Entschließungsantrag auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 gefordert. Gemäß internationalem Standard ist an den Hochschulen ein eigenständiges Fachgebiet "Öffentliche Gesundheit" zu etablieren.

3. eine angemessene Bezahlung der im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte

Die Entschließung "Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes" der 86. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 26./27.06.2013 fordert mit dem Ziel der Steigerung der Attraktivität des ÖGD für Ärztinnen und Ärzte eine angemessene Bezahlung in Anlehnung an den Tarifvertrag Ärzte - bislang jedoch ohne jeglichen Erfolg.

Derzeit verdienen hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern erheblich weniger als entsprechend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern. Bereits jetzt gibt es infolge dieser unzureichenden Vergütungen einen eklatanten Personalmangel, welcher zu einem Ausbluten des ÖGD führen wird und den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Gefahr geraten lässt. Der ÖGD kann so seinem gesellschaftlichen Auftrag - aber auch seinem eigenem Anspruch - als dritter tragender Säule des Gesundheitswesens nicht gerecht werden.

Deshalb fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014 die öffentlichen Arbeitgeber von Bund, Ländern und Kommunen auf, die schon seit Jahren laufenden Tarifverhandlungen für den ÖGD durch Vorlage konstruktiver und akzeptabler Angebote zum Abschluss zu bringen.

4. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert eine obligate Leitung der Gesundheitsämter durch Ärztinnen und Ärzte.





---

### **TOP III Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

**Titel:** Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen im öffentlichen Gesundheitswesen

#### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Henrik Herrmann, Dr. Gisa Andresen, Stephanie Liedtke, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache III - 02) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die politisch Verantwortlichen in Bund, Ländern bzw. Kommunen auf,

1. für eine den Aufgaben angemessene Personalausstattung in den Gesundheitsämtern zu sorgen,
2. von Änderungen der Gesundheitsdienstgesetze abzusehen, die eine nichtärztliche Amtsleitung der Gesundheitsämter ermöglichen,
3. eine Aufwertung des Faches "Öffentliches Gesundheitswesen" in der medizinischen Ausbildung zu erreichen.

#### Begründung:

##### Zu 1.:

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist neben der ambulanten und stationären Versorgung die dritte tragende Säule des Gesundheitswesens. Er nimmt bevölkerungsmedizinische Aufgaben wahr und ist sozialkompensatorisch tätig.

Weil freie Stellen nur schwer oder teilweise gar nicht nachbesetzt werden, kann der ÖGD seine vielfältigen Aufgaben nicht mehr erfüllen.

In den Gesundheitsämtern Schleswig-Holsteins zeichnete sich bei einer Befragung im Februar 2014 folgendes Bild ab:

- Es arbeiten 137 Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern Schleswig-Holsteins.
  - 20 Stellen sind unbesetzt.
-



- Die Stellen wurden teilweise über ein bis zwei Jahre mehrfach erfolglos ausgeschrieben.

Beschlüsse, wie zum Beispiel der Beschluss 5.1. der Gesundheitsministerkonferenz 2013 zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, gehen in die richtige Richtung und müssen weiter verfolgt werden.

Zu 2.:

Einzelne Bundesländer, zum Beispiel Schleswig-Holstein, haben es bereits zugelassen, dass nichtärztliche Mitarbeiter (unter anderem Juristen) die Leitung der Gesundheitsämter übernommen haben. Dies ist letztlich nur Ausdruck der unter Punkt 1 geschilderten Problematik, Ärztinnen und Ärzte für den ÖGD zu gewinnen. Statt die Attraktivität des ÖGD für Ärztinnen und Ärzte zu erhöhen, werden ärztliche Aufgaben an nichtärztliche Mitarbeiter übertragen. Dieser falsche Ansatz sollte nicht weiter verfolgt werden, er geht an der Lösung des eigentlichen Problems vorbei.

Zu 3.:

Die meisten im ÖGD tätigen Fachärztinnen und Fachärzte sind über 50 Jahre alt. Zu den bereits beschriebenen Schwierigkeiten, Ärztinnen und Ärzte für den ÖGD zu gewinnen, kommt also auch hinzu, dass viele der im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte absehbar in den Ruhestand gehen werden. Ein möglicher Ansatz, dem "Ausbluten" des ÖGD entgegenzuwirken, könnte es dabei sein, bereits im Studium Interesse für die Arbeit im ÖGD zu wecken. So könnten zum Beispiel Famulaturen und Teile des Praktischen Jahres (PJ) im ÖGD geleistet oder ein eigenständiges Fachgebiet "Öffentliche Gesundheit und Hygiene" an den Hochschulen etabliert werden.



---

### **TOP III Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

Titel: Gesundheitsämter bedürfen ärztlicher Leitung

#### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, Dr. Claus Beermann, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, PD Dr. Hansjörg Heep, Michael Krakau, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger und Dr. Hans-Ulrich Schröder (Drucksache III - 03) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, dass die Leitung von Gesundheitsämtern bzw. von entsprechenden Hauptabteilungen "Gesundheit" der Kommunalverwaltungen ausschließlich weisungsunabhängig tätigen, approbierten Ärzten übertragen werden darf.

Unabhängig davon, dass sich dieses Erfordernis bereits aus der Verantwortung, den Aufgaben und dem Inhalt der Tätigkeit des Amtsleiters ergibt, besteht es auch im Hinblick auf die Weiterbildung von Ärzten zum Arzt für öffentliches Gesundheitswesen.

Die Weiterbildung zum Facharzt und in Schwerpunkten wird unter verantwortlicher Leitung der von der Ärztekammer befugten Ärzte in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte durchgeführt. Das setzt voraus, dass sich die Weiterbildungsstätte in der Leitung eines approbierten Arztes befindet, wie dies in stationären Fachabteilungen ebenso wie in der ambulanten Praxis selbstverständlich ist.



---

### **TOP III Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

**Titel:** Arztspezifische Arbeits- und Entgeltbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

#### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Michael Schulze (Drucksache III - 04) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist unverzichtbare Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Die ihm gesetzlich zugeordneten medizinischen Aufgaben werden in fachlich hervorragender und persönlich engagierter Weise von Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen.

Aufgrund der tariflichen Zuordnung zum Bereich der Verwaltung sind diese ärztlichen Kolleginnen und Kollegen jedoch seit Jahren von den arztspezifischen Arbeits- und Entgeltbedingungen aus den Tarifverträgen des Marburger Bundes abgeschnitten. Dadurch zeigt sich ein zunehmender ärztlicher Personalmangel im Bereich des ÖGD. Bereits jetzt können in vielen Regionen Arztstellen nicht besetzt und zukünftig zahlreiche Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsversorgung nicht mehr in adäquater Weise sichergestellt werden.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die öffentlichen Arbeitgeber auf, ihre Verweigerungshaltung im Hinblick auf die Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte in die arztspezifischen Tarifverträge des Marburger Bundes aufzugeben und endlich die Notwendigkeit arztspezifischer tariflicher Regelungen für die Ärztinnen und Ärzte im ÖGD anzuerkennen, diese mit dem Marburger Bund zu vereinbaren und so die Attraktivität des ÖGD wieder her- bzw. sicherzustellen.



---

### **TOP III Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

**Titel:** Arbeitsbedingungen, Aufstiegschancen und Bezahlung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) verbessern!

#### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache III - 05) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Thomas Lipp (Drucksache III - 05a) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Bund und Ländern auf, organisatorische Abläufe, finanzielle Voraussetzungen und Arbeitsbedingungen im ÖGD zu schaffen, die für hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte wieder interessant sind. Über die genannten Bedingungen hinaus ist zusätzlich sicherzustellen, dass in den Organisationsstrukturen des ÖGD Ärzte unter ärztlicher Leitung arbeiten.

#### Begründung:

Der ÖGD hat gerade hinsichtlich der Schwachen in der Gesellschaft, der psychisch Kranken, der Behinderten oder auch der dementen Patienten eine herausfordernde Daueraufgabe, der er nur dann noch gerecht werden kann, wenn Ärztinnen und Ärzten wieder berufliche und finanzielle Perspektiven eröffnet werden.

Noch immer können zahlreiche Facharztstellen für die Fachgebiete Kinder- und Jugendheilkunde, Psychiatrie und Radiologie sowie für die Tätigkeit der Tuberkuloseüberwachung nicht besetzt werden. Der ÖGD kann damit ureigenste Aufgaben, wie etwa Schuluntersuchungen, nur noch lückenhaft bewältigen - ganz zu schweigen von der Umsetzung präventiver oder sozialpolitischer Zielsetzungen.

Die Ursache dieser Entwicklung liegt nicht nur im allgemeinen Ärztemangel, sondern vor allem auch in der zunehmenden Auseinanderentwicklung der Gehaltssituation der Ärzte an Kliniken und beim ÖGD. Bis zu 1.500 Euro weniger verdient ein vergleichbar qualifizierter Kollege im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Erschwerend kommt hinzu, dass den Ärztinnen und Ärzten beim ÖGD perspektivische Entwicklungsmöglichkeiten oft verbaut sind, da ein Aufstieg in Führungspositionen der Verwaltung fast unmöglich ist.



---

### **TOP III Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

**Titel:** Angemessene Bezahlung der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

#### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Wilfried Schimanke, Dr. Andreas Gibb, Dr. Anke Müller, Dr. Christiane Frenz, Dr. Fred Ruhnau, Dr. Harald Terpe, MdB, und Dr. Andreas Crusius (Drucksache III - 06) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Für die im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) tätigen Ärzte wird eine angemessene und der tariflichen Entlohnung der Krankenhausärzte gleichwertige Bezahlung gefordert. Bis zur Erreichung dieser Ziele sind Zulagen zu gewähren. Insoweit wird an Landräte und Oberbürgermeister in den Bundesländern appelliert, damit Fachärzte für den ÖGD gehalten und gewonnen werden.

#### Begründung:

Die Tätigkeit der Ärzte im ÖGD ist ebenso wie die anderer Ärzte von hoher Verantwortung geprägt. Neben der stationären und ambulanten Versorgung ist der ÖGD die dritte tragende Säule des Gesundheitswesens in den Bundesländern. Oberstes Ziel der Arbeit ist die langfristige Förderung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Durch die präventionsmedizinische und diagnostische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird ein frühzeitiges Erkennen von drohenden Fehlentwicklungen oder Behinderungen ermöglicht und diesen durch die Vermittlung von entsprechenden Hilfsangeboten entgegengewirkt. Ohne die Arbeit des ÖGD wäre die medizinische Betreuung sozial benachteiligter, psychisch kranker und wohnungsloser Menschen gefährdet.

Die zunehmenden Schwierigkeiten bei der Besetzung von Facharztstellen in den öffentlichen Verwaltungen und die unterschiedliche Einkommensentwicklung bei Ärzten in Krankenhäusern und beim ÖGD erfüllen uns mit Sorge. Die Gehälter der Ärzte im ÖGD liegen zwischen 10 und 20 Prozent unter dem tarifüblichen Niveau angestellter Ärzte in kommunalen Krankenhäusern.

Bereits im letzten Jahr forderte die 86. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder die finanzielle und personelle Stärkung des ÖGD. Die Wertschätzung für diese gesellschaftlich so wichtige Aufgabe muss sich auch materiell in angemessenen Tarifen für die Ärzte im ÖGD niederschlagen.



**TOP IV      Schmerzmedizinische Versorgung stärken**

- IV - 01      Schmerzmedizinische Versorgung stärken
- IV - 02      Schaffung interdisziplinärer ambulant-stationärer  
Versorgungsstrukturen für Schmerztherapie
- IV - 03      Schmerztherapie - adäquate Vergütung ärztlicher Leistungen
- IV - 04      Schmerztherapie - Verbesserung der Verordnungsfähigkeit von  
Physiotherapie
- IV - 05      Schmerztherapie mit Medikamenten auf Cannabisbasis



---

## **TOP IV Schmerzmedizinische Versorgung stärken**

Titel: Schmerzmedizinische Versorgung stärken

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache IV - 01) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Jeder Patient hat Anspruch auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Dazu gehören eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Prävention und Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen.

Schmerzen, insbesondere chronische Schmerzen, gehören zu den großen Gesundheitsproblemen in Deutschland. Zirka sieben Prozent der Erwachsenen geben starke und im Alltag beeinträchtigende chronische Schmerzen an, oft in mehreren Körperregionen. Auch im Kindes- und Jugendalter haben chronische Schmerzen in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Man geht heute davon aus, dass etwa fünf Prozent aller Schulkinder an so erheblichen Schmerzen leiden, dass ihre normale kindliche Entwicklung gefährdet ist. Chronische Schmerzen führen nicht nur zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität, sie sind aufgrund gehäufter Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen auch volkswirtschaftlich relevant. Die dadurch anfallenden Gesamtkosten werden hier auf über 20 Milliarden Euro jährlich geschätzt.

In den letzten Jahren sind die Strukturen zur Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen deutlich verbessert worden. Der chronische Schmerz ist inzwischen als eigenständige Krankheit sowohl in den ICD-10 als auch in dem morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich aufgenommen worden. Im Jahr 2012 erfolgte die Verankerung der Schmerzmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO Querschnittsfach 14). Im Jahr 2005 verfügten bundesweit 3.181 Fachärzte über die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie, im Jahr 2012 waren es bereits 4.686 Fachärzte. Im Jahr 2012 nahmen 1.043 Ärzte an der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten teil.

Obwohl somit bereits spürbare Erfolge in der Betreuung von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen erzielt worden sind, werden weitere konkrete Schritte zur Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland für notwendig erachtet. Es gibt deutliche Hinweise aus Forschung und Praxis, dass weiterhin viele Menschen von den ambulanten und stationären schmerztherapeutischen Angeboten nicht erreicht werden. So vergehen in Deutschland durchschnittlich zwei Jahre vom Beginn





einer chronischen Schmerzkrankheit bis zur richtigen Diagnose und weitere zwei Jahre bis zu einem adäquaten Behandlungsansatz. Dieses beruht sowohl auf einer immer noch nicht flächendeckend vorhandenen Versorgungsstruktur als auch auf dem noch nicht ausreichenden Bekanntheitsgrad schmerzmedizinischer Optionen. Für Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen existieren in Deutschland nur vereinzelt spezialisierte Angebote, deren Einzugsgebiet einige hundert Kilometer beträgt.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 sieht daher dringenden Handlungsbedarf auf verschiedenen Ebenen:

- **Niedrigschwelliger Zugang für alle betroffenen Patienten zu den erforderlichen schmerzmedizinischen Versorgungsebenen**

In den letzten Jahren hat sich der Deutsche Ärztetag regelmäßig mit dem sich wandelnden Versorgungsbedarf der Bevölkerung mit immer mehr älteren, multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten befasst, die auf eine wohnortnahe oder in der häuslichen Umgebung stattfindende Versorgung angewiesen sind. Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 hat festgestellt, dass die wohnortnahe ambulante ärztliche Versorgung, vor allem die hausärztliche Versorgung, zur elementaren Daseinsvorsorge unseres Sozialstaates gehört (Beschluss VI - 09). Diese beinhaltet auch eine adäquate und für die betroffenen Patienten jederzeit flächendeckend und wohnortnah verfügbare schmerzmedizinische Versorgung. Der Hausarzt ist in der Regel der erste Ansprechpartner für alle Gesundheitsprobleme, so auch für Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen. Ihm kommt dabei zunächst die Aufgabe zu, das Leitsymptom "akuter Schmerz" vom chronischen Schmerz abzugrenzen und eine weitere Diagnostik und Differentialdiagnostik einzuleiten. Des Weiteren ist es seine Aufgabe, einen Therapieplan zu erstellen und erste therapeutische Maßnahmen zu ergreifen. Unter hausärztlicher Koordination erfolgt im Sinne einer gestuften Versorgung die Hinzuziehung weiterer fachärztlicher Expertise bis hin zu spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen mit einem interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsteam. Damit obliegen dem Hausarzt die Koordinationsfunktion in enger, vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den Fachärzten sowie die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen. Dies setzt die flächendeckende Bildung regionaler Netzwerke über alle Versorgungsebenen sowie die Umsetzung integrierter Versorgungsprogramme voraus. Für die wachsende Zahl chronisch schmerzkranker Kinder und Jugendlicher, deren gesunde Entwicklung durch den chronischen Schmerz gefährdet ist, bedarf es einer eigenen Versorgung, die vergleichbar mit der für Erwachsene beschriebenen Struktur etabliert werden muss.

- **Konsequente Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen in den Bedarfsplänen der vertragsärztlichen Versorgung**



Zur flächendeckenden Erreichbarkeit ist die Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen mit definierten Strukturmerkmalen, wie zum Beispiel Zentren für interdisziplinäre Schmerzmedizin, interdisziplinäre Kopfschmerz-/Rückenschmerz-/Kinderschmerzcentren, Ambulanzen/Praxen mit qualifizierter und spezialisierter Schmerzmedizin sowie schmerzpsychotherapeutische Einrichtungen, in den Bedarfsplänen der Landesvertragspartner nach § 99 SGB V von zentraler Bedeutung. Diese Maßnahme dient zum einen der Sicherstellung einer adäquaten und wohnortnahen schmerzmedizinischen Versorgungsstruktur, zum anderen ist sie Voraussetzung für angemessene Vergütung und wirtschaftliche Planungssicherheit schmerztherapeutisch tätiger Ärzte.

- **Verbesserung der Akutschmerztherapie in den Krankenhäusern**

Nationale Benchmark-Projekte wie die "Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie - QUIPS" für Erwachsene bzw. "QUIPSI" für Kinder haben gezeigt, dass eine adäquate Akutschmerztherapie für Patienten im Krankenhaus machbar ist. Es braucht klare Absprachen und interdisziplinäre sowie insbesondere interprofessionelle Zusammenarbeit, damit dieses Ziel erreicht wird. Während unzureichend behandelte Schmerzen mit einem erhöhten Risiko für eine Chronifizierung, einer erhöhten Morbidität und steigenden Behandlungskosten einhergehen, führt eine adäquate Akutschmerztherapie zu einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer und zu Einsparungen im Gesundheitssystem (HTA-Bericht 346). Hier existieren klare Parallelen zur Hygiene - Infektionen führen ebenfalls zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität und zu einer verlängerten Krankenhausverweildauer. Obwohl die ethische und ökonomische Dimension einer unzureichenden Schmerztherapie also durchaus mit der einer mangelhaften Hygiene verglichen werden kann, ist es derzeit einzelnen engagierten Ärzten und Pflegekräften sowie verantwortungsbewussten Klinikträgern vorbehalten, hier die notwendigen schmerzmedizinischen Strukturen zu schaffen und zu unterhalten. Die Implementierung eines strukturierten Akutschmerzmanagements in die QM-Systeme der Krankenhäuser mit einem fächerübergreifenden Qualitätsindikator "Schmerz" analog den infektiologischen Qualitätsindikatoren "Nosokomiale Pneumonie" oder "Dekubitusprophylaxe" stellen die Grundlage einer dauerhaften Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung im Krankenhaus dar.

- **Stärkung schmerzmedizinischer Kompetenz in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung**

Jeder klinisch tätige Arzt muss mit den schmerzmedizinischen Problemen seiner Patienten vertraut sein. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist die erfolgreiche Verankerung der Schmerzmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO). Eine systematische Berücksichtigung schmerzmedizinischer Kompetenz mit Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten



in der allgemeinen Schmerzmedizin unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen ist bereits seit 2003 in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) in allen patientenversorgenden Fachgebieten verankert. Diese Anforderungen werden im Rahmen der Novellierung der MWBO konsequent sowohl in den allgemeinen Inhalten als auch in der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie weiterentwickelt. Die Thematik Schmerzmedizin ist weiterhin regelmäßig Inhalt ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen in den Landesärztekammern.

- **Finanzielle Förderung der Versorgungsforschung mit nationalen Forschungsprojekten "Schmerzmedizin"**

Eine zielgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung kann nur auf dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen. Es muss sichergestellt werden, dass neue, evidenzbasierte Erkenntnisse Einzug in die schmerzmedizinische Versorgung finden. Daher sind Wissenschaft und Forschung im Bereich der Schmerzmedizin auch aus öffentlichen Mitteln finanziell zu fördern. Dazu gehören insbesondere gezielte Ausschreibungen im Bereich der Versorgungsforschung. Diese beinhalten sowohl deskriptive Ansätze, um durch valide Bestandsaufnahmen Optimierungspotenziale in der Versorgung auszuloten, als auch die Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (wie zum Beispiel multimodale Konzepte) im Bereich der Schmerztherapie.

Die Realisierung der aufgeführten Maßnahmen auf den unterschiedlichen Handlungsebenen ist Voraussetzung für den erforderlichen niedrighwelligen Zugang für jeden Schmerzpatienten zu moderner, adäquater Schmerzdiagnostik und -therapie, welche bei Bedarf interdisziplinär und multiprofessionell erfolgt. Von zentraler Bedeutung ist eine strukturierte Patientenführung mit einer engen Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen, um so eine nachhaltige und auf den Patienten abgestimmte Schmerztherapie zu gewährleisten.



---

## **TOP IV Schmerzmedizinische Versorgung stärken**

Titel: Schaffung interdisziplinärer ambulant-stationärer Versorgungsstrukturen für Schmerztherapie

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Heidemarie Lux, Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache IV - 02) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, die Versorgungslücken in der sektorenübergreifenden schmerztherapeutischen Versorgung zu schließen und eine Integration der bestehenden Einzelmaßnahmen in multimodale Therapiekonzepte zu fördern.

Trotz deutlicher Ausweitung der Behandlungskapazitäten für Patienten mit chronischen Schmerzen existieren weiterhin Lücken in der Versorgung, sowohl im ambulanten als auch im stationären oder rehabilitativen Sektor. Darüber hinaus fehlt die Verknüpfung der einzelnen Behandlungskonzepte, sodass häufig begonnene Therapien nicht oder nicht sinnvoll fortgeführt werden. Der daraus entstehende volkswirtschaftliche Schaden ist erheblich, da fünf bis acht Prozent aller Versicherten betroffen sind.

Ziel muss die Schaffung wirtschaftlich tragfähiger interdisziplinärer Versorgungsnetze mit engem und regelmäßigem fallbezogenem Austausch sein.

### Begründung:

Die Schmerztherapie hat in den letzten Jahren deutliche Fortschritte erreichen können; dennoch finden derzeit beispielsweise neunmal mehr stationäre Aufnahmen für interventionelle Behandlungen bei Rückenschmerzen statt als zur multimodalen Schmerztherapie. Nach der stationären Intervention fehlt häufig die konsolidierende Fortführung der Therapie. Damit fallen Schmerzpatienten nach teil- oder vollstationärer intensiver Behandlung in ein Versorgungsloch: Wartezeit für ambulante Psychotherapie bis sechs Monate, budgetierte Heilmittel, ausgelastete oder nicht vorhandene ambulante Schmerztherapeuten. Zudem fehlt durch die ungenügende Ausstattung ambulanter Strukturen ein wesentlicher Anteil einer abgestuften Versorgung, nämlich die frühzeitig im



---

Krankheitsverlauf einsetzende multidisziplinäre Betreuung noch wenig chronifizierter Patienten (vgl. Nationale Versorgungsleitlinie "Kreuzschmerz") und die niedrigintensive multidisziplinäre Behandlung milderer Verläufe chronischer Schmerzen.



---

## **TOP IV Schmerzmedizinische Versorgung stärken**

**Titel:** Schmerztherapie - adäquate Vergütung ärztlicher Leistungen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Thierse (Drucksache IV - 03) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Chronische Schmerzen sind ein multidimensionales Phänomen mit einer langen Anamnese, einer oft sehr ausgedehnten Vordiagnostik und in der Folge mit häufig (nachvollziehbar) fixierten Meinungen der Patienten.

Hier ist - abgesehen von psychotherapeutischen Maßnahmen - in der Regel auch eine "Erdung" der Patienten und Aufarbeitung der Vorgeschichte durch einen schmerztherapeutisch erfahrenden "Organmediziner" erforderlich. Für diesen ist allein schon die Aufarbeitung von Anamnese und Vordiagnostik zusammen mit dem Patienten sehr zeitaufwendig. Noch mühsamer ist dann aber in der Regel die weitere Führung der Patienten inklusive der Lösung der Fixierung auf bisher eingebrachte Diagnosen und des Erreichens einer konsequenten Therapieakzeptanz.

Dies kann nicht allein von Schmerztherapeuten im Rahmen der Schmerztherapievereinbarung geleistet werden.

Gerade "Organmediziner" nehmen in der Regel nicht an den Schmerztherapievereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) teil, hieran nimmt nur ca. ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung "Spezielle Schmerztherapie" teil. Für diese sehr zeitintensive Arbeit sieht aber weder der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) noch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) eine adäquate Vergütung vor.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert daher die zuständigen Gremien und Institutionen auf, die Vergütungsregelungen im ambulanten und stationären Bereich dahingehend zu modifizieren, dass eine adäquate ärztliche Versorgung unter diesen Aspekten ermöglicht und gefördert wird.



---

## **TOP IV Schmerzmedizinische Versorgung stärken**

**Titel:** Schmerztherapie - Verbesserung der Verordnungsfähigkeit von Physiotherapie

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Thierse (Drucksache IV - 04) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Eine der wesentlichen Ursachen für die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen ist der Mangel an (auch körperlicher) Stabilität bei den betroffenen Patienten. Entsprechend leidet ein großer Teil von ihnen an Schmerzen des Bewegungsapparates.

Die Durchführung von regelmäßiger, auf die Aktivierung der Patienten ausgerichteter Physiotherapie und gegebenenfalls Ergotherapie ist daher zentraler Bestandteil multimodaler Behandlungskonzepte bei chronischen Schmerzen. Regelmäßige körperliche Aktivität hat nachgewiesene positive Effekte auf die Krankheitsverläufe bei nahezu allen Schmerzerkrankungen sowie auch auf häufig bestehende Komorbiditäten wie zum Beispiel depressive Erkrankungen.

Die Verordnung besonders von Physiotherapie und auch von weitergehenden, die Patienten aktivierenden Maßnahmen stößt besonders im hausärztlichen, aber auch im fachärztlichen Bereich immer wieder auf das Problem einer die Verordnung stark einschränkenden Budgetierung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit teilweise existenzbedrohenden Regressforderungen. Gleichzeitig aber wird von Vertretern der GKV immer wieder öffentlich beklagt, dass bei Patienten mit chronischen Schmerzen zu häufig und zu früh interventionelle und operative Therapieverfahren zur Anwendung kommen.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen werden daher aufgefordert, den ausreichenden Zugang von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen zu aktivierender Physiotherapie, medizinischer Trainingstherapie und anderen aktivierenden Therapieangeboten durch Aufhebung der Budgetierung bzw. Verbesserung der Verordnungsfähigkeit in diesem Bereich zu gewährleisten.



---

## **TOP IV Schmerzmedizinische Versorgung stärken**

**Titel:** Schmerztherapie mit Medikamenten auf Cannabisbasis

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Sylvia-Gabriele Mieke (Drucksache IV - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, dass die Bundesregierung Maßnahmen ergreift, damit die Kosten einer Behandlung mit Medikamenten auf Cannabisbasis bezahlt werden.

Strafverfahren gegen Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer durch einen Arzt/eine Ärztin bescheinigten notwendigen medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten sollten grundsätzlich eingestellt werden.

#### Begründung:

Patientinnen und Patienten, die von einer Behandlung mit Medikamenten auf Cannabisbasis profitieren, sollten unabhängig von ihren wirtschaftlichen Verhältnissen einen Zugang zu Cannabisprodukten erhalten. Die inhumane strafrechtliche Verfolgung von kranken Bundesbürgern, die mit Unterstützung ihrer Ärztin/ihres Arztes eine Selbsttherapie mit Cannabis durchführen, muss beendet werden. So würden sowohl die Therapiefreiheit als auch die Menschenrechtssituation kranker Menschen in Deutschland spürbar verbessert. In Deutschland können drei Medikamente auf Cannabisbasis auf einem Betäubungsmittelrezept verschrieben werden. Zudem besteht die Möglichkeit einer Ausnahmeerlaubnis durch die Bundesopiumstelle zur Verwendung von Medizinal-Cannabisblüten aus der Apotheke. In beiden Fällen müssen die Betroffenen die häufig nicht unerheblichen Behandlungskosten meistens selbst tragen.

Daher sind vermögende Patientinnen und Patienten in Deutschland hinsichtlich der Möglichkeiten der medizinischen Nutzung von Cannabisprodukten deutlich besser gestellt als weniger vermögende Patientinnen und Patienten. Es bestehen in diesem Bereich eine Zweiklassenmedizin und eine medizinische Unterversorgung. Hundertausende von Bürgerinnen und Bürgern sind heute mangels erschwinglicher Alternativen gezwungen, sich illegal mit Cannabisprodukten selbst zu therapieren.

In anderen Ländern wurden unterschiedliche Lösungen für dieses Problem gefunden. So erstatten viele Krankenkassen in den Niederlanden eine Behandlung mit Cannabisblüten. In Israel und Kanada sind die Preise für Cannabisprodukte wesentlich niedriger als in





---

Deutschland. In Spanien ist der Anbau von Cannabis für den Eigenbedarf erlaubt.

Wenn man eine ärztlich befürwortete Selbsttherapie nicht legalisieren möchte, so sollte wenigstens der § 31 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), nach dem bereits heute die Strafe gemildert oder von einer Strafe abgesehen werden kann, wenn nur eine "geringe Schuld" vorliegt, sinnvoll erweitert werden. Bisher wird von einer geringen Schuld nur ausgegangen, wenn es um den Besitz einer kleinen Cannabismenge geht. Patientinnen und Patienten, die sich mangels Alternativen selbst therapieren, besitzen jedoch notwendigerweise häufig erhebliche Cannabismengen und sind zudem Wiederholungstäter. Es sollte Ärztinnen und Ärzten erlaubt sein, Empfehlungen für eine Selbsttherapie mit Cannabisprodukten auszusprechen, und Strafverfahren gegen Patientinnen und Patienten mit einer solchen ärztlichen Empfehlung sollten ebenfalls grundsätzlich eingestellt werden.

Internationale Vergleiche mit Ländern wie Kanada und Israel zeigen, dass die Versorgung der deutschen Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis unzureichend ist. Das mit der unhaltbaren gegenwärtigen Situation verbundene körperliche und seelische Leid durch unzureichend behandelte schwere Krankheitssymptome bzw. eine andauernde Angst vor Strafverfolgung darf nicht ohne Not fortgesetzt werden. Hier ist der Gesetzgeber in der Pflicht.



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

*Novelle MWBO  
Allgemein  
Paragrafen-Teil  
Umsetzung in den LÄKs  
"Laufendes Geschäft"  
Evaluation*



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

*Novelle MWBO*



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

*Allgemein*

- V - 10 (Muster-)Weiterbildungsordnung - Kompetenzebene 1 - inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung
- V - 16 Sozialrecht soll dem Berufsrecht folgen
- V - 14 Kursangebote für fachübergreifende Kompetenzen
- V - 15 Methoden der evidenzbasierten Medizin in die Weiterbildungsordnung (für alle Fächer) aufnehmen



---

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

Titel: (Muster-)Weiterbildungsordnung - Kompetenzebene 1 - inhaltliche Konzeption von Aus- und Weiterbildung

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Julian Veelken und Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache V - 10) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die mit der Novellierung der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) betrauten Gremien und Institutionen werden gebeten, bei der Definition der Facharzt Kompetenzen darauf zu achten, dass diese direkt an die Inhalte der ärztlichen Ausbildung anschließen.

Dieser Forderung wird die aktuell zugängliche Fassung der MWBO-Novelle gerecht, indem hier konstatiert wird, "Kompetenzebene 1 ist mit dem erfolgreich absolvierten Medizinstudium erworben." Um dies sicherzustellen, sollte an die Systematik des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM), welcher gerade für die Kompetenzbasierung des Medizinstudiums erarbeitet wird, angeknüpft werden.

Begründung:

Sowohl die Erstellung des NKLM als auch die Novelle der MWBO stellen einen außerordentlichen Aufwand für alle involvierten Organisationen und Gremien dar, sodass sinnvollerweise zu einem möglichst frühen Zeitpunkt die inhaltliche Abstimmung erfolgen soll, um Mehrarbeit wenn möglich zu vermeiden. Die Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) wurden 2008 mit der Erarbeitung eines NKLM von der Kultusministeriumskonferenz (KMK) beauftragt, um so einen kompetenzorientierten Katalog zu erstellen, der sich am Berufsziel des Arztes orientiert. Da nun die Facharztweiterbildung reformiert und dann ebenfalls kompetenzbasiert formuliert werden soll, muss auf den lückenlosen Anschluss an die Ausbildungsziele geachtet werden.



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

Titel: Sozialrecht soll dem Berufsrecht folgen

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Reinhardt und Dr. Horst Feyerabend (Drucksache V - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, das Sozialrecht soll dem Berufsrecht folgen. Die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" soll bei der Neugestaltung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) dafür sorgen, dass die Inhalte mit den Grundlagen für die zulassungsrechtlichen Voraussetzungen für die ambulante Tätigkeit kompatibel sind. Dabei ist das Berufsrecht vorrangig.

---



## **TOP V Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel: Kursangebote für fachübergreifende Kompetenzen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker und Dr. Julian Veelken (Drucksache V - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, dass im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) fachspezifisch auch Kurse für fachübergreifende Kompetenzen, zum Beispiel Kommunikation, Ethik, Qualitäts- und Prozessmanagement, Gesundheitsökonomie und Führung, verbindlich eingeführt werden.

#### Begründung:

Die ärztliche Weiterbildung fokussiert bisher auf die Fachkompetenz. Die fachärztliche Weiterbildung benötigt jedoch nicht nur Fach- und Methodenkompetenz, sondern auch "Sozial-kommunikative Kompetenz", "Aktivitäts- und Handlungskompetenz" sowie die "Personale Kompetenz", die auch die ärztlich-ethische Grundhaltung einbezieht.



## **TOP V Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:** Methoden der evidenzbasierten Medizin in die Weiterbildungsordnung (für alle Fächer) aufnehmen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Kajdi (Drucksache V - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, die Methoden der evidenzbasierten Medizin (EbM) in die Weiterbildungsordnung (für alle Fächer) aufzunehmen.

#### Begründung:

- Dies garantiert eine neue selbstbestimmte Weiterbildungskultur, wie sie in vielen Ländern (skandinavische und angelsächsische) schon implementiert ist.
  - Diese Weiterbildungsform ist pharma- und eminenzunabhängig.
  - Individualisiert auf Patientenniveau und trotzdem leitliniengerecht.
  - Kostensparend und auf dem neuesten Stand.
  - Mit optimaler Struktur- und Ergebnisqualität.
  - Ideal für den Arzt als Freiberufler, der nur dem Patienten und der Qualität verpflichtet ist.
  - Nutzt eigene Ressourcen: Die Aufnahme in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) generiert keine neuen Kosten, sondern macht die Weiterbildung effizienter, weil "Lernen gelernt wird".
  - Die Nutzung frei zugänglicher evidenzbasierter Ressourcen und Eigeninitiative werden gefördert.
-





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

*Paragraphen-Teil*

- V - 11 Anerkennung definierter Zeitkontingente für patientennahe klinische Forschung in der Facharztweiterbildung
- V - 12 Anerkennung dreimonatiger Weiterbildungsabschnitte
- V - 08 (Muster-)Weiterbildungsordnung - Dokumentation und Bescheinigung erworbener Kompetenzen
- V - 09 (Muster-)Weiterbildungsordnung - longitudinale Prüfungsformate in der Weiterbildung



## **TOP V Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:** Anerkennung definierter Zeitkontingente für patientennahe klinische Forschung in der Facharztweiterbildung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Werner Wyrwich, MBA, PD Dr. Andreas Scholz und Dr. Karl Amann (Drucksache V - 11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, bei der anstehenden Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) Regelungen zu schaffen, die eine Anerkennung von Zeiten in **patientennaher** klinischer Forschung auf die Facharztweiterbildungszeit ermöglichen.

#### Begründung:

In den Weiterbildungsordnungen der Kammern sind neben den zu vermittelnden Inhalten auch zu absolvierende Zeiten für die Facharztweiterbildung festgelegt.

Aus der Diskussion der letzten Jahre ist erkenntlich, dass die Weiterbildungsgremien der Ärztekammern inzwischen viel mehr Wert darauf legen, dass die Inhalte der Weiterbildung stringent vermittelt und von den Weitergebildeten beherrscht werden, als auf das reine Ableisten von Zeiten zu fokussieren.



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

Titel: Anerkennung dreimonatiger Weiterbildungsabschnitte

**Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache V - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, dass im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) im definierten Rahmen auch Zeitabschnitte von drei Monaten anerkennungsfähig sind.

Begründung:

Im Rahmen von Rotationsnotwendigkeiten ist es oft einfacher, Weiterbildungsassistenten großer Häuser mit voller Weiterbildungsbefugnis zum Tausch zu gewinnen, um den Assistenten/innen kleinerer Häuser ohne volle Befugnis die Rotation zu ermöglichen. Zudem wird auch mehr Flexibilität im Sinne einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht.



---

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

Titel: (Muster-)Weiterbildungsordnung - Dokumentation und Bescheinigung erworbener Kompetenzen

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Julian Veelken und Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache V - 08) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Gisbert Voigt und Prof. Dr. Bernd Haubitz (Drucksache V - 08a) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Die mit der Novellierung der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) betrauten Gremien und Institutionen werden gebeten, die Novellierung der MWBO so zu gestalten, dass nicht erst am Ende der Facharztweiterbildung eine Bescheinigung über alle Kompetenzen ausgestellt wird. Vielmehr sollte in dem Moment, in dem ein Weiterzubildender über die jeweilige Kompetenz verfügt, diese auch dokumentiert werden. Zeitgemäß wäre die Dokumentation in einem Portfolio, welches über die gesamte Dauer der Weiterbildung von den Weiterzubildenden geführt wird. Ein solches Portfolio reflektiert den Fortgang ihrer fachärztlichen Entwicklung und ist Grundlage der Jahresgespräche. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 empfiehlt, § 8 "Dokumentation der Weiterbildung" dahingehend zu ändern.



---

## **TOP V Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:** (Muster-)Weiterbildungsordnung - longitudinale Prüfungsformate in der Weiterbildung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Julian Veelken und Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache V - 09) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die mit der Novellierung der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) betrauten Gremien und Institutionen werden aufgefordert, sich mit formativen Prüfungskonzepten für die Facharztweiterbildung auseinanderzusetzen und solche Formen des strukturierten Feedbacks in die Novelle der MWBO aufzunehmen.

Unter formativen Prüfungen werden hier solche verstanden, die den Weiterzubildenden eine Rückmeldung über den Stand ihrer persönlichen fachlichen Entwicklung geben, ohne dass damit Konsequenzen für deren Erfolg verbunden sind.

Eine Möglichkeit wäre eine dezentrale Online-Prüfung zu einem frei wählbaren Zeitpunkt. Eine solche, longitudinale Prüfung kann über die gesamte Dauer der Weiterbildungszeit ein Feedback zur fachlichen Entwicklung geben und hilft gezielt, theoretische Defizite zu erkennen.

#### Begründung:

Dezentrale Prüfungen sind eine moderne Form der Wissenskontrolle, die sich zur Selbstkontrolle von lexikalischem Wissen eignet und auch in der ärztlichen Fortbildung erfolgreich verwendet wird.

Durch die in anderen Weiterbildungssystemen gut etablierte Selbstkontrolle wird die Kompetenzvermittlung in der Weiterbildungsstätte wirkungsvoll unterstützt und ergänzt.



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

*Umsetzung in den LÄKs*

V - 07 (Muster-)Weiterbildungsordnung - Unterstützung der Weiterbildungsbefugten



---

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

Titel: (Muster-)Weiterbildungsordnung - Unterstützung der Weiterbildungsbeauftragten

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Julian Veelken und Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache V - 07) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Die Landesärztekammern werden gebeten, die Weiterbildungsbeauftragten in der Umsetzung einer derart ambitionierten Novelle der MWBO zu unterstützen. Dafür empfiehlt der 117. Deutsche Ärztetag 2014, dass

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

Begründung:

Es wird nicht gelingen, einen so umfangreichen Kulturwandel hin zur kompetenzbasierten Weiterbildung in der Praxis zu realisieren, ohne entsprechende Schulungsangebote und eine Erweiterung des Kreises der Verantwortlichen für die Umsetzung in die Praxis.



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

*"Laufendes Geschäft"*

- V - 02 Maßnahmen zur Sicherstellung der Durchführung der Weiterbildung an anerkannten Weiterbildungsstätten
- V - 03 Bedingungen für eine sachgerechte Umsetzung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO)
- V - 04 Aktueller Reformbedarf an der (Muster-)Weiterbildungsordnung
- V - 05 (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) - Wiederholbarkeit der Prüfungen
- V - 13 Finanzierung der Weiterbildung





---

## **TOP V Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:** Maßnahmen zur Sicherstellung der Durchführung der Weiterbildung an anerkannten Weiterbildungsstätten

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Michael Schulze (Drucksache V - 02) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert eine qualitativ hochwertige und strukturierte Weiterbildung. Um diese zu gewährleisten, müssen die Ärztekammern:

1. konsequent eine regelmäßige Aktualisierung der Curricula zur Weiterbildung von den Weiterbildungsbefugten einfordern, welche auch den Weiterzubildenden ausgehändigt werden müssen.
2. die Durchführung der Weiterbildung vor Ort regelmäßig durch geeignete Auditverfahren und mit Hilfe eines einheitlichen und kontinuierlichen Verfahrens (Weiterbildungsevaluation) unter Einbeziehung der Weiterzubildenden überprüfen.
3. regelmäßig überprüfen, ob die strukturellen Voraussetzungen für die Weiterbildungsbefugnis gegeben sind.
4. den Weiterbildungsbefugten Seminare zur Optimierung der Weiterbildung anbieten.
5. bei wiederholt nicht in ausreichendem Maße durchgeführter Weiterbildung die Weiterbildungsbefugnis entziehen.

#### Begründung:

Eine qualitativ hochwertige Weiterbildung ist zwingende Voraussetzung für eine langfristige qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Trotz aktuell bestehender Vorgaben ist die praktische Umsetzung der Weiterbildung mangelhaft (vgl. MB-Monitor 2014, DÄ). Mittelfristig ist zu erwarten, dass der heute vorherrschende hohe Standard - ambulant und stationär - nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Bedeutung der Weiterbildung muss mehr ins Bewusstsein gerückt werden. Hierzu sind Vorortüberprüfungen notwendig, wie sie bereits international üblich sind (vgl. EJD Policy on PGT Visitations).



---

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

Titel: Bedingungen für eine sachgerechte Umsetzung der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO)

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Wolf Römer, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf Andreas Fach und Dr. Horst Feyerabend (Drucksache V - 03) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Landesärztekammern auf, für die konsequente Umsetzung der Weiterbildung in den Krankenhäusern stärker als bisher Sorge zu tragen.

Begründung:

Bei Umfragen stellt sich heraus, dass die Weiterbildungsberechtigten aufgrund der Arbeitsbelastung in den Kliniken für die Weiterbildung nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen. Sie können somit ihrer Verpflichtung, die Weiterbildungsinhalte zu vermitteln, nicht mehr ausreichend nachkommen. Zahlreiche Weiterbildungsbefugte stellen dies zunehmend selbstkritisch fest.

Gleichzeitig gelingt es in der Mindestweiterbildungszeit den Ärztinnen und Ärzten nicht mehr, die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte zu erlernen. Dies hängt unter anderem auch mit den Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes zusammen. Die in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte sind somit gefordert, sich auch in ihrer Freizeit Weiterbildungsinhalte anzueignen.

Die vermehrte Belastung des ärztlichen Personals bei der Krankenversorgung spiegelt sich nicht in den ärztlichen Stellenplänen wider; dies geht auch zu Lasten einer geordneten Weiterbildung.



---

## **TOP V Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

**Titel:** Aktueller Reformbedarf an der (Muster-)Weiterbildungsordnung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Andreas Hellmann, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Joachim Calles, Dr. Christoph Emminger, Dr. Gert Rogenhofer, Dr. Markus Beck, Dr. Hans Worlicek und Dr. Petra Bubel (Drucksache V - 04) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer auf, den Änderungsbedarf an der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) unabhängig von der geplanten Weiterbildungsreform zu ermitteln und zeitnah umzusetzen.

#### Begründung:

Die Reform der MWBO wird voraussichtlich im Jahr 2017 beschlossen, die Umsetzung in den regionalen Weiterbildungsordnungen voraussichtlich erst im Jahr 2018 oder 2019 erfolgt sein.

Die ersten Fachärzte, die ihre Weiterbildung nach den reformierten Weiterbildungsordnungen absolvieren, werden diese unter Zugrundelegung einer fünfjährigen Weiterbildungsdauer erst 2024 abgeschlossen haben.

Die derzeit geltenden Weiterbildungsordnungen weisen jedoch auf Basis der aktuellen MWBO unter verschiedenen Aspekten Defizite auf, die keinen Aufschub bis zum Jahr 2024 dulden sollten (hier erfolgt die Aufzählung der dringend zu ändernden Weiterbildungsinhalte ...). Diese Regelungen sind daher im Rahmen einer vorläufigen Änderung an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.



## **TOP V Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel: (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) - Wiederholbarkeit der Prüfungen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Julian Veelken und Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache V - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt die Begrenzung der Wiederholungsmöglichkeiten für die Facharztprüfung ab.

Nach sechseinhalb Jahren Studium und bis zu sechs Jahren Weiterbildung erscheint zum Abschluss eine selektierende Prüfung nicht adäquat.

#### Begründung:

Abgesehen davon, dass eine Begrenzung der Wiederholbarkeit der Facharztprüfung dem angestrebten Charakter eines kollegialen Fachgespräches widerspricht, erscheint bei ernsthaften Bedenken hinsichtlich der beruflichen Eignung die Kontrolle mittels Facharztprüfung ungeeignet, da ja die ärztliche Berufserlaubnis bestehen bleibt.

Auch muss eine Begrenzung der Wiederholbarkeit auch deshalb abgelehnt werden, weil bislang keine einheitliche Strukturierung dieser Prüfung im engeren prüfungstheoretischen Sinne gegeben ist.

---



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

Titel: Finanzierung der Weiterbildung

**EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Eva Müller-Dannecker und Dr. Julian Veelken (Drucksache V - 13) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert eine angemessene Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im klinischen und niedergelassenen Sektor. Zur Sicherung einer guten Weiterbildung müssen Abteilungen eine ausreichende Besetzung mit Fachärzten haben, die Zeit für eine Anleitung haben.

Begründung:

Ärztliche Weiterbildung ist nicht zum Nulltarif zu haben.

---



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

*Evaluation*

V - 01 Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung nochmals überdenken



---

## **TOP V Sachstand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung**

Titel: Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung nochmals überdenken

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Gisbert Voigt, Dr. Christiane Friedländer, Dr. Thomas Lipp, Dr. Bernd Lücke und Elke Köhler (Drucksache V - 01) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, bei der Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung den Beschluss IV - 10 des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg zu berücksichtigen. Dieser wird dahingehend konkretisiert, dass eine Bewertung der Weiterbildungsstellen spätestens am Ende der Weiterbildung nach bestandener Facharztprüfung erfolgen sollte. Die Ergebnisse sind einmal jährlich zu erheben und unter Nennung der Weiterbildungsstätte/-abteilung zu veröffentlichen.

#### Begründung:

Die Auswertung der Evaluationen in den Jahren 2009 und 2011 hat gezeigt, dass das gewählte Verfahren nicht hinreichend geeignet war, die Qualität der Facharztweiterbildung in Deutschland repräsentativ abzubilden. Tatsächlich anonyme Befragungen unter den Weiterzubildenden haben teilweise eklatante Differenzen zu den Evaluationsergebnissen offenbart.

Die Delegierten begrüßen daher, dass die Evaluation im Rahmen des aktuellen Pilotprojekts in den Kammern Baden-Württemberg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein sowie Westfalen-Lippe konzeptionell wesentlich überarbeitet fortgeführt wird. Sie bemängeln jedoch, dass der oben genannte Beschluss nicht in die Konzeption einbezogen worden ist. Vor allem der Sorge der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung vor möglichen Nachteilen für ihre Weiterbildung wurde damit nicht hinreichend Rechnung getragen, obwohl dies als ein Grund für die mäßige Resonanz auf die Evaluationen der Jahre 2009 und 2011 anzusehen ist.

Mit der jetzigen Vorgehensweise wird die Aussagekraft der gesamten Evaluation erneut von vorneherein infrage gestellt: Stimmen Weiterzubildende aus Angst vor Rückschlüssen auf ihre Person der Veröffentlichung der Ergebnisse für den Fall nicht zu, dass weniger als vier Bewertungen für eine Weiterbildungsstätte vorliegen, werden ihre Antworten in der Auswertung für die Befugten- und Kammerberichte nicht berücksichtigt. Zudem wird den beteiligten Kammern auch diesmal die wichtige Rückmeldung auf ihre eigene Arbeit fehlen.



**TOP VI      Ergänzung des § 5 der Satzung der  
Bundesärztekammer**

VI - 01      Ergänzung der Satzung der Bundesärztekammer





---

## **TOP VI Ergänzung des § 5 der Satzung der Bundesärztekammer**

Titel: Ergänzung der Satzung der Bundesärztekammer

### **Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VI - 01) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

In § 5 der Satzung der Bundesärztekammer wird nach Absatz 7 folgender Absatz 8 ergänzt:

Der Präsident, die Vizepräsidenten und die weiteren Ärzte gemäß Absatz 1 c) erhalten eine angemessene Vergütung. Über die Höhe der Vergütung entscheidet der Vorstand im Einvernehmen mit der Finanzkommission.

#### Begründung:

Die oben genannten Mitglieder des Vorstands der Bundesärztekammer (BÄK) erhalten bislang auf der Grundlage entsprechender Regelungen und Beschlüsse einen Aufwendungsersatz und eine bestimmte pauschale Vergütung. Eine satzungsrechtliche Grundlage war bisher nicht notwendig und existiert daher nicht.

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das Gesetz zur Stärkung des Ehrenamtes (Ehrenamtsstärkungsgesetz) vom 21.03.2013 beschlossen. Durch Artikel 6 Nr. 1 dieses Gesetzes wird § 27 Abs. 3 BGB geändert. Damit wurden die Anforderungen an eine Vergütungsregelung für Vorstandsmitglieder eines Vereins klargestellt. Nach § 40 Satz 1 BGB können Vereine von dem Grundsatz der Unentgeltlichkeit durch Satzung abweichen und eine Vergütung für Mitglieder des Vorstands normieren. Die Satzung der Bundesärztekammer enthält bisher keine Regelung zur Vergütung von Vorstandsmitgliedern. In Anbetracht des Ehrenamtsstärkungsgesetzes hat daher der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen, die Satzung an die bisherige Praxis anzupassen.

Nach der vorgeschlagenen Regelung wird die Finanzkommission vor einer Vorstandsbefassung gehört und kann einen Vorschlag mehrheitlich befürworten oder ablehnen (vgl. § 9 Abs. 6 der Satzung).

Durch die Aufnahme der oben genannten Regelung in die Satzung ändert sich die bisherige Praxis nicht, wonach der Präsident, die Vizepräsidenten und die weiteren Ärzte gemäß § 5 Abs. 1 c) Aufwendungsersatz insbesondere Fahrt- und Übernachtungskosten

---



sowie jeweils eine bestimmte pauschale Vergütung erhalten. Vielmehr wird im Ergebnis auch die bisherige Höhe der Vergütung fortgeschrieben und wegen des Ehrenamtsstärkungsgesetzes auf eine satzungsrechtliche Grundlage gestellt. Denn alle Vereine, die ihren Vorständen eine Vergütung der Arbeitszeit, insbesondere durch Pauschalzahlungen, zukommen lassen, müssen spätestens zum 01.01.2015, dem Zeitpunkt des Inkrafttretens von Art. 6 Nr. 1 Ehrenamtsstärkungsgesetz, entsprechende Satzungsgrundlagen schaffen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat daher in seiner Sitzung am 12./13.12.2013 beschlossen, die oben genannte Satzungsänderung zu empfehlen.



**TOP VII      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Bericht "Krisenbedingte Auswirkungen auf das europäische Gesundheitswesen"*  
*Sachstandsbericht gematik - Telematik*  
*Telemedizin*  
*Zwischenbericht der Arbeitsgruppe "Priorisierung im Gesundheitswesen"*  
*Arbeitsbedingungen*  
*Arzneimittel / Medizinprodukte / BtM*  
*Ausbildung*  
*Berufsrecht*  
*Deutsche Ärztetage*  
*Delegation / Substitution*  
*Fortbildung*  
*Förderung ärztlicher Nachwuchs*  
*Gesundheitsberufe*  
*Internationales*  
*Menschenrechte*  
*Qualitätssicherung / Patientensicherheit*  
*Reproduktionsmedizin / PND / PID*  
*SGB V / GKV*  
*Sucht und Drogen*  
*Vergütung*  
*Versorgungsforschung*  
*Weitere Themen*



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Bericht "Krisenbedingte Auswirkungen auf das europäische Gesundheitswesen"*

- VII - 01    Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf die Gesundheitssysteme Europas  
              - Kranke nicht für die Krise bezahlen lassen
- VII - 70    Krise und Gesundheitswesen



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Auswirkungen der Wirtschafts- und Finanzkrise auf die Gesundheitssysteme Europas - Kranke nicht für die Krise bezahlen lassen

### **Entschließung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Günther Jonitz und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache VII - 01a) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die politischen Entscheidungsträger in Europa sowie den Internationalen Währungsfonds (WF) auf, aufgrund der Wirtschafts- und Finanzkrise als notwendig erachtete Einschnitte im Gesundheitswesen derart zu gestalten, dass eine ausreichende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet bleibt. Kurzfristige Einsparungen dürfen nicht zur mittel- und langfristigen Verschlechterung der allgemeinen Gesundheitslage in den betroffenen Staaten führen. Trotz der Vehemenz der Krise haben die Bürgerinnen und Bürger der betroffenen Staaten ein Anrecht auf eine ausreichende medizinische Versorgung. Bei Kürzungen im Gesundheits- und Sozialbereich ist von Beginn an eine Politikfolgenabschätzung durchzuführen und transparent zu machen.

#### Begründung:

Ausgelöst durch die Wirtschafts- und Finanzkrise bzw. die Euro- oder Staatsschuldenkrise befinden sich die Gesundheitssysteme der sogenannten "Krisenstaaten" unter erheblichem Anpassungsdruck. Zur Überwindung der Schuldenkrise hat die Troika, bestehend aus Internationalem Währungsfonds, Europäischer Kommission und Europäischer Zentralbank, in den Krisenstaaten unter dem Leitmotiv der Austerität neben der Privatisierung auch Reformen sowie erhebliche Einschnitte im Gesundheitsbereich angemahnt.

Neben wichtigen Impulsen für die Modernisierung der Gesundheitssysteme sehen die Vereinbarungen, die zwischen der Troika und den betroffenen Staaten erzielt wurden, auch umfangreiche Einschnitte vor. Diese betreffen neben strukturellen Reformen bei den Krankenversicherungen insbesondere den Arzneimittelmarkt und die Arbeitszeiten im Gesundheitswesen bzw. die Vergütung ärztlicher Leistungen.

Für die Patienten bedeuten die Reformen bei den Arzneimitteln und den Arbeitszeiten im



Gesundheitswesen eine Einschränkung: Einschnitte in den Arzneimittelmarkt schränken die Therapiefreiheit des behandelnden Arztes ein, die Verdichtung der Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten kann negative Folgen für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zeitigen.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Krise und Gesundheitswesen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VII - 70) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die politischen Entscheidungsträger in Europa sowie den Internationalen Währungsfonds (WF) auf, bei Hilfen zur Überwindung der Wirtschafts- und Finanzkrise auf Einschnitte in das Gesundheitswesen, die die medizinische Versorgung der Bevölkerung gefährden, zu verzichten. Gerade in Krisenzeiten mit hoher Arbeitslosigkeit, geringeren Einkommen, mangelnder Versicherung und massenhafter Obdachlosigkeit steigen die Anforderungen an ein suffizientes Gesundheitswesen. Es ist bekannt, dass Wirtschaftskrisen mit ihren sozialen Auswirkungen mit einer massiven Verschlechterung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung verbunden sind. Deshalb müssten die Ausgaben für das Gesundheitswesen in diesen Zeiten gesteigert statt gekürzt werden. Kurzfristige Einsparungen dürfen nicht zur mittel- und langfristigen Verschlechterung der allgemeinen Gesundheitslage in den betroffenen Staaten führen. Trotz der sozialen Auswirkungen der Krise haben die Bürgerinnen und Bürger der betroffenen Staaten ein Anrecht auf eine ausreichende medizinische Versorgung.

#### Begründung:

Ausgelöst durch die Wirtschafts- und Finanzkrise bzw. die Euro- oder Staatsschuldenkrise befinden sich die Gesundheitssysteme der sogenannten "Krisenstaaten" unter erheblichem finanziellem Druck. Zur Überwindung der Schuldenkrise hat die Troika, bestehend aus Internationalem Währungsfond, Europäischer Kommission und Europäischer Zentralbank, in den Krisenstaaten unter dem Leitmotiv der Austerität neben der Privatisierung im stationären wie ambulanten Sektor auch Reformen sowie massive Einschnitte im Gesundheitsbereich angemahnt.

Neben wichtigen Impulsen für die Modernisierung der Gesundheitssysteme sehen die Vereinbarungen, die zwischen der Troika und den betroffenen Staaten erzielt wurden, auch umfangreiche Einschnitte vor. In Griechenland sollen zum Beispiel die Ausgaben für den Gesundheitsbereich von ca. zehn Prozent auf sechs Prozent des Bruttosozialprodukts (BSP) reduziert werden. Massive Privatisierungsmaßnahmen sind geplant. Da in Griechenland nach einem Jahr Arbeitslosigkeit die



Krankenversicherungspflicht erlischt, haben 30 Prozent der Bevölkerung schon heute keinen Versicherungsschutz mehr. Die Einsparungen betreffen neben strukturellen Reformen bei den Krankenversicherungen insbesondere den Arzneimittelmarkt, den Zugang zu Gesundheitsleistungen sowie die Arbeitszeiten im Gesundheitswesen bzw. die Vergütung medizinischer Leistungen. In den "sozialen Kliniken" versorgen heute in Griechenland viele Ärztinnen und Ärzte die Patienten kostenlos. Die geplanten Privatisierungen im Gesundheitsbereich der Krisenländer können der Startschuss für weitere Privatisierungen im Bereich der Wohlfahrtsfürsorge in allen Ländern Europas sein.

Für die Patienten bedeuten die Reformen bei den Arzneimitteln und den Arbeitszeiten im Gesundheitswesen eine Einschränkung: Einschnitte in den Arzneimittelmarkt schränken den Zugang der Patienten zu notwendigen Arzneimitteln ein, die Verdichtung der Arbeitszeit von den Beschäftigten im Gesundheitswesen hat negative Folgen für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten.





**TOP VII      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Sachstandsbericht gematik - Telematik*

- VII - 06      Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen
- VII - 101     Für moderne Kommunikation in der Medizin, ohne zentrale Datenspeicherung
- VII - 73      Kein Online-Versichertenstammdatenmanagement in Arztpraxen, Klinikambulanzen und medizinischen Versorgungszentren
- VII - 74      Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung ist genuin ärztliche Aufgabe
- VII - 88      Ärztlichen Sachverstand bei der Gestaltung der medizinischen Telematikinfrastruktur in den Testregionen einbeziehen
- VII - 75      Transparenz über die bisherigen Ausgaben der Bundesärztekammer für die Mitarbeit in der gematik und das Telematik-Dezernat (Dezernat 8) herstellen
- VII - 48      Sorgfältige Prüfung der Zugehörigkeit von Gesundheitsdaten zu behandelten Person ist bei jeder ärztlichen Dokumentation erforderlich, unabhängig vom genutzten Medium
- VII - 68      Datensicherheit in Kliniken und Praxen
- VII - 103     Hackerangriffe auf das Gesundheitswesen



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen

### **Entschließung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 06) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der vorliegende "Sachstandsbericht über die Zusammenarbeit in der gematik GmbH" beschreibt die komplexe Gemengelage des Projektes "Einführung der eGK und der Telematikinfrastruktur (TI)" bei unterschiedlichen Interessenlagen der Beteiligten. Der Bericht zeigt aber auch, dass es durchaus möglich ist, anhand fachlicher Argumente ärztliche Positionen durchzusetzen:

- Alle medizinischen Anwendungen sind für Patienten freiwillig.
- Bei der Nutzung medizinischer Anwendungen können die Daten des Patienten immer dezentral gespeichert werden - dezentrale Speichermedien sind Bestandteil der TI.
- Kein Arzt kann gezwungen werden, sich mit seinem Praxiscomputer direkt an die Telematikinfrastruktur anzubinden.
- Eine Profilbildung von Ärzten und Patienten wird technisch unterbunden.
- Die Tests der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der TI Anfang 2015 sind wissenschaftlich valide angelegt. Im Fokus stehen Akzeptanz bei Ärzten und Patienten sowie die Praxistauglichkeit.
- Nach dem Projektleitermodell haben die Organisationen der Leistungsträger die Federführung für medizinische Anwendungen.

Die grundsätzlich unterschiedlichen Interessenlagen von Ärzten und Krankenkassen führen naturgemäß, ähnlich wie in anderen gesundheitspolitischen Feldern, oftmals zu kontroversen Auseinandersetzungen.

Während die Kostenträger primär das Ziel der TI in der Senkung von Kosten für ihr Verwaltungshandeln sehen, erhoffen sich Ärztinnen und Ärzte eine bessere Verfügbarkeit behandlungsrelevanter Informationen ihrer Patienten. Sie versprechen sich eine Plattform, auf der sie vertrauliche Patientendaten, zum Beispiel Arztbriefe, elektronisch sicher versenden können. Dies scheint angesichts der erschütternden Erkenntnisse des NSA-



Skandals notwendiger denn je.

Dabei muss die Kernfunktion dieser Infrastruktur die Unterstützung der medizinischen Versorgung sein; die TI muss Patienten und Ärzten dienen und ihren zusätzlichen Beitrag bei der Versorgung der Patienten unter Beweis stellen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 stellt fest, dass die geplante erste Anwendung, das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), keinerlei Verbesserung für die Versorgung der Patienten mit sich bringt. Daher ist es dringend geboten, wie von den Gesellschaftern fest vereinbart, schnellstmöglich medizinische Anwendungen (elektronischer Arztbrief, Notfalldaten auf der eGK etc.) in der Telematikinfrastruktur zu schaffen, um Ärztinnen und Ärzte in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen.

Die Etablierung und Nutzung einer Telematikinfrastruktur im deutschen Gesundheitswesen wird nur dann die getätigten Investitionen rechtfertigen, wenn die folgenden Aspekte berücksichtigt sind:

- Die Verbesserung der medizinischen Versorgung muss bei der Entwicklung der TI prägend sein. Hierfür werden seitens der Kostenträger die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt.
- Die Anwendungen müssen belegen, dass sie sich in die Abläufe in Praxis und Klinik einfügen lassen und nicht zu mehr Bürokratie führen.
- Die Anwendungen der eGK und der TI führen zu neuen ärztlichen Leistungen (zum Beispiel Anlegen eines Notfalldatensatzes). Diese Leistungen sind gesondert, extrabudgetär, zu vergüten.
- Die ärztliche Schweigepflicht muss auch bei der Nutzung der TI gewahrt bleiben. Die Infrastruktur darf die Vertraulichkeit des Patient-Arzt-Verhältnisses nicht gefährden.
- Bestehende Vernetzungsaktivitäten der ärztlichen Selbstverwaltung (zum Beispiel sicheres Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen) können auch zukünftig in der Hoheit der entsprechenden Organisationen verbleiben.

Eine Telematikinfrastruktur, die auf Zwang oder gesetzlichen Druck setzt, wird keinen Erfolg haben. Weder bei Ärztinnen und Ärzten, noch bei Patientinnen und Patienten.

Eine Telematikinfrastruktur muss vielmehr so angelegt sein, dass sie jeder Patient, jeder Arzt, oder jedes Ärztenetz nutzen kann - aber nicht nutzen muss!



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Für moderne Kommunikation in der Medizin, ohne zentrale Datenspeicherung

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Christian Köhne und Dr. Christiane Groß, M.A. (Drucksache VII - 101) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 bekräftigt die in seinen Beschlüssen der letzten Jahre formulierte sachliche Kritik an dem Großprojekt elektronische Gesundheitskarte (eGK).

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 bestätigt die Vorteile moderner Kommunikationstechnik in der Medizin.

Inzwischen ist klar geworden, dass große über das Internet gespeicherte Datenmengen auf Dauer nicht sicher zu schützen sein werden. Um trotzdem die Vorteile moderner Kommunikationstechniken nutzen zu können, ist die dezentrale Speicherung dieser Daten alternativlos: Medizindaten stehen unter dem besonderen Schutz der ärztlichen Schweigepflicht.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert im Einzelnen:

- Datensparsame dezentrale Punkt-zu-Punkt-Kommunikations- und Speicherlösungen für die Medizin. Dies gilt insbesondere auch für zukünftige elektronische Patientenakten, die nur die Unterstützung der Ärzteschaft finden werden, wenn sie auf dezentralen Speichermedien abgelegt sind.
- Keine Verwaltungsverlagerung der Krankenkassen in die Arztpraxen mittels des Online-Versichertenstammdatenmanagement (VSDM).
- Keine Verpflichtung der Ärzteschaft zur Ausweiskontrolle bei Patientinnen und Patienten; die Gewährleistung einer sicheren digitalen Identität ihrer Versicherten ist Aufgabe der Krankenkassen. Ärzte sind keine Beauftragten der Krankenkassen.
- Die Erstellung einer neuen Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) durch unabhängige Dritte, da die letzte KNA bereits 2006 erstellt wurde und nicht mehr aktuell ist.
- Keine Einführung einer zentralen Speicherung individueller Medikationsdaten. Keine Diagnosedaten im Arzneimitteltherapiesicherheitskonzept. Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) muss in der Hand der Ärzteschaft bleiben!



- 
- Die Realisierung der Tests dezentraler Speichermedien in der Hand des Patienten.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) auf, diese Positionen in allen politischen und administrativen Gremien zu vertreten.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert vom Gesetzgeber eine Gesetzesänderung im § 291 SGB V im Sinne eines Wegfalls der Verpflichtung zum VSDM in den Arztpraxen.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Kein Online-Versichertenstammdatenmanagement in Arztpraxen, Klinikambulanzen und medizinischen Versorgungszentren

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Susanne Blessing, Dr. Axel Brunngraber, PD Dr. Andreas Scholz, Wieland Dietrich, Fritz Stagge, Dr. Svea Keller, Dr. Thomas Kajdi, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Udo Schulte, Dr. Hans Ramm, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Lothar Rütz, Angelika Haus und Christa Bartels (Drucksache VII - 73) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt die Übetragung des Online-Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) als Verwaltungsaufgabe der gesetzlichen Kassen auf die Ärzteschaft ab. Er fordert den Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) auf, diese Position in allen Gremien sowie gegenüber den politischen Entscheidern zu vertreten. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert diesbezüglich die Änderung des Gesetzes im § 291 SGB V.

### Begründung:

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes von 2013 zur ärztlichen Freiberuflichkeit sind Ärzte keine Beauftragten der Krankenkassen, sondern grundsätzlich den Patienten verpflichtet. Es ist keine ärztliche Aufgabe zu überprüfen, ob die personale Identität eines Patienten mit den persönlichen Daten und Authentifikationszertifikaten auf dem Chip der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) übereinstimmt.

Die Krankenkassen haben, entgegen der Sicherheitsanforderungen der Europäischen Union und den gematik-eigenen Sicherheitskriterien, 60 Millionen elektronische Karten ausgegeben, bei denen nicht sicher ist, ob Person, Foto und Daten übereinstimmen. Damit sind diese Karten als Authentifizierungsinstrument für die Weiterleitung sensibler Sozial- und Medizindaten und als Missbrauchsschutz ungeeignet. Eine zusätzliche Ausweiskontrolle in den Praxen kann keine Lösung sein.

Die Verlagerung von Verwaltungsaufgaben der Krankenkassen auf die Ärzte würde einen weiteren Bürokratieschub für Arzt- und Notdienstpraxen, medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäuser bedeuten.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung ist genuin ärztliche Aufgabe

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Axel Brunngraber, Wieland Dietrich, Dr. Klaus Reinhardt, Fritz Stagge, Dr. Svea Keller, Dr. Susanne Blessing, Dr. Thomas Kajdi, Dr. Udo Schulte, Dr. Hans Ramm, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Lothar Rütz, Angelika Haus und Christa Bartels (Drucksache VII - 74) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS-Prüfung) ist eine genuin ärztliche Aufgabe. Die von der gematik geplanten Zusatztests für die Einführung einer zentrale n Online-Medikationsdatei und die Speicherung von Patientendiagnosen ("Patientenmerkmale") werden abgelehnt.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) auf, weiterhin konsequent diese Position in allen Gremien und gege nüber der Politik zu vertreten.

#### Begründung:

Das E-Rezept ist in allen Tests gescheitert und wurde von den Ärztetagen abgelehnt. Trotzdem bestehen die Krankenkassen weiterhin auf einer zentralen Online-Medikationsdatei, die dann in der zentralen Telematikinfrastruktur (TI) verwaltet und gespeichert werden würde.

Die Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist die Prüfung der Arzneimittelneben- oder Wechselwirkungen. Ausschließlich Haus-, Fach- und Klinikärzte können entscheiden, ob ein Medikament mit einer Neben- oder Wechselwirkung - bereits heute in den Computersystemen der Arztpraxen angezeigt - nach Abwägung der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit trotzdem eingenommen oder ausgetauscht werden muss.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Ärztlichen Sachverständigen bei der Gestaltung der medizinischen Telematikinfrastruktur in den Testregionen einbeziehen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Ute Taube (Drucksache VII - 88) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die gematik auf, das bislang vertraglich geregelte "Benehmen" der ärztlichen Körperschaften mit der Industrie bei der Umsetzung aller Testmaßnahmen in den Testregionen durch den Terminus "Einvernehmen" zu ersetzen.

Ärzte sind in einer medizinischen Telematikinfrastruktur (TI) keine Kunden, sondern Gestalter.

#### Begründung:

Die Entscheidung der gematik, der Industrie die Umsetzung der Projekte in den Testregionen in Alleinverantwortung zu übertragen, führt dazu, dass der ärztliche Erfahrungsschatz aus der Historie des Gesamtprojektes verloren geht. Wahrscheinlich werden sich auch die Fehler aus vorangegangenen Testszenarien wiederholen.

Die Vergeudung von finanziellen, organisatorischen und personellen Ressourcen ist damit vorprogrammiert.





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:**       Transparenz über die bisherigen Ausgaben der Bundesärztekammer für die  
Mitarbeit in der gematik und das Telematik-Dezernat (Dezernat 8) herstellen

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Wieland Dietrich, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Susanne Blessing, Fritz Stagge, Dr. Svea Keller, Dr. Thomas Kajdi, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Udo Schulte, Dr. Hans Ramm, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Lothar Rütz, Angelika Haus, Dr. Axel Brunngraber, Christa Bartels und Dr. Hartwig Kohl (Drucksache VII - 75) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) auf, im Nachgang der Debatte über die Zusammenarbeit mit der gematik zeitnah die Landesärztekammern und deren Delegierte über

- die Ausgaben der Bundesärztekammer als Gesellschafter der gematik seit Gründung und
- über die bisherigen Kosten für das eigens eingerichtete Telematik-Dezernat seit seiner Gründung

zu informieren.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Sorgfältige Prüfung der Zugehörigkeit von Gesundheitsdaten zu behandelten Person ist bei jeder ärztlichen Dokumentation erforderlich, unabhängig vom genutzten Medium

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Rainer M. Holzborn und Bernd Zimmer (Drucksache VII - 48) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Ebenso wie bisher bei der Dokumentation von Patientendaten - zum Beispiel in Impfausweisen oder auf Karteikarten, seien sie aus Papier oder im PC - ist auch bei der Nutzung anderer Medien - zum Beispiel der Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) oder dem Einpflegen in elektronische Akten - darauf zu achten, dass das Dokument zum richtigen Patienten gehört und man sich vom korrekten Namen dieser Person überzeugt hat.

Zur geforderten Identitätsprüfung der elektronischen Gesundheitskarten durch die Ärzte nehmen wir wie folgt Stellung:

Voraussetzung für eine berufsrechtlich korrekte ärztliche Dokumentation mit Bezug auf die eGK ist, dass Personendaten einschließlich der Fotos auf den eGKs von den Krankenkassen mit Bezug auf ein amtliches Ausweisdokument validiert sind.

Die Ärzteschaft lehnt die Übernahme der Validierung von Verwaltungsdaten durch Identitätsprüfungen bei der eGK ab. Dies ist eine originäre Aufgabe der Krankenkassen und darf nicht in die Praxen überführt werden, da dadurch auch Zeit gebunden wird, die zu einer Verzögerung der Patientenversorgung führt.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel:      Datensicherheit in Kliniken und Praxen

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VII - 68) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Die Beratungsgesellschaft PwC hat kürzlich in einer Studie zu Datenschutz und Datensicherheit in der Medizin, die an 1.717 europäischen, davon 201 deutschen Kliniken durchgeführt wurde, deutliche Schwachstellen bei Datenschutz und Sicherheit in deutschen Kliniken festgestellt. So sei zum Beispiel eine Verschlüsselung der Patientendaten nur in 40 Prozent der beteiligten deutschen Kliniken üblich gewesen. Der Skandal um die NSA-Abhöraktionen hat in den letzten Jahren gezeigt, dass mit entsprechender technischer Ausrüstung und hoher krimineller Energie fast jede digitale Kommunikation ausgehört und ausgewertet werden kann. Die Verunsicherung in der Bevölkerung, speziell den Patienten und den Beschäftigten im Gesundheitswesen, ist groß, da unklar ist, wie sicher digitale Daten heute sind. Moderne Medizin ist auf Vernetzung, Datenspeicherung und digitale Kommunikation angewiesen. Angesichts der allgemeinen Verunsicherung wird der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) aufgefordert, zu untersuchen, wie sicher Datenspeicherung und Kommunikation in der Medizin heute sind. Hierbei soll unter anderem die Sicherheit bzw. Anfälligkeit von Krankenhausinformationssystemen, Praxissoftware, KV-Datenaustausch und zwischenärztlicher Kommunikation beurteilt werden. Dabei geht es nicht um die konkrete Bewertung einzelner Computersoftware, sondern um die generelle Einschätzung der Datensicherheit in der Medizin. Diese Beurteilung könnte den ärztlichen Umgang mit Computertechnik verbessern und das Vertrauen der Patienten in die Sicherheit ihrer persönlichen Daten erhöhen.

#### Begründung:

Der NSA-Skandal hat gezeigt, dass die Sicherheit gespeicherter Daten auf drei Ebenen gefährdet ist:

1. Staatliche Stellen haben bei Gefahr im Verzug oder zur Abwehr von Gefahren die rechtliche Möglichkeit, auf gespeicherte persönliche Daten zuzugreifen. Dieses Zugriffsrecht ist nicht auf nationale Grenzen beschränkt.
2. Mit entsprechend technischer Ausrüstung und Computerwissen scheint es möglich zu sein, in praktisch jedes Computersystem einzudringen. Selbst staatliche Stellen



und EU-Institutionen sollen vom US-Geheimdienst überwacht und ausgespäht worden sein.

3. Daten sind nicht immer vor dem Zugriff interner Mitarbeiter geschützt. Der Wikileaks-Informant Bradley Manning hatte einen niederen Dienstgrad, Edward Snowden war nur ein externer Mitarbeiter. Trotzdem war es beiden möglich, an geheimste Daten heranzukommen und diese zu kopieren. Auch die Schweizer Steuer-CDs wurden von internen Mitarbeitern kopiert.

Es stellt sich daher die Frage, wie sicher medizinische Daten bei Krankenhäusern, Praxen, Krankenkassen, privaten Abrechnungsstellen, Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) oder bei der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sind. Von besonderem Interesse ist hier der Schutz der Daten vor dem unberechtigtem Zugriff interner Mitarbeiter oder externer Helfer.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Hackerangriffe auf das Gesundheitswesen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Stephan Bernhardt, Dr. Hans-Detlef Dewitz, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Bernd Müller und Dr. Svea Keller (Drucksache VII - 103) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert eine weltweite Ächtung von möglichen Hackerangriffen (Cyberwar) auf Gesundheitsnetze und medizinische Diagnose- und Behandlungsgeräte. Diese betrifft auch die Planung.

#### Begründung:

Heute ist es möglich, von jedem Standort der Welt einen möglichen Hackerangriff auf computergestützte Gesundheitsgeräte eines Landes zu führen. Durch mögliche Manipulation von CT- oder MRT-Befunden oder von Laborbefunden oder Löschung von Versicherungsdaten wäre ein Chaos im Gesundheitssystem auszulösen. Durch die Vernetzung von medizinischen Geräten in Krankenhäusern und in der ambulanten Medizin ist eine starke Verunsicherung und Beeinflussung der Bevölkerung durch zentrale Manipulation durch Hacker der Gesundheitsdaten gegeben. Man stelle sich zum Beispiel einen Computervirus vor, der auf MRT- oder CT-Bildern in gesunden Befunden, Tumore darstellt. Solche Viren- und Hackerangriffe müssen weltweit geächtet werden.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Telemedizin*

VII - 17    Chancen und Potenziale der Telemedizin erkennen und nutzen



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Chancen und Potenziale der Telemedizin erkennen und nutzen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Reinhard Simon, Dr. Gisbert Voigt und Elke Köhler (Drucksache VII - 17) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die zuständigen Gesetz- und Verordnungsgeber, die Kostenträger und die ärztliche Selbstverwaltung auf, alles Erforderliche zu tun, um im Sinne einer bestmöglichen Versorgung von Patientinnen und Patienten und der optimalen Nutzung medizinischer Ressourcen die Potenziale der Telemedizin für Qualität und Effizienz im deutschen Gesundheitssystem konsequent zu erschließen. Dabei gilt es, Telemedizin als sinnvolle Ergänzung zur konventionellen Behandlung, nicht aber als deren Ersatz zu betrachten. Die gemeinsame Selbstverwaltung ist gefordert, die im SGB V verankerten Vorgaben hinsichtlich der Telemedizin zu realisieren und ihrer Verpflichtung nachzukommen, endlich eine Vergütungssystematik einzuführen.

#### Begründung:

Telemedizin kann einen wichtigen Beitrag leisten, um trotz wachsender finanzieller Herausforderungen an das Gesundheitssystem individuelle Versorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten. Davon ist der überwiegende Teil der Ärzteschaft überzeugt, und sie erwartet eine zunehmende Bedeutung dieses "Segmentes" innerhalb ihrer Tätigkeit. Der bisher mangelhafte Fortschritt beim Ausbau der Telemedizin lässt wertvolle Ressourcen des Gesundheitssystems ungenutzt. Die Komplexität telemedizinischer Versorgung setzt den konstruktiven Willen aller Beteiligten zu deren sinnvoller Nutzung voraus. Dass telemedizinische Leistungen überwiegend sektorenübergreifend erbracht werden, darf angesichts ihrer Bedeutung nicht als Erklärung für die schleppende Entwicklung dieses Versorgungsprojektes akzeptiert werden.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Zwischenbericht der Arbeitsgruppe "Priorisierung im Gesundheitswesen"*

- VII - 72    Vor- und Nachrangigkeit in der medizinischen Versorgung als notwendiges Gegengewicht einer verstärkt von ökonomischen Faktoren gesteuerten Medizin anerkennen
- VII - 91    Konsequente und differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema Priorisierung in der Medizin





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Vor- und Nachrangigkeit in der medizinischen Versorgung als notwendiges Gegengewicht einer verstärkt von ökonomischen Faktoren gesteuerten Medizin anerkennen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache VII - 72) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, eine nach wissenschaftlich fundierten und ärztlich befürworteten Qualitätskriterien festgestellte Vor- und Nachrangigkeit in der medizinischen Versorgung (Priorisierung) im SGB V festzuschreiben und so die gesetzliche Möglichkeit zu schaffen, Priorisierungskonzepte zu entwickeln.

#### Begründung:

Nur auf diesem Weg kann es gelingen, die Priorisierung zu enttabuisieren und so den Weg zu ebnen, die dringend notwendige Debatte um die Klärung vieler anstehender Versorgungsfragen in der Medizin auch innerhalb der Ärzteschaft führen zu können. Insgesamt muss angestrebt werden, in diese ergebnisoffene Debatte über die Ärzteschaft hinaus auch andere Gesundheitsberufe sowie die Patienten- und Verbraucherverbände einzubeziehen. Nur die in einer breiten Öffentlichkeit konsentiertere Festlegung vor- und nachrangiger medizinischer Leistungen kann ein notwendiges Gegengewicht zu einer immer stärker von rein ökonomischen Faktoren gesteuerten Medizin bilden. Eine solche, in der Öffentlichkeit akzeptierte Form der Priorisierung, kann ein sinnvolles Steuerungselement bei der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung werden.

Die demografische Entwicklung in Deutschland und der medizinische Fortschritt sowie der damit verbundene stetige Anstieg der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen zu großen Herausforderungen, die medizinische Versorgung auf dem heutigen Niveau aufrechtzuerhalten. Beitragssatzerhöhungen, Einsparungen oder Steuerzuschüsse allein können dieses Spannungsfeld von Leistungsbedarf und Leistungsanspruchnahme nicht lösen. Als Folge diktiert immer stärker ausschließlich die ökonomische Betrachtung, was sich lohnt und was nicht, und beeinflusst damit direkt und indirekt das ärztliche Handeln.

Daher ist es notwendig, die allein von der ökonomischen Sichtweise getragene Bewertung

---



zu öffnen hin zu einer wert-, ziel- und kriterienbasierten Betrachtung. Allein dies schafft die Grundlage für eine qualitätsgesicherte tragfähige künftige medizinische Versorgung im Sinne der Ärzte und Patienten.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Konsequente und differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema  
Priorisierung in der Medizin

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß, M.A. und Christine Hidas (Drucksache VII - 91) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer (BÄK) auf, bei der Bearbeitung des Themas "Priorisierung im Gesundheitswesen" sowohl unter fachspezifischen als auch unter normativen Gesichtspunkten die weibliche Perspektive angemessen zu berücksichtigen.

- Bei der Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen ist auf den Mangel an klinischen Studien zu geschlechtsspezifischen Fragestellungen hinzuweisen. Der Datenmangel in Bezug auf das weibliche Geschlecht führt zu einem Qualitätsunterschied der Evidenzlage, der für die Beurteilung von Wirksamkeit, Nutzen- und Schadenspotenzial medizinischer Maßnahmen höchst relevant ist.
- Der Schutz vulnerabler Populationen muss ein vorrangiges Ziel in der Medizin sein. Bei Bemühung um Rationalisierung und Effizienz im Gesundheitswesen ist in besonderem Maß auf die Berücksichtigung gesellschaftlich Benachteiligter und Bedürftiger sowie auf soziale Ungleichheiten zu achten.
- Derzeit wird die technikorientierte Medizin zulasten der Kommunikationsbereiche gefördert. Im Rahmen von Priorisierungsdebatten ist auf die Unterstützung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient zu achten. Es ist eine Medizin zu fördern, die vermehrt auf kommunikative, berufsgruppenübergreifende und interdisziplinäre Ausrichtung setzt.
- Bei der Erstellung von Priorisierungskriterien ist auf die transparente Darlegung der Interessenkonflikte von Stakeholdern zu achten. Dazu bedarf es klarer Vorgaben bezüglich der Zusammensetzung der zuständigen Kommissionen. Bei der Besetzung der Gremien muss die Gleichstellung der Geschlechter umgesetzt werden.

Begründung:

---



---

Die Gesundheitspolitik muss sich dem Thema Priorisierung konsequent und in differenzierter Weise zuwenden.

Ziel einer verantwortungsvoll geführten Priorisierungsdebatte ist eine Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in Deutschland, die durch Bewertung angemessener Versorgungsstandards erreicht werden kann. Dazu sind Kommissionen einzuberufen, die sich mit den Bedingungen und der Erstellung von Priorisierungskriterien befassen. Neben der Beachtung der vorliegenden Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) und des Deutschen Ethikrates ist die weibliche Perspektive in der Priorisierungsdiskussion angemessen zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund leistet der Deutsche Ärztinnenbund durch eine Online-Umfrage einen Beitrag zur Sensibilisierung für das Thema innerhalb der Ärzteschaft und fordert diese gleichzeitig auf, sich nicht nur auf der fachspezifischen, sondern gerade auch auf der normativen Ebene an der Priorisierungsdebatte zu beteiligen. Dies ist insofern dringlich, als Medizinern und Medizinerinnen zunehmend eine verdeckte, bettseitige Rationierung zugemutet wird. Diese implizierte Rollenzuweisung sollte von Ärztinnen und Ärzten konsequent zurückgewiesen werden. Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass Ärzten und Ärztinnen ein angemessener und notwendiger Umfang der therapeutischen Ermessensfreiheit selbstverständlich zugestanden wird.

Die in medizinischen Berufen Tätigen müssen in einen offenen Dialog mit politischen Entscheidungsträgern treten, um gemeinsam über erforderliche Rahmenbedingungen zu beraten. Gerade in Zeiten eines zunehmend nach ökonomischen Gesichtspunkten ausgerichteten Gesundheitssystems ist auf eine entsprechende Gewichtung maßgeblicher ethischer Werte zu achten. Zudem sind Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Ausarbeitung von Priorisierungskriterien zu fordern.

Dabei stellt sich die zentrale Frage, an welchen Werten die Medizin ihre Ziele ausrichten soll. So ist bei den Überlegungen zur Verteilung der verfügbaren Ressourcen das Gerechtigkeitsprinzip zu spezifizieren, auf das man sich berufen will. In den Diskussionen, die in anderen europäischen Ländern schon lange geführt werden - wie beispielsweise in Schweden - wurde auf die Bedeutung der Prinzipien Menschenwürde, Selbstbestimmung, Bedarf und Solidarität sowie Kosteneffektivität hingewiesen. Zudem zeigen die Erfahrungen, dass die Diskussion über Priorisierungskriterien in der Öffentlichkeit, also auf politischer Ebene, angesetzt sein muss. Dabei geht es neben fairen Partizipationsmöglichkeiten selbstverständlich darum, die Interessenkonflikte verschiedener Gruppen - Patientenvertreter, Ärzteschaft, Kostenträger, Pharmaindustrie - transparent darzustellen.



## TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Arbeitsbedingungen*

- VII - 13 Keine Aufweichung der Arbeitszeitregelungen
- VII - 14 Flexible Arbeitszeitmodelle auch für Führungskräfte
- VII - 57 Alle ärztlichen Tätigkeiten müssen in der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit leistbar sein!
- VII - 81 Ärztemangel in der ambulanten Versorgung ist auch Folge von Unterfinanzierung und fehlender Planungssicherheit
- VII - 60 Berufliche Chancengleichheit zwischen Ärztinnen und Ärzten herstellen
- VII - 90 Berufliche Chancengleichheit von Ärztinnen und Ärzten jenseits der Frage von Familie und Kind
- VII - 38 Umsetzung Website - Bereich "Karriere trotz Teilzeit"
- VII - 97 Erhalt der Freiberuflichkeit der Ärzte als Grundstock für gute Arbeitsbedingungen in der Praxis des niedergelassenen Arztes



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Keine Aufweichung der Arbeitszeitregelungen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Angelika Haus, Dr. Bernd Lücke, Elke Köhler, Dr. Reinhard Simon und Dr. Christiane Friedländer (Drucksache VII - 13) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 warnt ausdrücklich vor Bestrebungen, die bestehenden arbeitszeitrechtlichen Regelungen weiter aufzuweichen. Eine Novellierung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie und des deutschen Arbeitszeitgesetzes, wie von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gefordert, lehnt die deutsche Ärzteschaft daher ab.

#### Begründung:

Eine Erweiterung der Wochenhöchst Arbeitszeit sowie eine Neubewertung der inaktiven Zeit während des Bereitschaftsdienstes führten zu einer unzumutbaren Arbeitsbelastung der am Krankenhaus Beschäftigten. Die gesamte Bereitschaftsdienstzeit muss daher auch weiterhin als Arbeitszeit gewertet werden. Eine unter anderem von der DKG aktuell erneut geforderte Differenzierung in aktive und inaktive Zeiten wäre ein nicht hinnehmbarer Rückschritt. Bereits im Rahmen der bestehenden Regularien ist es mittels einer Opt-Out-Einwilligungserklärung der Beschäftigten möglich, die Arbeitszeiten auch über die wöchentliche Höchst Arbeitszeit von 48 Stunden hinaus auszuweihen. Die geforderte Flexibilität der Arbeitgeber ist damit schon heute gegeben.

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



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Flexible Arbeitszeitmodelle auch für Führungskräfte

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Bernd Lücke, Angelika Haus, Dr. Reinhard Simon und Dr. Christiane Friedländer (Drucksache VII - 14) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Arbeitgeber im Gesundheitswesen dazu auf, mehr Führungspositionen auch mit flexiblen Arbeitszeitmodellen auszuschreiben.

#### Begründung:

Hochqualifizierte Frauen und Männer gehen der medizinischen Versorgung verloren, wenn nicht auch für Führungspositionen in Kliniken die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, einer Beschäftigung zum Beispiel auch in Teilzeit nachzugehen. Die Klinikträger sind gefragt, innovative Arbeitszeitmodelle zu erarbeiten, um variable Einsatzmöglichkeiten einer Teilzeittätigkeit anzubieten.

Nicht nur der Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sondern auch die individuelle Lebensplanung führt bei weiterhin bestehendem Mangel an flexiblen Arbeitszeitmodellen in Führungspositionen zu einem Defizit an ärztlicher Arbeitskraft.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Alle ärztlichen Tätigkeiten müssen in der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit leistbar sein!

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Katharina Bischoff und Dr. Birgit Wulff (Drucksache VII - 57) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Ärztliche Tätigkeit beinhaltet neben der unmittelbaren Patientenversorgung weitere Elemente wie die Wahrnehmung von Funktionen, Verwaltung, Lehre und Forschung. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 bekräftigt, dass dieses alles im Rahmen der regelhaften vertraglich vereinbarten Arbeitszeit leistbar sein muss.





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Ärztemangel in der ambulanten Versorgung ist auch Folge von Unterfinanzierung und fehlender Planungssicherheit

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Hartwig Kohl, Dr. Susanne Blessing und Dr. Hans Ramm (Drucksache VII - 81) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der drohende und bereits bestehende Mangel an niedergelassenen Ärzten, nicht nur bei Hausärzten, sondern auch bei Fachärzten - derzeit noch vorwiegend in ländlichen Regionen - wird inzwischen allgemein erkannt.

Eine der Ursachen liegt in den zunehmend schwierigen wirtschaftlichen Voraussetzungen zum Betrieb einer Arztpraxis. In einigen KV-Bezirken wurde von ärztlichen Körperschaften festgestellt, dass niedergelassenen grundversorgenden Fachärzten eine kostendeckende Praxisführung allein aus vertragsärztlicher Tätigkeit nicht mehr möglich ist.

Um dem entstehenden und zunehmenden Ärztemangel in der Fläche entgegenzutreten und bereits bestehende Defizite auszugleichen, ist eine Erhöhung der Honorare in der Kassenmedizin notwendig, sodass eine kostendeckende und auskömmliche Patientenversorgung allein im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei durchschnittlicher Patientenzahl wieder möglich wird. Zusätzlich benötigen Vertragsärzte langfristige Planungssicherheit, weil sie im Rahmen einer Niederlassung hohe Investitionen zu tätigen haben.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fasst diese EntschlieÙung, weil es zum Verantwortungsbereich der Ärztekammern gehört, die ärztliche Versorgung der gesamten Bevölkerung zu gewährleisten.

#### Begründung:

In der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein im November 2013 wurde beschlossen:

"Allein mit dem vertragsärztlichen Honorar muss bei durchschnittlicher Patientenzahl eine wirtschaftliche und auskömmliche Führung der Vertragsarztpraxis möglich sein."



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Berufliche Chancengleichheit zwischen Ärztinnen und Ärzten herstellen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Angelika Haus, Dr. Klaus Reinhardt, PD Dr. Claudia Borelli und Dr. Wolfgang Rechl (Drucksache VII - 60) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Arbeitgeber im Gesundheitswesen sowie den Gesetzgeber auf, alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um die berufliche Chancengleichheit zwischen Ärztinnen und Ärzten in vollem Umfang herzustellen.

#### Begründung:

Rund 60 Prozent der Medizinstudierenden in Deutschland sind weiblich, der Anteil der Ärztinnen nähert sich kontinuierlich der 50-Prozent-Marke. Die medizinische Versorgung wird damit immer mehr auch davon abhängig sein, dass Frauen faire Karrierechancen im Arztberuf haben und ihre ärztliche Tätigkeit mit Familie und Privatleben vereinbaren können.

Noch immer müssen häufig ambitionierte Karriereziele aufgegeben werden, sobald die Familienplanung konkrete Züge annimmt. Dafür sprechen nicht nur die vorliegenden Statistiken, sondern auch die Einschätzungen und Erfahrungen junger Ärztinnen und Medizinstudentinnen. So glaubt die Mehrheit der Medizinstudentinnen und jungen Ärztinnen - die häufig sehr gute Abschlussnoten im Studium vorweisen können und zahlreich promoviert haben - nicht daran, dass sie die gleichen beruflichen Chancen haben wie ihre männlichen Kollegen. Viele der jungen Frauen sind davon überzeugt, sie müssten für ihre Karriere auf Familie und Kind verzichten. Dabei wird vor allem darauf verwiesen, dass Teilzeitarbeit - immer noch überwiegend eine Herausforderung für Ärztinnen am Arbeitsplatz - ein massives Hindernis bei der beruflichen Entwicklung darstellt. Weitere Defizite werden in den häufig noch starren und familienunfreundlichen Arbeitsbedingungen der Ärzte gesehen, wie fehlenden flexiblen Arbeitszeitmodellen, fehlenden Betreuungsformen, Hierarchiestrukturen, fehlenden Ansätzen beim Aufbrechen eingespielter Strukturen sowie in überholten traditionellen Rollenmustern.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Berufliche Chancengleichheit von Ärztinnen und Ärzten jenseits der Frage von Familie und Kind

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Christian Köhne, Christine Hidas, Dr. Susanne Johna, Dr. Ulrike Beiteke, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Peter Czeschinski, Dr. Rudolf Kaiser, Dr. Sebastian Roy, Cornelia Rupp-John, Dr. Josef Ungemach, Dr. Siegfried Stephan, Dr. Petra Fouquet-Ollmann, Barbara Detscher, Dr. Heidemarie Lux, PD Dr. Claudia Borelli, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, Uwe Brock, Dr. Gabriele Wöbker, PD Dr. Hansjörg Heep, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, Dr. Lothar Rütz, Uwe Lange, Dr. Guido Marx, Christa Bartels, Eeva-Kristiina Akkanen-vom Stein, Fritz Stagge, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Angelika Koßmann, Günther Dyk, Dr. Birgit Wulff, Dr. Sven Goddon, Dr. Karin Harre, Prof. Dr. Ulrich Schwantes, Dr. Marita Mans, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Eva Müller-Dannecker, Dr. Henrik Herrmann, Stephanie Liedtke und Dr. Gisa Andresen (Drucksache VII - 90) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Verwaltungen von Krankenhäusern, Universitätskliniken und anderen Institutionen des Gesundheitswesens auf, dafür Sorge zu tragen, dass die Chancengleichheit für Ärztinnen und Ärzte, insbesondere in den Führungsebenen (Oberärzte/Oberärztinnen, Chefärzte/Chefärztinnen, Habilitanten etc.), gewahrt wird.

Auch Ärztinnen ohne Familienverantwortung oder solche nach der Familienphase erleben die sogenannte „gläserne Decke“. Strukturelle und mentale Hemmnisse sind zu identifizieren und zu beseitigen.

#### Begründung:

Der jährlich zwischen 0,2 und 0,3 Prozent zunehmende Frauenanteil unter den berufstätigen Ärztinnen hat dazu geführt, dass Frauen 2013 erst mit 45 Prozent in der derzeit aktiven Ärzteschaft vertreten sind. In den leitenden Positionen in den Kliniken, Universitäten und den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung sind die Anteile noch wesentlich geringer.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Umsetzung Website - Bereich "Karriere trotz Teilzeit"

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von PD Dr. Claudia Borelli, Dr. Christoph Emminger, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Maïke Munz, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Josef Ungemach und Dr. Susanne Blessing (Drucksache VII - 38) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 teilt nicht die Sichtweise des Vorstands, dass dem Anliegen des Beschlusses Drucksache VI - 55 (Beschluss des 116. Deutschen Ärztetages 2013: Einrichtung eines Bereiches auf der Website der Bundesärztekammer, auf der Teilzeittätigkeiten in Leitungsfunktion als positive Modelle gemeldet werden können) durch die Broschüren "Karriereplanung für Ärztinnen" (2006), sowie "Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte" (2010) durch die Bundesärztekammer (BÄK) weitestgehend Rechnung getragen worden ist.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird höflichst aufgefordert, den positiv beschiedenen Beschluss des 116. Deutschen Ärztetages 2013 entsprechend seines Wortlauts nun zeitnah umzusetzen.

#### Begründung:

Die Herausgabe zweier Broschüren vor acht und vor vier Jahren und die Einrichtung eines Bereiches auf der Website der Bundesärztekammer (zeitgemäßes Medium), der durch Interessierte eingesehen werden kann, sind nicht deckungsgleich. Die Einrichtung des Bereichs auf der Website ist nicht mit Mehrkosten verbunden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Erhalt der Freiberuflichkeit der Ärzte als Grundstock für gute Arbeitsbedingungen in der Praxis des niedergelassenen Arztes

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Hartwig Kohl, Dr. Hans Ramm und Christa Bartels (Drucksache VII - 97) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Das Präsidium der Bundesärztekammer (BÄK) wird aufgefordert, zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Praxen der niedergelassenen Ärzte folgende Veränderungen zu erwirken:

1. Für ein angemessenes Honorar der freiberuflich tätigen Ärzte ist es zwingend erforderlich, dass feste angemessene und verlässliche Preise sowohl in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als auch im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verhandelt werden.
2. Die Budgetierung in der Medizin ist nach fast 20-jährigem Bestehen zu beseitigen. Budgetierung hat dazu geführt, dass es zu einer zunehmenden Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Praxen gekommen ist. Budgets sind leistungsfeindlich, sie heben die Therapiefreiheit des Arztes auf und bedingen auch eine Verschlechterung der Versorgung der Patienten.
3. Die GOÄ ist ein Element der Freiberuflichkeit der Ärzte und damit für gute und verlässliche Arbeitsbedingungen essenziell. Sollte es nicht innerhalb kürzester Zeit möglich sein, eine den ärztlichen Vorstellungen entsprechende Verhandlungslösung zu erreichen, muss ein eigener ärztlicher Vorschlag dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Abstimmung vorgelegt werden.
4. Auch durch europäische Regelungen wird die Freiberuflichkeit der Ärzte bedroht. Das Präsidium muss darauf hinwirken, dass sowohl die Regelungen aus dem Lissabon-Vertrag zur Freiberuflichkeit als auch die Vorgaben zur Normierung ärztlicher Tätigkeiten verhindert, respektive in Deutschland nicht umgesetzt werden. Hier sollte zwingend der Schulterschluss mit anderen Vertretern der freien Berufe gesucht werden.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Arzneimittel / Medizinprodukte / BtM*

VII - 42    Bekämpfung multiresistenter Keime

VII - 98    Sicherheits- und Wirksamkeitsnachweis bei Medizinprodukten



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Bekämpfung multiresistenter Keime

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Svea Keller, Dr. Bernd Müller, Burkhard Bratzke und Stephan Bernhardt (Drucksache VII - 42) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 sieht mit Sorge die Zunahme der multiresistenten Keime. Er begrüÙt die Bemühungen des Gesetzgebers, mit der Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) den Einsatz der Antibiotika in der Tiermast zu vermindern. Dieses Gesetz ist seit 01.04.2014 in Kraft. Es wurde beschlossen, Daten bundesweit zusammenzuführen und zu bewerten. Bauern müssen künftig regelmäßig melden, wenn sie Antibiotika geben. Dadurch soll zu erkennen sein, wenn ein Betrieb übermäßig viel davon einsetzt. Die Überwachungsbehörden der Länder können Prüfungen und Maßnahmen anordnen, um den Einsatz zu verringern.

Angesichts der Zunahme der multiresistenten Keime in den letzten Jahren darf keine Zeit mit Dokumentation verloren gehen. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, dass von der Ärzteschaft ein klares Votum ausgeht, dass die Politik zeitnah geeignete Maßnahmen trifft, um den Einsatz der Antibiotika in der Tiermast tatsächlich zu vermindern.

#### Begründung:

In der Literatur wird über sehr hohe und ansteigende Einsatzmengen von Antibiotika berichtet. Genaue Zahlen zu Verschreibungs- wie auch Anwendungsdaten von Antibiotika sind jedoch selten und schwer erhältlich. Wegen ihres kontinuierlichen und hohen Einsatzes konnten Antibiotika in den letzten Jahren in der Umwelt nachgewiesen werden. Durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wurde erfasst, dass im Jahr 2011 circa 1.734 Tonnen Antibiotika von pharmazeutischen Unternehmen und Großhändlern an Tierärzte in Deutschland abgegeben wurden; dies ist mehr als das Doppelte der Einsatzmenge in der Humanmedizin.

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) war noch 2011 der Auffassung, dass angesichts der Zunahme ESBL-bildender Keime in den Nutztierbeständen Maßnahmen zur Eindämmung dieser Entwicklung ergriffen werden sollten. Inzwischen wurden durch das BfR bei Untersuchungen in drei Schweineställen und einem Hühnerstall multiresistente Keime nachgewiesen, gegen die bisherige Reserveantibiotika nicht mehr



helfen. Sie werden "4-MRGN" genannt – multiresistente gramnegative Erreger mit Resistenzen gegen vier Antibiotikaklassen. Im Auftauwasser von jedem dritten untersuchten tiefgekühlten Masthähnchen wurden multiresistente Bakterien nachgewiesen. Sie werden auf allen untersuchten Frischfleischsorten gefunden. Besonders oft betroffen sind Geflügelfleisch (22 Prozent) und Putenfleisch (42 Prozent der Fälle) (Quelle: Bundesinstitut für Risikobewertung).





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Sicherheits- und Wirksamkeitsnachweis bei Medizinprodukten

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Michael Krakau, PD Dr. Hansjörg Heep, Prof. Dr. Reinhard Griebenow und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VII - 98) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer (BÄK) auf, kurzfristig auf die betreffenden Gesetzgeber einzuwirken, um Änderungen in der EU-Medizinproduktegesetzgebung (wie die Richtlinie 93/42/EWG) und damit dem Medizinproduktegesetz (MPG) bzw. den Einteilungen in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV; hilfsweise der Medizinprodukte-Verordnung - MPV) zu erreichen.

Ziel dieser Änderungen soll es sein, dass es so rasch wie möglich zu einer "Erstzulassung" für Produkte kommt, die am oder im Menschen angewendet werden (welche auch substanzielle Änderungen an dem Produkt einschließt). Dafür sollen zuvor klinische Studien zur Sicherheit bzw. abhängig von der Risikoklasse der Produkte auch klinische Studien zur Wirksamkeit vorlegt werden müssen.

#### Begründung:

Unverändert muss in Deutschland, oft nur neben den simplen Voraussetzungen zur Erlangung des CE-Zeichens, lediglich durch eine simple Konformitätsbescheinigung ohne Testung im Menschen die Zulassung erlangt werden, um ein medizintechnisches Produkt in Umlauf zu bringen, um es am/im Menschen anzuwenden, trotz bekannter brisanter Vorgänge in der Vergangenheit.

Hierbei fehlt fast regelhaft der Nachweis der klinischen Wirksamkeit und Sicherheit am Patienten. Dadurch werden Jahr für Jahr Patienten in Deutschland und Europa fragwürdigen Prozeduren/Geräten ausgesetzt, die nach der Inverkehrbringung dann erst nach negativen Befunden zurückgerufen wurden, wodurch der Versichertengemeinschaft und der Gesellschaft Kosten entstehen, die nicht akzeptabel sind.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Ausbildung*

- VII - 02a    Keine soziale Benachteiligung bei Teilnahme an Auswahlverfahren
- VII - 02    Zugang zum Medizinstudium: Beteiligung der Ärzteschaft an der Erarbeitung des "Masterplans Medizinstudium 2020"
- VII - 32    Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin
- VII - 22    Universitäten bei Auswahlverfahren zum Medizinstudium unterstützen
- VII - 07    Keine Qualitätsminderung der medizinischen Lehre in Deutschland durch Academic Franchising
- VII - 31    Finanzierung für qualitative und exzellente Lehre sicherstellen
- VII - 26    Referendargehalt im Praktischen Jahr
- VII - 52    PJ-Aufwandsentschädigung in Höhe von 597 Euro monatlich für alle Medizinstudierenden
- VII - 18    Kein PJ-Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin
- VII - 102    Einführung einer Quartalslösung im Praktischen Jahr mit einem ambulanten Quartal
- VII - 30    Auslandsförderung im Praktischen Jahr
- VII - 28    Fehlzeitenregelungen im Praktischen Jahr nicht weiter einschränken



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Keine soziale Benachteiligung bei Teilnahme an Auswahlverfahren

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Änderungsantrag von Uwe Brock, Fritz Stagge, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Patricia Aden, Eeva-Kristiina Akkanen-vom Stein, Christa Bartels, Angelika Haus und Dr. Lothar Rütz (Drucksache VII - 02a) zum Entschließungsantrag von Vorstand (Drucksache VII - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Absatz der Begründung, beginnend mit "Diese Kriterien [...]" soll als 3. Absatz in den Antragstext eingeführt werden.

An diesen 3. Absatz (neu) wird folgender Text angefügt:

Bei der Teilnahme von Studieninteressierten soll aufgrund des sozialen Status keine Benachteiligung entstehen. Gebühren für Vorbereitung, Anreise und Teilnahme an einem Auswahlverfahren sollten nicht erhoben werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Zugang zum Medizinstudium: Beteiligung der Ärzteschaft an der Erarbeitung des "Masterplans Medizinstudium 2020"

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Uwe Brock, Fritz Stagge, Dr. Patricia Aden, Eeva-Kristiina Akkanen-vom Stein, Prof. Dr. Bernd Bertram, Christa Bartels, Angelika Haus, Dr. Lothar Rütz und Dr. Gabriela Wöbker (Drucksache VII - 02b) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüÙt, dass im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode zwischen CDU, CSU und SPD vereinbart wurde, in einer Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen "Masterplan Medizinstudium 2020" für eine zielgerichtete Auswahl der Studienplatzbewerber zur Förderung der Praxishähe sowie zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium zu entwickeln.

In einem standardisierten und transparenten Verfahren sollten neben der Abiturnote auch psychosoziale Kompetenzen, ein erfolgreiches soziales Engagement, einschlägige Berufserfahrung, das Persönlichkeitsprofil sowie weitere Parameter, die mit einer langfristigen Berufszufriedenheit einhergehen, für das Auswahlverfahren bei der Studienplatzvergabe in der Medizin zugrunde gelegt werden. Die Verfahren müssen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden, um Objektivität, Reliabilität und Validität zu gewährleisten.

Die Ärzteschaft unterstützt dieses Vorhaben und bietet an, sich an der Erstellung des Masterplans aktiv zu beteiligen.

#### Begründung:

Die Ärzteschaft hat sich seit Jahren intensiv mit den Problemen des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium befasst und entsprechende Kriterien entwickelt.

Diese Kriterien werden aufgrund langjähriger Erfahrungen und statistischer Erhebungen auch im Austausch mit verschiedenen Assessment-Einrichtungen, anderen Berufsgruppen sowie der Bundeswehr für zielführend im Hinblick auf die Bewältigung des

---



zu erwartenden ärztlichen Berufsalltags erachtet.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Erhöhung der Studienplatzkapazitäten im Fach Humanmedizin

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Michael Schulze (Drucksache VII - 32) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung sowie die Landesregierungen dazu auf, angesichts des sich verschärfenden Ärztemangels im kurativen Bereich die Zahl der Medizinstudienplätze an öffentlichen Hochschulen zu erhöhen und ausreichend zu finanzieren.

Im Jahre 1990 gab es allein in den alten Bundesländern im Studiengang Humanmedizin 12.000 Studienplätze. Diese wurden seitdem kontinuierlich reduziert. Statt 16.000 Plätzen, die es nach der Wiedervereinigung aufgrund der acht hinzugekommenen Fakultäten eigentlich geben müsste, sind es aktuell nur noch rund 10.000.

Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass trotz eines sich massiv verschärfenden Ärztemangels sich immer mehr Bewerber um immer weniger Studienplätze bemühen müssen und ein großer Teil von ihnen erfolglos bleibt. Gleichzeitig müssen Arztstellen mit Ärzten aus anderen Ländern besetzt werden, mit allen daraus resultierenden Problemen sowohl in Deutschland als auch in den oftmals ärmeren Herkunftsländern.

Angesichts des sich weiter verschärfenden Ärztemangels, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, insbesondere in ländlichen Regionen, ist es daher dringend geboten, die Zahl der Studienplätze bundesweit um mindestens zehn Prozent zu erhöhen, um den Sicherstellungsauftrag erfüllen zu können.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Universitäten bei Auswahlverfahren zum Medizinstudium unterstützen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Bernd Lücke, Dr. Thomas Lipp, Angelika Haus, Dr. Lothar Rütz und Elke Köhler (Drucksache VII - 22) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, die Universitäten bei der Durchführung der sehr kosten- und personalintensiven Auswahlverfahren im Rahmen des Zulassungsverfahrens (AdH) zum Medizinstudium zu unterstützen. Die Auswahlverfahren der einzelnen Fakultäten sollen evaluiert werden.

#### Begründung:

Die derzeitige dreigliedrige Auswahl der Medizinstudierenden (20 Prozent Abiturnote, 20 Prozent Wartezeit, 60 Prozent AdH) ist sinnvoll, ausgeglichen und hat sich bewährt. Dennoch birgt gerade das Auswahlverfahren der Hochschulen noch eine Menge Potenzial, um denjenigen Abiturienten eine Chance zu geben, die im Wettbewerb mit den Abiturbesten chancenlos sind, aber - abgesehen von einer herausragenden Abiturnote - sehr gute Voraussetzungen für ein Medizinstudium mitbringen.

Vor dem Hintergrund des derzeitigen "Überangebots" an Bewerbern bestünde für Hochschulen prinzipiell kein Anlass, ein zeit- und kostenintensives Auswahlverfahren anzubieten, sondern es ist theoretisch möglich, alle Studienplätze nach Abiturnote zu vergeben. Doch gerade im AdH können die Hochschulen bestimmte Schwerpunkte bei der Auswahl ihrer Studierenden setzen, die den Universitäten wichtig sind.

Um die Universitäten in die Lage zu versetzen, auch weiterhin qualitativ hochwertige Auswahlverfahren durchzuführen und neue Verfahren erproben zu können, sollten die Universitäten in diesem Punkt finanziell unterstützt werden. Dass die hochschuleigene Absicherung auf Dauer nicht möglich ist, zeigt die aktuelle angespannte Haushaltssituation vieler Hochschulen und Universitätskliniken. Vor diesem Hintergrund würde eine zusätzliche finanzielle Förderung eine Entspannung bedeuten - und der Auswahl allein nach Abiturbestnoten entgegenwirken.

Die Auswahlverfahren sollten laufend evaluiert werden, um die Qualität und Aussagekraft dieser besser beurteilen zu können. Eine Zentralisierung ist nicht zielführend und würde verhindern, dass die Universitäten eigene Schwerpunkte setzen.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Keine Qualitätsminderung der medizinischen Lehre in Deutschland durch Academic Franchising

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 07) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 erwartet von Bund und Ländern, dass sie die Lehre in der Medizin weiterhin als staatliche Aufgabe verstehen und das Bildungsniveau in Deutschland auf akademisch hohem Niveau aufrechterhalten.

Deutsches Zulassungs-, Ausbildungs- und Prüfungsrecht dürfen nicht durch europäisches Recht unterwandert werden, um privaten Anbietern einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen, wenn sich neue Modelle für länder- und standortübergreifende Hochschulen, zum Beispiel mittels eines Academic Franchising, etablieren. Auf diese Weise werden die in Deutschland üblichen Qualitätsanforderungen an die Lehre unterwandert und ggf. dauerhaft gefährdet. Auf keinen Fall dürfen sich zukünftig Medizinerbildungen erster und zweiter Klasse entwickeln.

#### Begründung:

In den letzten Jahren bieten ausländische Hochschulen von ihnen durchgeführte Studiengänge in der Medizin in Kooperation mit Klinik- bzw. Krankenhausstandorten in Deutschland an. Beispielhaft zu nennen sind hier Kooperationen zwischen Southampton - Kassel, Budapest - Hamburg, Salzburg - Nürnberg. Dabei handelt es sich um eigenständige Ausbildungsgänge der ausländischen Universitäten, die die Anforderungen der ausländischen Heimatuniversität erfüllen müssen. Die Anforderungen an Studienablauf, Prüfungen und Abschluss richten sich nach dem Recht der ausländischen Universität. Entweder wird das Medizinstudium sowohl an der ausländischen Heimatuniversität als auch am deutschen Kooperationsstandort absolviert oder das gesamte Medizinstudium der ausländischen Hochschule kann an deutschen Ausbildungsstandorten durchgeführt werden. Die Kosten liegen pro Studienjahr im fünfstelligen Euro-Bereich.

Die deutsche Ärzteschaft fordert bei länder- und standortübergreifenden Ausbildungen für die Medizin eine gesicherte Qualität, welche weder gegen die inländischen noch europäischen Mindestanforderungen verstoßen darf.





Das Studium in der Medizin endet in Deutschland mit einem Staatsexamen, da sich der Staat vorbehält, diese Prüfung selbst zu regulieren. Der Grund für die staatliche Kontrolle ist das besondere öffentliche Interesse an der Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards bei Ausbildungsgängen wie in der Medizin.

Bei der Zulassung neuer Hochschulstandorte für die Medizin sind in Anbetracht der Qualitätssicherung und Patientensicherheit also grundsätzlich strenge Maßstäbe anzulegen. So sollten Forschung, Lehre und Krankenversorgung in der Regel an einem Hochschulstandort vereint sein. Weitere Anforderungen und Voraussetzungen für den Status eines Universitätsklinikums sind zu erfüllen, wie

- das Studium an einer "wissenschaftlichen" Hochschule gemäß Bundesärzteordnung (BÄO)
- eine "wissenschaftliche" Lehre gemäß BÄO
- hinreichende Forschungsgrundlagen
- dem Vorhalten von hauptberuflichen, ordentlich berufenen Professoren
- dem Vorhandensein des kompletten in der Approbationsordnung (ÄAppO) festgelegten Fächerspektrums
- einer engen Verknüpfung von Einrichtungen der Krankenversorgung mit den wissenschaftsorientierten Strukturen in Forschung und Lehre.

Diese Standards werden nunmehr zunehmend durch die Einrichtung von in privater Trägerschaft befindlicher "Medical Schools" gefährdet.

Unter einem Academic Franchising wird die Durchführung eines Studienprogramms oder eines Teils davon durch einen Hochschulpartner oder einen außerhochschulischen Partner verstanden, während der wissenschaftliche Grad von der Hochschule selbst verliehen wird.

Über die am 17.01.2014 in Kraft getretene geänderte Berufsanerkennungsrichtlinie der EU (RL 2005/36/EG, zuletzt geändert durch RL 2013/55/EU) erfährt dieses Academic Franchising in jüngster Zeit eine neue, staatenübergreifende Dimension. Nicht nur die in der Bundesärzteordnung festgelegte Mindestdauer der Ausbildung von sechs Jahren in der Medizin wird unterlaufen, indem über das Franchising-Modell nunmehr in Deutschland eine fünfjährige Ausbildungszeit etabliert wird. Auch muss hinterfragt werden, ob der Ausbildungsabschluss an derartigen "Medical Schools" durch das gekürzte, aufgeteilte und ggf. eingeengte Bildungsspektrum dem Bildungsprofil eines regulär und vollständig in nur einem Mitgliedstaat abgeleiteten Ausbildungsgangs entspricht.

Die staatlichen Aufsichtsbehörden haben darauf zu achten, dass keine Kooperationsverträge abgeschlossen werden, welche diese Erfordernisse einer wissenschaftlichen Ausbildung unterlaufen. Derartige Vorgaben sind unter anderem in den Bestimmungen des Grundgesetzes, der Bundesärzteordnung, der Ärztlichen Approbationsordnung und nicht zuletzt des Europarechts enthalten.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Finanzierung für qualitative und exzellente Lehre sicherstellen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Michael Schulze (Drucksache VII - 31) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Landesregierungen dazu auf, die Grundfinanzierung der medizinischen Fakultäten sicherzustellen sowie ausreichend Mittel für Forschung und Lehre bereitzustellen und nicht an der Ausbildung der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte zu sparen.

#### Begründung:

Die ärztliche Ausbildung ist kein Punkt, an dem gespart werden darf, da eine qualitativ hochwertige Lehre auch eine gute Patientenversorgung garantiert.

Die Ausbildung muss auf dem höchstmöglichen Niveau stattfinden, und allen Studenten sollten dieselben Lehrmittel zur Verfügung gestellt werden. Durch die in einigen Bundesländern geplanten Einsparungen könnten sinnvolle Lehrkonzepte wie Kleingruppenunterricht am Krankenbett und praktische Kurse in Lehrzentren nicht mehr stattfinden.

Dies ist in den Diskussionen zur Hochschulfinanzierung und den Protesten der Studierenden und Hochschulmediziner/-innen in Baden-Württemberg deutlich geworden. Dort will sich das Wissenschaftsministerium bei der Grundfinanzierung an den Vorschlägen des Wissenschaftsrates mit einem Zuwachs von Inflationsausgleich plus einem Prozent orientieren. Um weiterhin eine hochwertige Lehre zu garantieren und steigende Kosten aufzufangen, muss die Grundfinanzierung deutlich höher ausfallen. So fordern die Hochschulmediziner/-innen in Baden-Württemberg etwa eine Grundfinanzierung, deren Steigerungsrate sich an der jährlichen Forschungsförderung des Bundes für außeruniversitäre Forschungseinrichtungen orientiert und bei fünf Prozent liegt.

Dieser Forderung schließen sich der Marburger Bund und die in ihm organisierten

---



Studierenden für alle Hochschulen bundesweit an.

Die Studierenden von heute sind die Ärztinnen und Ärzte von morgen. Dies sollte auch im Hinblick auf die große Zahl der in den nächsten Jahren aus dem Berufsleben ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte und die Sicherstellung der Versorgung beachtet werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Referendargehalt im Praktischen Jahr

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Fritz Stagge (Drucksache VII - 26) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Studenten im Praktischen Jahr (PJ) sind mit einer Entschädigung in Höhe eines Referendargehalts für ihre Arbeit zu entlohnen.

#### Begründung:

Die Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) vom 28.10.1970 führte zur Ablösung des "Medizinalassistenten" und zur Einführung des PJ.

Die Vergütung des "Medizinalassistenten" wurde dem Studenten im PJ verwehrt.

Es muss ein Ende haben, dass Studenten im PJ ausgenutzt werden. Bereits 1976 hat der Ärztetag in Düsseldorf beschlossen, dass für Studenten im PJ ein Tarifvertrag abzuschließen sei. Seit den 1970er-Jahren wird von verschiedenen Ärztetagen ein Gehalt in Höhe eines Referendarsgehalt als angemessen angesehen.

Aktuell berichtet der Hartmannbund, dass immer noch jedes sechste Lehrkrankenhaus den PJ-Studenten keinerlei Aufwandsentschädigung bezahlt.

An ein angemessenes Gehalt ist offensichtlich gar nicht zu denken.

Das ist absolut inakzeptabel, daher muss die Jahrzehnte alte gerechtfertigte Forderung nach einer Vergütung in Höhe eines Referendargehaltes endlich umgesetzt werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** PJ-Aufwandsentschädigung in Höhe von 597 Euro monatlich für alle Medizinstudierenden

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt (Drucksache VII - 52) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber und die für die Festsetzung der Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr (PJ) verantwortlichen Ausbildungsstätten - also die Universitätskliniken und die Lehrkrankenhäuser - auf, endlich allen Medizinstudierenden im PJ eine monatliche Aufwandsentschädigung in Höhe von 597 Euro gemäß des in der Approbationsordnung angegebenen BAföG-Höchstsatzes, geregelt in § 13 BAföG, zu zahlen.

#### Begründung:

Eine PJ-Aufwandsentschädigung gemäß des BAföG-Höchstsatzes in Höhe von monatlich 597 Euro wird derzeit nur an einzelnen Lehrkrankenhäusern gezahlt. Viele Lehrkrankenhäuser und Universitätskliniken zahlen nur eine geringe oder sogar keine PJ-Aufwandsentschädigung. Medizinstudierende leisten im Rahmen ihres PJ durch ihr bereits vorhandenes theoretisches Wissen und ihre ersten praktischen Erfahrungen qualitativ hochwertige Arbeit. Dadurch entlasten sie nicht nur die angestellten Ärztinnen und Ärzte, sondern sie werden von den Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern in der Personalplanung häufig als fester Bestandteil eingeplant. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nur fair, sondern vor allem auch konsequent, den Medizinstudierenden eine angemessene PJ-Aufwandsentschädigung zu zahlen.

Eine Aufwandsentschädigung hat den Zweck, dass der Studierende neben der umfangreichen Tätigkeit im Krankenhaus keiner weiteren Tätigkeiten nachgehen muss, um seinen Lebensunterhalt zu sichern. Dies wird in der Praxis zudem dadurch unmöglich gemacht, dass die Approbationsordnung (ÄAppO) während des PJ eine ganztägige Anwesenheit an allen Wochenarbeitstagen fordert.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Kein PJ-Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Christiane Friedländer, Dr. Thomas Lipp, Dr. Lothar Rütz und Dr. Bernd Lücke (Drucksache VII - 18) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, von der immer noch im Raum stehenden Einführung eines Pflichtquartals "Allgemeinmedizin" im Rahmen des Praktischen Jahres (PJ) Abstand zu nehmen.

#### Begründung:

Durch die Veränderung der Approbationsordnung (ÄAppO) im Jahr 2012 wurden das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin auf mindestens zwei Wochen verlängert und eine Pflichtfamulatur für die Dauer eines Monats in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung eingeführt. Mit diesen beiden Maßnahmen sowie dem erteilten Auftrag an die Universitäten, allen Studierenden bis zum Beginn des PJ im Oktober 2019 ein PJ-Wahlterial in der Allgemeinmedizin zu ermöglichen, wurden bereits wichtige Instrumente zur Stärkung der Allgemeinmedizin an den Universitäten eingeführt.

Die Ergebnisse dieser Maßnahmen sollten ebenso abgewartet werden wie die Bemühungen der medizinischen Fakultäten, durch die Einrichtung ordentlicher Lehrstühle für Allgemeinmedizin - was an vielen Standorten bereits geschehen ist - die Medizinstudierenden stärker als bisher an das Gebiet der Allgemeinmedizin bzw. die hausärztliche Versorgung heranzuführen. Zudem können die Fakultäten noch durch vielfältige freiwillige Angebote (zum Beispiel Wahlfächer) die Attraktivität der Allgemeinmedizin weiter steigern.

Gegen die Einführung von Quartalen spricht weiterhin, dass eine Aufteilung des PJ anstatt in drei in künftig vier Abschnitte eine adäquate Einarbeitung in die jeweilige Fachrichtung erschweren würde.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Einführung einer Quartalslösung im Praktischen Jahr mit einem ambulanten Quartal

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Frank Niebuhr, Dr. Henrik Herrmann, Prof. Dr. Ulrich Schwantes, Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling und Petra Imme (Drucksache VII - 102) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der Vorstand der Bundesärztekammer soll prüfen und darüber berichten, wie es möglich werden kann, das Praktische Jahr (PJ) im Medizinstudium dahingehend zu verändern, dass es eine Quartalslösung gibt.

Dabei sollen die Fächer Chirurgie und Innere Medizin jeweils stationär verpflichtend bestehen bleiben. Es soll dann zwei Wahlfächer geben, wovon eines im ambulanten Bereich abgeleistet werden soll.

#### Begründung:

Die besonderen Probleme der ambulanten Medizin, in der über 90 Prozent der Patienten behandelt werden, sind im bisherigen Studienablauf nicht ausreichend repräsentiert. Insbesondere die Besonderheiten in Diagnostik und Therapie, bezogen auf deren Prävalenz im ambulanten Bereich, wird bisher nicht praktisch vermittelt. Viele Krankheitsbilder und deren klinische Ausprägung kommen im stationären Bereich häufig gar nicht vor.

Insbesondere die immer wieder geforderte Förderung der direkten Patientenkommunikation kann im ambulanten Bereich sehr viel intensiver gelehrt werden.

Die Quartalslösung hat für kleinere Einrichtungen auch im stationären Bereich den Vorteil, dass eine kontinuierliche Verteilung der Studierenden über das Jahr erfolgen kann. Damit ist auch die Problematik, entweder viele oder gar keine PJ-Studenten/innen zu haben, gelöst.

Dreimonatsabschnitte sind, wie auch gerade in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen, durchaus ausreichend, um einen guten Einblick in ein Fach zu bekommen.

Die Problematik der Bezahlung im ambulanten Bereich muss mit den Kostenträgern geklärt und abgesprochen werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Auslandsförderung im Praktischen Jahr

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Michael Schulze (Drucksache VII - 30) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber dazu auf, das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) dahingehend anzupassen, dass auch diejenigen Abschnitte des Praktischen Jahrs (PJ), die Medizinstudierende im Ausland verbringen, unabhängig von deren Dauer als förderungswürdig anerkannt werden.

#### Begründung:

Viele Medizinstudierende absolvieren einen Teil ihres PJ an einem ausländischen Klinikum, um sich neben der praktischen Erfahrung auch persönlich weiterzuentwickeln, andere Kulturen sowie auch ausländische Gesundheitssysteme kennenzulernen. Auslandsabschnitte werden auch von Arbeitgebern und in der Forschung sehr positiv bewertet.

Nach Auffassung der Ämter für Ausbildungsförderung im Inland endet jedoch der Bewilligungszeitraum für die Förderung, die Medizinstudierenden im Inland nach BAföG zusteht, sobald ein PJ-Auslandsabschnitt beginnt. Die dann für die Förderung im Ausland zuständigen Ämter sehen aber die Kriterien für die Förderung einer "Ausbildung im Ausland" nach § 5 BAföG für die PJ-Abschnitte als nicht erfüllt an.

Ungeklärt ist bereits, welchen Rechtscharakter die PJ-Abschnitte haben.

1. Sieht man das PJ - wie die meisten Ämter für Ausbildungsförderung - als Teil des Studiums an, wird Ausbildungsförderung nach § 5 Abs. 2 Satz 3 BAföG nur geleistet, wenn der Auslandsabschnitt mindestens sechs Monate oder ein Semester bzw. im Rahmen von Hochschulkooperationen mindestens zwölf Wochen dauert. Diese Anforderung erfüllen die einzelnen PJ-Abschnitte nicht.
2. Betrachtet man das PJ als Praktikum, besagt § 5 Abs. 5 BAföG, dass für Praktika, die für die Ausbildung notwendig sind und im Ausland absolviert werden, erst ab einer Mindestdauer von zwölf Wochen Ausbildungsförderung geleistet werden





kann. Auch diese zeitliche Vorgabe erfüllen die PJ-Abschnitte nicht in jedem Fall (zum Beispiel Splitting).

Es ist klar ersichtlich, dass Medizinstudierende, außer im seltenen Falle einer bestehenden Hochschulkooperation, nicht mit einer Auslandsförderung rechnen können.

Erschwerend kommt hinzu, dass betroffene Studierende oft aus einkommensschwachen Familien stammen und die mit einem Auslandssemester verbundene erhebliche finanzielle Mehrbelastung (zum Beispiel durch Studiengebühren etc.) nicht oder nur schwer tragen können. Der Zugang zu ausbildungs- und karriereförderlichen sowie auch persönlich wertvollen Erfahrungen wird Studierenden aus finanziell schwächer gestellten Familien durch die bestehenden Regularien in erheblichem Ausmaß erschwert.

Dies widerspricht auch Sinn und Zweck des § 5 BAföG. Aus der zu dieser Regelung ergangenen verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung ergibt sich, dass die Hauptziele der durch den Bologna-Prozess angestoßenen Vorschrift gerade die Förderung der Mobilität, der internationalen Wettbewerbsfähigkeit sowie der Beschäftigungsfähigkeit der Auszubildenden sein sollte.

Zusammenfassend stellt sich folgendes Bild dar:

1. Das PJ ist Voraussetzung für die Zulassung zum letzten Staatsexamen.
2. Internationale Erfahrung bei Bewerbern wird auch von vielen Arbeitgebern als wichtig erachtet. Sie kann einen Wettbewerbsvorteil darstellen.
3. Die bestehenden Regularien treffen insbesondere Studierende aus einkommensschwachen Familien, sodass im Zweifel auf Auslandsabschnitte verzichtet und stattdessen die Inlandsförderung weiter fortgeführt wird. Dies ist sozial nicht gerecht.
4. Auslandsabschnitte sind, sofern sie den Bestimmungen der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) und den Landesprüfungsämtern (LPA) genügen, voll auf das Studium anrechenbar. Die Studiendauer verlängert sich dementsprechend nicht. Die Regelstudienzeit wird eingehalten.

Die bestehenden Regularien sind nicht mehr zeitgemäß und berücksichtigen den Sonderfall des Praktischen Jahrs im Medizinstudium nicht. Sie führen zu einer skurrilen Situation, in der finanziell schwächer gestellten Studierenden der Humanmedizin, sogar trotz Einhaltung der Regelstudienzeit, Auslandsförderung versagt bleibt und sie somit von wertvollen Auslandserfahrungen ausgeschlossen werden. Dies ist sicherlich nicht im Sinne des Gesetzgebers und macht nach Auffassung des studentischen Sprecherrats eine Korrektur im Bundesausbildungsförderungsgesetz erforderlich.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Fehlzeitenregelungen im Praktischen Jahr nicht weiter einschränken

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolf Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Michael Schulze (Drucksache VII - 28) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Betroffene Landesprüfungsämter werden aufgefordert, sämtliche - teils sehr restriktive - eigene Ergänzungen der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) bezüglich der Fehlzeitenregelungen im Praktischen Jahr (PJ) zurückzunehmen und sich ausschließlich auf die in der ÄAppO gemachten Vorgaben zu beschränken.

#### Begründung:

Die ÄAppO gewährt jedem Studenten im PJ 30 Fehltage, von denen pro Tertial maximal 20 Tage genutzt werden dürfen. Diese Fehltage schließen auch krankheitsbedingte Ausfälle ein, sind also nicht (wie teils fälschlicherweise angenommen) mit Urlaubstagen gleichzusetzen.

Einige Landesprüfungsämter haben diese einfache Fehlzeitenregulierung durch eigene Vorgaben ergänzt und unnötig verschärft. Das Landesprüfungsamt (LPA) Nordrhein-Westfalen beispielsweise hat zusätzlich bestimmt, dass einem Studierenden im Falle eines Splittings nur noch zehn Tage pro Tertial zustehen, von denen wiederum nur fünf pro Tertialhälfte genutzt werden dürfen. Das LPA Berlin gesteht bei gesplitteten Tertialen gar keine Fehlzeiten zu. Dieser Zusatzregelung liegt die Vorstellung zugrunde, dass eine gewisse Einarbeitungszeit auf Station nötig ist, bevor ein Lernzuwachs stattfinden kann. Dabei wird völlig verkannt, dass Studierende auch bei Absolvierung eines Tertials an nur einer Klinik sehr häufig hausintern nach vier oder acht Wochen zwischen den Stationen rotieren. Hinzukommend konterkariert diese Einschränkung der Fehlzeitenregelung die Festlegungen in der ÄAppO, indem notwendige längere Fehlzeiten, beispielsweise aus Gründen der Kinderbetreuung, der Pflege von Familienangehörigen, aber auch der Teilnahme an Kongressen oder Seminaren, erschwert bis unmöglich gemacht werden. Aus diesen Gründen wird eine Beschränkung auf die in der ÄAppO festgehaltenen Regelungen gefordert.



# 117. Deutscher Ärztetag

Düsseldorf, 27.05. - 30.05.2014

---

## TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

### *Berufsrecht*

- VII - 56 Ergänzung § 630g BGB (Einsichtnahme in die Patientenakte)
- VII - 15 Novellierungsprozess der §§ 30 ff. der (Muster-)Berufsordnung nach den Grundsätzen von Trennungs-, Transparenz- und Äquivalenzprinzip einleiten!
- VII - 71 Überarbeitung Berufsordnung § 32 Abs. 2



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Ergänzung § 630g BGB (Einsichtnahme in die Patientenakte)

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Wolfgang Rechl, Dr. Joachim Calles und Dr. Gerald Qwitterer (Drucksache VII - 56) wird unter Berücksichtigung des Antrags von Birgit Löber-Kraemer, Christa Bartels, Dr. Heiner Heister und Eeva-Kristiina Akkanen-vom Stein (Drucksache VII - 56a) zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, bei der Novellierung des Patientenrechtegesetzes eine Änderung des § 630g Abs.1 Satz 1 BGB zu berücksichtigen, mit dem Inhalt, dass dem Patienten die Einsicht in die Patientenakte auch dann nicht gewährt werden muss, wenn der Einsichtnahme Rechte des behandelnden Arztes entgegenstehen.

Der Gesetzgeber sollte diesem Hinweis durch die geforderte Ergänzung des § 630g Abs.1 Satz 1 BGB in der Weise Rechnung tragen, dass die Bestimmung nach der Ergänzung wie folgt lautet:

"Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe, sonstige erhebliche Rechte Dritter oder Rechte des behandelnden Arztes entgegenstehen."

#### Begründung:

§ 630g Abs.1 Satz1 BGB lautet derzeit wie folgt: "Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen."

Zu Recht stellt der Bundesgerichtshof (BGH) in seinem Urteil vom 07.11.2013 klar, dass - darüber hinaus - auch grundrechtlich fundierte Interessen des Behandelnden einer Einsichtnahme des Patienten entgegenstehen können.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Novellierungsprozess der §§ 30 ff. der (Muster-)Berufsordnung nach den Grundsätzen von Trennungs-, Transparenz- und Äquivalenzprinzip einleiten!

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Bernd Lücke, Dr. Gisbert Voigt, Angelika Haus, Dr. Reinhard Simon, Dr. Christiane Friedländer und Dr. Thomas Lipp (Drucksache VII - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer (BÄK) auf, die §§ 30, 31, 32, 33 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) bis zum 118. Deutschen Ärztetag 2015 in Frankfurt/Main nach den Grundsätzen von Trennungs-, Transparenz- und Äquivalenzprinzip zu überarbeiten und konkrete Ausführungsbestimmungen vorzulegen.

#### Begründung:

Die §§ 30 ff. der MBO geben, zumindest zum Teil, keine Antwort auf die Fragen, die in den vergangenen zehn Jahren neu auf Ärztinnen und Ärzte sowie auf ärztliches Handeln zugekommen sind. Vor dem Hintergrund der öffentlichen Debatte von "Korruption, Vorteilsnahme und angenommene Unkorrektheiten im Gesundheitswesen" müssen wir als Ärztekammer(n) beim Thema "Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten" die Meinungsführerschaft zum Schutz der Kolleginnen und Kollegen übernehmen. Das erfordert, dass wir entschieden und schnell handeln. Dieses gilt insbesondere mit Blick auf die geplante gesetzliche Regelung zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen seitens der Politik.

Aus diesem Grund ist eine Überarbeitung zwingend erforderlich, wobei das Bewährte erhalten und die neuen Fragestellungen ergänzt werden sollte n. Ziel einer Neufassung nach den Grundsätzen von Trennungs-, Transparenz- und Äquivalenzprinzip sollte der Erhalt der Freiheit des einzelnen Arztes und der einzelnen Ärztin sein, sich im Rahmen dieser neuen MBO seinem/ihrer eigenen Gewissen gemäß zu entscheiden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Überarbeitung Berufsordnung § 32 Abs. 2

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VII - 71) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 unterstützt das im Tätigkeitsbericht 2013 angekündigte Vorhaben der Bundesärztekammer (BÄK), die §§ 30 bis 33 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) zu überarbeiten. Dies gilt auch für die im Tätigkeitsbericht genannte Absicht, § 32 Abs. 2 zu streichen, also die bislang zulässige Annahme von Reisekosten und Tagungsgebühren für die passive Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen.

Ebenfalls zu streichen oder zu modifizieren ist der 2. Satz in § 32 Abs. 1:

"Eine Beeinflussung ist dann nicht berufswidrig, wenn sie einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage dient und der Ärztin oder dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen."

#### Begründung:

Die Änderung des § 32 Abs. 2 wurde schon häufig diskutiert und ist überfällig. Sie soll den Ärztinnen und Ärzten zeigen, dass ärztliche Fortbildung nur medizinischen Zielen dient und nicht von wirtschaftlichen Interessen geleitet wird.

Der 2. Satz in § 32 Abs. 1 ist missverständlich, da er impliziert, dass bei industriefinanzierten Fortbildungen vermittelt wird, wie man Patienten kostengünstig versorgt - was in aller Regel nicht zutrifft. Die zweite Satzhälfte bedeutet in der Praxis, dass eine Beeinflussung berufsrechtlich nicht wirksam gehandelt werden kann, denn es bleibt immer die Möglichkeit erhalten, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Deutsche Ärztetage*

- VII - 43    Antragseinreichung und Antragsversand im Vorfeld
- VII - 64    Berufliche Situation leitender Ärzte, Chefärzte und ärztlicher Direktoren
- VII - 94    Erweiterung der Sitz-, Bein- und Bewegungsfreiheit am Sitzplatz eines Delegierten bei einem Deutschen Ärztetag



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Antragseinreichung und Antragsversand im Vorfeld

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Klaus Thierse (Drucksache VII - 43) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 bittet den Vorstand, dafür Sorge zu tragen, dass alle bis eine Woche vor Tagungsbeginn bekannten Anträge im Vorfeld per Post oder Mail versandt werden.

Dies betrifft nicht nur die Vorstandsanträge, sondern vor allem auch die Anträge der Landesärztekammern.

Notwendigerweise muss es daher möglich sein,

- Anträge von Kammerversammlungen oder
- Anträge von zehn Delegierten

im Vorfeld zu stellen.





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Berufliche Situation leitender Ärzte, Chefärzte und ärztlicher Direktoren

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Stephan Roder, Dr. Werner Baumgärtner, Dr. Anne Vitzthum, Dr. Klaus Baier und Dr. Wolfgang Miller (Drucksache VII - 64) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert, sich auf dem 118. Deutschen Ärztetag 2015 in Frankfurt am Main mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefärzte und ärztlichen Direktoren an Krankenhäusern zu befassen.

#### Begründung:

Auf dem 109. Deutschen Ärztetag 2006 in Magdeburg wurde dem Antrag von Prof. Hettenbach, Landesärztekammer Baden-Württemberg, aufgrund eines deutlichen Mehrheitsbeschlusses der Delegiertenversammlung dem Antrag zugestimmt, dass aufgrund des zunehmenden beruflichen Druckes, dem auch Ärzte in leitenden Funktionen ausgesetzt sind, auf einem der nächsten Ärztetage einer der Tagesordnungspunkte die Befassung mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefärzte und ärztlichen Direktoren sein soll (Drs. VII - 89).

Der Präsident des 109. Ärztetages 2006, Prof. Dr. Dr. h. c. Hoppe, hat den Antragsteller damals gebeten, seinen Antrag dahingehend abzuändern, dass die Befassung, die der Präsident als dringend notwendig ansah, nicht auf dem nächsten, sondern auf einem der nächsten Ärztetage (zum Beispiel Münster) stattfinden sollte, da man sich in die Thematik einarbeiten müsse, was in der Kürze der Zeit und bei den mannigfaltigen Themen, die auf den anstehenden Ärztetagen abgearbeitet werden müssen, nicht möglich sei.

Nachdem auf den vergangenen sieben Ärztetagen dieser Antrag keine Berücksichtigung fand und schlussendlich aus unerfindlichen Gründen als Arbeitsauftrag in der Bundesärztekammer (BÄK) völlig verschwand, beantragten die Unterzeichner 2013 auf dem 116. Deutschen Ärztetag deshalb erneut die Befassung des Plenums mit diesem Tagesordnungspunkt.

Der Antrag VI - 108, Befassung mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefärzte und ärztlichen Direktoren, wurde von der Vertreterversammlung auf dem 116. Ärztetag 2013 mit Mehrheit zur Bearbeitung angenommen. Mit der Einladung zum 117.



Deutschen Ärztetag 2014 gingen die Beratungsergebnisse zu den Beschlüssen des 116. Deutschen Ärztetages 2013 den Delegierten zu. Dem Protokoll ist zu entnehmen, dass der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen hat, erneut die Befassung mit dem Thema auf einen der nächsten Ärztetages zu verschieben.

Der Interessenkonflikt Arzt und Familie betrifft leitende Ärztinnen und Ärzte in gleicher Weise wie alle anderen Kollegen. Zusätzlich tragen Kollegen Verantwortung für viele Bereiche ihres Tätigkeitsfeldes, auf die sie wenig oder keinen Einfluss haben. Die Bereitschaft, dauerhaft Verantwortung für eine Abteilung zu übernehmen, geht deshalb bei den Kollegen von Jahr zu Jahr zurück. Leitende Stellen sind zunehmend nicht mehr besetzbar, wobei Chefärzte benachbarter Kliniken dann die vakanten Leitungsfunktionen übernehmen müssen.

Wir beantragen daher, dass die Befassung mit der beruflichen Situation der leitenden Ärzte, Chefärzte und ärztlichen Direktoren Thema des 118. Deutschen Ärztetages 2015 sein soll, wobei die berufliche Situation bei den leitenden Ärzten abgefragt werden soll, um Lösungsvorschläge zu unterbreiten, wie diese Arztgruppe ihre Aufgaben auch im Hinblick auf den anstehenden Genderwechsel in den Leitungsfunktionen in Zukunft möglichst konfliktfrei bewältigen kann.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Erweiterung der Sitz-, Bein- und Bewegungsfreiheit am Sitzplatz eines Delegierten bei einem Deutschen Ärztetag

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Detlev Steininger (Drucksache VII - 94) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer (BÄK) als Ausrichter des Deutschen Ärztetages möge dafür Sorge tragen, dass die Sitz-, Bein- und Bewegungsfreiheit am Sitzplatz eines Delegierten bei einem Deutschen Ärztetag von derzeit 60 cm Tisch- und Stuhlplatzbreite auf mindestens 75 cm Tisch- und Stuhlplatzbreite erhöht wird. Dabei sollen selbstverständlich Fragen des Brandschutzes berücksichtigt werden.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Delegation / Substitution*

- VII - 16    Delegation ärztlicher Leistungen im vertragsärztlichen Bereich - mehr Zeit für originär ärztliche Aufgaben
- VII - 24    Keine Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliche akademische Gesundheitsberufe



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Delegation ärztlicher Leistungen im vertragsärztlichen Bereich - mehr Zeit für originär ärztliche Aufgaben

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Bernd Lücke, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Lothar Rütz und Dr. Reinhard Simon (Drucksache VII - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags auf, eine Ausweitung der Delegation ärztlicher Leistungen allein unter dem Kriterium der Arztentlastung - die die Konzentration des Arztes auf originär ärztliche Tätigkeiten ermöglicht - vorzunehmen. Kostenersparnis darf kein Kriterium für die Delegation ärztlicher Leistungen sein, vielmehr muss die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung im Vordergrund stehen. Die Delegation ärztlicher Leistungen erfolgt ausschließlich durch den behandelnden Arzt.

#### Begründung:

Laut Koalitionsvertrag sollen die Aufgaben nichtärztlicher Gesundheitsberufe ausgeweitet werden. Durch eine sinnvolle Delegation ärztlicher Leistungen an besonders dafür qualifiziertes nichtärztliches Personal kann wertvolle Zeit für die Patientenbehandlung gewonnen und somit die Qualität der Patientenversorgung verbessert werden. Eine erweiterte Übertragung ärztlicher Aufgaben an Angehörige nichtärztlicher Berufe ist zu begrüßen, solange sie unter der Prämisse der Arztentlastung nach Kriterien der Gewährleistung und Verbesserung der Versorgungsqualität erfolgt. Die Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten (MFA) muss in die Modellvorhaben zur Delegation ärztlicher Leistungen mit einbezogen werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Keine Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliche akademische Gesundheitsberufe

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Stefan Windau, Dr. Christian Schmidt, Dr. Bärbel Thiel, Dr. Ullrich Mohr, Dr. Ulrich M. Clever, Dr. Anne Vitzthum, Sabine Riese, Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Peter Kentner, Klaus Schäfer, Dr. Adib Harb, Dr. Hans Ramm, Stephan Bernhardt, Dr. Gabriela Stempor, Burkhard Bratzke, Dr. Andreas Hellmann, Dr. Petra Bubel, Dr. Frauke Wulf-Homilius, Christa Bartels, Dr. Christian Tschuschke, Dr. Svante Gehring, SR Dr. Eckart Rolshoven, Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Martin Bolay, Dr. Hans Worlicek, Dr. Irmgard Pfaffinger, Prof. Dr. Michael Faist, Dr. Roland Freßle, Dr. Susanne Blessing, Dr. Hartwig Kohl und Dr. Stephan Roder (Drucksache VII - 24) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

1. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, Rahmenvorgaben für die Ausbildung und den Einsatz von nichtärztlichem akademisierten Personal zu schaffen. Diese Rahmenbedingungen sollen sowohl die Ausbildung als auch den Einsatz umfassen.
2. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 lehnt jede Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliches akademisiertes Personal ab.
3. Die Rahmenbedingungen im § 63 Abs. 3c SGB V sind nicht zu überschreiten.

### Begründung:

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Studienrichtungen im Gesundheitswesen bieten private Hochschulen achtsemestrige Studiengänge an, nach deren Abschluss der Absolvent in der Lage sein soll, Verantwortung für die Patientenversorgung zu übernehmen, wobei beispielsweise folgende Tätigkeiten aufgezählt werden:

- Erstanamnese mit körperlicher Untersuchung
- Ausarbeitung von Verdachtsdiagnosen
- Aufstellung von Behandlungsplänen
- Durchführung eigenständiger kleinerer operativer Eingriffe



Die genannten Aufgaben stellen eine originär ärztliche Tätigkeit dar, die im Hinblick auf die Qualität der Versorgung der Patienten und zur Vermeidung einer Zweiklassenmedizin nicht auf nichtärztliches akademisches Personal übertragen werden dürfen.

Wir unterstützen die bisherige Linie der gemeinsamen Arbeitsgruppe von BÄK und KBV zur Delegation/Substitution und fordern deren konsequente Einhaltung. Wir fordern die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von BÄK und KBV, die sich auf Basis der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V die neuen Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote, welche die Etablierung von Substitution beinhalten bzw. forcieren, bewertet.

Eine weitergehende Öffnung, die über die Inhalte der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten Versorgung bzw. die Regelungen des § 63 Abs. 3c SGB V hinausgehen, wird abgelehnt.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Fortbildung*

- VII - 51    Anerkennung von Fort- und Weiterbildungen außerhalb Deutschlands
- VII - 59    Begutachtung in der forensischen Psychiatrie - Erarbeitung einer Handreichung durch die Bundesärztekammer
- VII - 80    Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Anerkennung von Fort- und Weiterbildungen außerhalb Deutschlands

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Stephan Bernhardt (Drucksache VII - 51) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 möge beschließen, dass Fortbildungen, die von deutschen Veranstaltern angeboten werden und deren wissenschaftliche Führung von einem in Deutschland bei einer Ärztekammer registrierten Arzt durchgeführt wird, von der Ärztekammer, in der der wissenschaftliche Leiter oder der Veranstalter ansässig ist, geprüft und zertifiziert werden können. Die Ärztekammern werden gebeten, entsprechende Regelungen aufzunehmen.

#### Begründung:

Fort- oder Weiterbildungen von deutschen Veranstaltern oder in Deutschland registrierten Ärzten, die nicht in Deutschland stattfinden, werden von verschiedenen Ärztekammern nicht im Vorhinein zertifiziert. Das Argument, dass die Zertifizierung von der Ärztekammer in dem betreffenden EU-Land vorgenommen werden sollte, greift nicht, da in vielen EU-Ländern eine mit Deutschland vergleichbare Zertifizierung von Fort- und Weiterbildung nicht existiert. Auch eine möglicherweise rückwirkende Anerkennung der Teilnehmer ist eine unnötige Schikanierung und impliziert das Risiko, dass die Teilnehmer nicht wissen, ob und mit wie vielen Punkten die Teilnahme an der Veranstaltung zertifiziert wird. Dies ist auch aus europäischer Sicht nicht nachvollziehbar, da dadurch ein deutscher Veranstaltungsort deutlich besser gestellt wird als ein anderer europäischer Veranstaltungsort. Die für den veranstaltenden Arzt zuständige Ärztekammer sollte die von diesem Arzt außerhalb Deutschlands durchgeführte Fortbildung zertifizieren.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Begutachtung in der forensischen Psychiatrie - Erarbeitung einer Handreichung durch die Bundesärztekammer

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Ulrich M. Clever und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache VII - 59) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer (BÄK) wird gebeten, durch ihre Gremien Handreichungen mit dem Ziel zu erarbeiten, Strukturen zu etablieren, die den ärztlichen Gutachtern im Bereich der forensischen Psychiatrie Orientierung und Unterstützung geben sollen, bei der Begutachtung die fachlichen Standards einzuhalten und so auch ihre berufsrechtliche Verpflichtung aus § 25 der Berufsordnung einzuhalten. Ein spezielles Engagement der BÄK und der zuständigen Fachgesellschaft ist durch die Besonderheit der Begutachtung psychisch kranker Straftäter bzw. einer Straftat Beschuldigter erforderlich.

Besondere Aufmerksamkeit ist dabei auch der Bewusstmachung einer möglicherweise beeinträchtigten Unbefangenheit des Gutachters durch langjährig etablierte Zusammenarbeit mit einzelnen Gerichtskammern oder anderen Auftraggebern oder durch gleichzeitig bestehende andersartige Beziehungen zum Probanden (zum Beispiel als Leiter einer forensisch-psychiatrischen Klinik etc.) zu widmen.

Es sollten Handreichungen zum notwendigen Feedback für den Gutachter und Überlegungen zur Etablierung von Intervision (kollegiale Beratung) bei falsch-negativen oder falsch-positiven Prognosegutachten, zur Qualitätssicherung der Gutachten (zum Beispiel Angebot von Peer Reviewing anonymisierter Gutachten) und zur Etablierung eines CME-Prozesses aufgegriffen und weitergeführt werden, wie sie bereits innerhalb der DGPPN angestellt worden sind.

#### Begründung:

In § 25 der Berufsordnung heißt es: "Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen." Die zu erarbeitende Handreichung würde die ärztliche Sorgfaltspflicht - wie in der Berufsordnung verankert - unterstreichen, Qualitätssicherung deutlich erhöhen und mögliche Fehlerquellen minimieren.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Henrik Herrmann, Dr. Gisa Andresen, Dr. Frank Niebuhr und Petra Imme (Drucksache VII - 80) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Das Interdisziplinäre Forum der Bundesärztekammer (BÄK) bietet eine hervorragende Möglichkeit, berufs- und kammerpolitische Themen, wie zum Beispiel Prävention, Schmerztherapie etc. wissenschaftlich fundiert zur Meinungsbildung vorzubereiten und mit der Fachöffentlichkeit zu diskutieren.

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird daher aufgefordert, das Interdisziplinäre Forum der Bundesärztekammer wie bisher einmal jährlich in Berlin stattfinden zu lassen.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Förderung ärztlicher Nachwuchs*

- VII - 04    Förderung des hausärztlichen Nachwuchses intensivieren
- VII - 05    Ärztliche Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherstellen
- VII - 95    Zeitgemäße strukturierte Weiterbildung
- VII - 29    Bedingungen verbessern statt falsche Anreize setzen - Landärztinnen- und Landarztmangel wirksam bekämpfen!
- VII - 41    Förderung von Mentoringprogrammen durch die Landesärztekammern



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Förderung des hausärztlichen Nachwuchses intensivieren

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 04) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Die flächendeckende wohnortnahe hausärztliche Versorgung ist für das Gesundheitswesen unverzichtbar. Von daher hat der Deutsche Ärztetag bereits mehrfach nachdrücklich auf die sinkende Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten hingewiesen. Nach gegenwärtigen Prognosen fehlen 2020 in Deutschland rund 15.000 Hausärztinnen und Hausärzte! Zudem besteht in Folge der demografischen Veränderung unserer Gesellschaft mit der Zunahme hochbetagter multimorbider Menschen ein zusätzlicher hausärztlicher Versorgungsbedarf.

Die Sorge vor verwaisten Hausarztpraxen gerade auf dem Lande hat in den letzten Jahren zu vielfältigen Initiativen und Fördermaßnahmen geführt. Insbesondere das zum 01.01.2010 neu aufgestellte Förderprogramm Allgemeinmedizin zeigt positive Wirkungen. So steigt die Zahl der Weiterzubildenden in der Allgemeinmedizin in den letzten Jahren wieder leicht an, ohne allerdings bisher den notwendigen Umfang für die Aufrechterhaltung des Status quo erreicht zu haben. Angesichts des sich in allen Versorgungsbereichen entwickelnden Ärztemangels zeichnet sich zudem ein zunehmender Nachwuchswettbewerb mit anderen Fachdisziplinen ab.

Vor diesem Hintergrund fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014, die Förderung des hausärztlichen Nachwuchses weiter zu intensivieren. Nur über ernsthafte und nachdrückliche Anstrengungen aller Verantwortlichen kann es gelingen, mehr Medizinstudierende für eine hausärztliche Tätigkeit zu begeistern, die Zahl der Weiterzubildenden im Gebiet Allgemeinmedizin weiter zu steigern, die hausärztliche Tätigkeit noch attraktiver zu gestalten sowie die Bereitschaft bei jungen Fachärztinnen und Fachärzten zu erhöhen, auf dem Lande tätig zu werden.

Im Einzelnen fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

- an allen medizinischen Fakultäten bis 2017 ordentliche Lehrstühle für Allgemeinmedizin einzuführen,
- die Zahl an Medizinstudienplätzen bei veränderten Zugangskriterien zu erhöhen,
- alle Medizinstudierende bereits frühzeitig zu Beginn des Studiums an das Gebiet



Allgemeinmedizin bzw. die hausärztliche Tätigkeit heranzuführen,

- in ländlichen Gebieten Patenschaften von Hausärztinnen und Hausärzten für Medizinstudierende einzuführen,
- die Zusammenarbeit der Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin mit den allgemeinmedizinischen Lehrstühlen und Instituten zu intensivieren,
- den Ausbau der Verbundweiterbildung durch Thementage, Train-the-Trainer-Seminare und ein Mentorenprogramm,
- eine stärkere Unterstützung der weiterbildenden Praxen,
- die Dynamisierung und Erhöhung des Förderbetrags im Rahmen des Förderprogramms Allgemeinmedizin,
- die Sicherstellung von ausreichend Fördergeldern durch alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Krankenkassen, sodass alle Weiterzubildenden mit einer tarifgerechten Vergütung ohne Wartezeiten auf Grund mangelnder Fördermittel unmittelbar ihre Weiterbildung im ambulanten Bereich beginnen können,
- die Möglichkeit des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin für Fachärzte anderer Gebiete stärker bekannt zu machen,
- die Weiterentwicklung innovativer Versorgungskonzepte mit Förderung der gebietsübergreifenden Kooperation unter Einbeziehung aller Gesundheitsberufe einer Region, insbesondere der Medizinischen Fachangestellten (MFA),
- die Förderung neuer Teilzeitarbeitsmodelle als Vertragsärzte oder angestellte Ärzte,
- die Förderung einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum,
- die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der hausärztlichen Versorgung und
- die Verbesserung der ländlichen Infrastruktur (zum Beispiel öffentlicher Personennahverkehr) und die Unterstützung der Ansiedlung von Hausärztinnen und Hausärzten durch die Kommunen im Rahmen ihrer Möglichkeiten (zum Beispiel Unterstützung bei der Immobiliensuche, Arbeitsplätze für den Partner, Schul- und Kindergartenplätze für die Kinder).



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Ärztliche Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherstellen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 05) unter Berücksichtigung des Antrags von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Angelika Haus, Fritz Stagge, Dr. Svea Keller, Dr. Susanne Blessing und Dr. Thomas Kajdi (Drucksache VII - 05a) fasst der 117. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung von morgen stellt vor dem Hintergrund des altersbedingten Ausscheidens zahlreicher Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahren ein wichtiges Thema dar. In der öffentlichen Wahrnehmung geht es dabei vor allem um den Mangel an Hausärztinnen und -ärzten auf dem Lande. Der ärztliche Nachwuchsmangel betrifft aber auch weitere Bereiche, wie andere niedergelassene Fachärzte, Krankenhäuser, den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie den Rettungsdienst. Zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungssituation führt aber auch die Schließung des einzig bestehenden Krankenhauses in einer Region.

Die Gefahr des Auseinanderdriftens der ärztlichen Versorgung zwischen Stadt und Land, aber auch zwischen Stadtteilen sieht die Ärzteschaft mit großer Sorge. Zur Daseinsvorsorge gehört eine gut erreichbare, wohnortnahe ärztliche Versorgung. Dies gilt umso mehr für ältere und kranke Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Zur Behebung des ärztlichen Nachwuchsmangels, insbesondere im hausärztlichen Bereich, sind in den letzten Jahren vielfältige Aktivitäten gestartet worden, nicht zuletzt von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und ärztlichen Berufsverbänden. Zudem sind über das GKV-Versorgungsstrukturgesetz neue Regelungen eingeführt worden, die den Arztberuf wieder attraktiver machen und Anreize für Ärztinnen und Ärzte setzen sollen, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen. Ebenfalls unterstützen Kommunen im Rahmen kommunaler Versorgungskonzepte mehr und mehr die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung vor Ort.

Erfreulicherweise sind bereits erste positive Wirkungen zu beobachten. So steigt die Zahl an Weiterzubildenden in der Allgemeinmedizin in den letzten Jahren wieder leicht an, ohne allerdings annähernd den notwendigen Umfang für die Aufrechterhaltung des Status quo erreicht zu haben. Auch einzelne Projekte, wie beispielsweise das Netzwerk Ärzte für Sachsen, berichten von einer steigenden Anzahl jüngerer Ärztinnen und Ärzte im Lande.

Die Vielzahl an Einzelmaßnahmen und die ersten positiven Signale können aber nicht

---



darüber hinwegtäuschen, dass die Sicherstellung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung weiterer besonderer Anstrengungen bedarf. Von daher ruft der 117. Deutsche Ärztetag 2014 alle Verantwortlichen dazu auf, in den Regionen gemeinsame Aktionsbündnisse ins Leben zu rufen und auch neue, sektorenübergreifende Wege zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu beschreiten. Insbesondere hierfür fehlt es nach wie vor an bürokratiearmen, flexiblen und planungssicheren rechtlichen Rahmenbedingungen, welche auch regionale Besonderheiten berücksichtigen. Um diese zu entwickeln, müssen die Ärztekammern mit ihrer Expertise in die Versorgungsplanung (zum Beispiel in die Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V) eingebunden werden.

Entscheidend aber für die Sicherung der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung ist eine grundlegende Veränderung des Vergütungssystems für die ambulante Medizin in Deutschland.

Der Spagat zwischen einem unendlichen Leistungsversprechen auf der einen Seite und einer Rationierung der ambulanten Medizin mithilfe eines seit Jahrzehnten gedeckelten Budgets auf der anderen Seite stellt das größte Hindernis für die Lösung der Nachfolgeprobleme in den Praxen dar.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für die ambulante Medizin sichert keine fairen, festen Preise und keine berechenbare Vergütung für die Arztpraxen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) und die Landesärztekammern sind gefordert, parallel zu der Kampagne der Bundesärztekammer gegen die Budgetierung der Klinikvergütungen eine ähnliche Kampagne gegen die ambulanten Budgets für die Grund- und Regelversorgung durch Haus- und Facharztpraxen in ihre politische Arbeit einzubeziehen.

#### Begründung:

Im Bereich der ärztlichen Nachwuchsförderung und -gewinnung engagieren sich neben den Ärztekammern zahlreiche Akteure; eine Vielzahl an Einzelmaßnahmen und Strategien wird verfolgt. In der Gründung von Aktionsbündnissen wird die Chance gesehen, die einzelnen Aktivitäten stärker miteinander abzustimmen und zu verzahnen und hierdurch eine größere Wirksamkeit zu entfalten.





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Zeitgemäße strukturierte Weiterbildung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Theodor Windhorst, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Klaus Reinhardt, Bernd Zimmer, Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Heidemarie Lux, Prof. Dr. Rüdiger Smektala, PD Dr. Hansjörg Heep, Anne Kandler, Dr. Joachim Calles, Dr. Siegfried Rakette, Dr. Claus Beermann, Erik Bodendieck, Dr. Dieter Mitrenga, Dr. Stefan Windau und Dr. Max Kaplan (Drucksache VII - 95) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der Aufwand für die zeitgemäÙe strukturierte Weiterbildung wird weder in den Diagnosis Related Groups (DRG) angemessen noch im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) berücksichtigt. Deshalb muss die Finanzierung der modernen Weiterbildung auf eine breitere Basis gestellt werden.

Daher stellt der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fest:

1. Eine zusätzliche Finanzierung außerhalb der jetzigen Budgets ist erforderlich.
2. Es muss sichergestellt sein, dass jegliche Finanzierung ohne Einfluss auf die Inhalte, die Auswahl des Fachgebietes und die Menge des Nachwuchses erfolgt.
3. Jede Ärztin und jeder Arzt muss sich bewußt und frei für seinen Weiterbildungs-gang und seine Weiterbildungsstelle entscheiden können.
4. Kraft ihrer Approbation üben Ärztinnen und Ärzte auch bei ihrer Weiterbildung die Heilkunde am Menschen aus und sind damit unverzichtbarer Teil der Versorgung.
5. Ausgestaltung und Organisation der Weiterbildung ist originäre und ausschließliche Aufgabe der Ärztekammern.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Bedingungen verbessern statt falsche Anreize setzen - Landärztinnen- und Landarztmangel wirksam bekämpfen!

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Rudolph Henke, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Christoph Emminger, Dr. Hans-Albert Gehle, PD Dr. Andreas Scholz, Dipl.-Med. Sabine Ermer, Dr. Frank J. Reuther und Dr. Michael Schulze (Drucksache VII - 29) fasst der 117. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014

1. spricht sich bei der Vergabe von Studienplätzen gegen die Einführung eines Notenbonus für Studierende aus, die sich nach dem Abschluss ihres Studiums zur ärztlichen Tätigkeit in ländlichen Regionen verpflichten.
2. bekräftigt seine Forderung, dass der bestehende oder drohende Landärztinnen- und Landarztmangel durch Maßnahmen zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in den jeweiligen Regionen bekämpft werden muss.

### Begründung:

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat sich für die Einführung eines Notenbonus für Studienbewerberinnen und -bewerber bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen ausgesprochen, wenn diese sich verpflichten, nach dem Ende ihres Studiums in einer ländlichen Region tätig zu werden. Damit wandelt der Minister die bisher diskutierte Idee einer festen, prozentualen Landarztquote ab. Die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes hatte sich gegen die Landarztquote ausgesprochen.

Der aktuell diskutierte Notenbonus würde sich von der Landarztquote lediglich dadurch unterscheiden, dass eine Willenserklärung von Studienbewerberinnen und Studienbewerbern, nach dem Ende ihres Studiums eine Tätigkeit in einer ländlichen Region aufzunehmen, positiv auf andere Vergabekriterien angerechnet werden und nicht zwangsläufig zu einer Studienplatzzuweisung führen würde. Letztendlich unterscheidet sich der Notenbonus dabei aber weder hinsichtlich des Grundgedankens noch hinsichtlich



der grundsätzlichen Probleme von der eigentlichen Landarztquote.

Der Marburger Bund erneuert seine Kritik daran, dass sich zukünftige Medizinstudierende vor Beginn ihres Studiums im Hinblick auf ihre Tätigkeit nach dem Studium festlegen müssen, um den Notenbonus bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen zu erhalten. Zudem bleibt unklar, ob und welche Konsequenzen Medizinstudierende zu erwarten hätten, wenn sie die Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in einer ländlichen Region nach dem Abschluss ihres Studiums verweigern würden. Eine solche Maßnahme stellt nicht nur eine übermäßige Einschränkung bei der Auswahl des Arbeitsplatzes, sondern auch der Lebensplanung von Medizinstudierenden, zum Beispiel hinsichtlich der Fächerwahl oder des Arbeitsortes, dar.

Auch der aktuell diskutierte Vorschlag geht an den Ursachen des Problems vorbei: Die Gründe, warum Medizinstudierende nicht in unterversorgte Gebiete gehen, sind vielfältig und reichen von Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern, über Niederlassungsbedingungen auf dem Land bis hin zu den grundsätzlichen Lebensbedingungen vor Ort. Mittel gegen den Landärztinnen- und Landärztemangel sind in einem Maßnahmenpaket mit einer Vielzahl von Ansatzpunkten (geregelte Arbeitszeiten, Jobsharing-Modelle, verbesserte Kinderbetreuung, Unterstützung bei der Wohnungssuche, ...) unterschiedlichster Natur zu sehen.



## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Förderung von Mentoringprogrammen durch die Landesärztekammern

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Birgit Wulff und Katharina Bischoff (Drucksache VII - 41) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Landesärztekammern auf, Mentoringprogramme im Krankenhaus, insbesondere für Berufsanfänger/innen, zu fördern.

Der Begriff "Mentoring" beschreibt die Tätigkeit einer erfahrenen Person (Mentor/in), die ihr fachliches Wissen und ihre Erfahrung an eine unerfahrene Person (Mentee) außerhalb des Vorgesetzter-Mitarbeiter-Verhältnisses weitergibt. Inhaltlich geht es darum, informelle Regeln zu vermitteln, in bestehende Netzwerke einzuführen, praktische Tipps zu geben und langfristig die Karriere zu fördern.

#### Begründung:

Schon heute übernehmen die Kammern nicht nur die individuelle Beratung und überprüfen die inhaltliche Standardisierung im Hinblick auf die berufliche Entwicklung junger Ärztinnen und Ärzte, sondern begleiten auch Fragen der Evaluation und Qualitätskontrolle.

Darüber hinausgehende Angebote zur Förderung patienten- und behandlerfreundlicher Betriebsabläufe und Verdeutlichung der Bedürfnisse der Weiterzubildenden durch fest installierte Mentoringprogramme sollen zukünftig vermehrt durch die Landesärztekammern unterstützt werden.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Gesundheitsberufe*

- VII - 44    Medizindolmetscher
- VII - 47    Fortbildung zur medizinischen Fremdsprachenassistentin



## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Medizindolmetscher

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Bärbel Thiel und Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger (Drucksache VII - 44) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert alle zuständigen Gremien dazu auf, ein neues Berufsbild des Medizindolmetschers zu schaffen. Dadurch sollen Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzt werden, sowohl die Anamneseerhebung als auch die Aufklärung vor Operationen und anderen diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen mithilfe der Dolmetscher nach ärztlicher Ethik und den Vorschriften des Patientenrechtegesetzes durchführen zu können.

#### Begründung:

Die bisherige Vermittlung medizinischer Fakten an nicht deutsch sprechende Patienten gelingt besonders in der sprechenden Medizin und bei der Aufklärung zu schwerwiegenden Erkrankungen und Operationen bisher nur ersatzweise (unter anderem durch Reinigungspersonal oder minderjährige Kinder) und kann unter seriöser Anwendung des Patientenrechtegesetzes gegen den Arzt rechtlich ausgehebelt werden. Deshalb müssen die sprachlichen Kommunikationsfähigkeiten und das kulturelle Verständnis mithilfe der Dolmetscher verbessert werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Fortbildung zur medizinischen Fremdsprachenassistentin

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache VII - 47) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer (BÄK) und die Landesärztekammern auf, sich dafür einzusetzen, dass eine Fortbildung (fremdsprachiger) Medizinischer Fachangestellter (MFA) zur "medizinischen Fremdsprachenassistentin" eingeführt und gefördert wird.

#### Begründung:

Die bisherige Vermittlung medizinischer Fakten an nicht deutsch sprechende Patienten gelingt besonders in der sprechenden Medizin und bei der Aufklärung zu schwerwiegenden Erkrankungen und Operationen bisher nur ersatzweise und kann unter seriöser Anwendung des Patientenrechtegesetzes gegen den Arzt rechtlich ausgehebelt werden. Deshalb sollten die sprachliche Kommunikation und das kulturelle Verständnis so gut wie möglich verbessert werden.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Internationales*

- VII - 08    Verhandlungen über die Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP) - Gesundheitsdienstleistungen dürfen nicht Gegenstand des Abkommens werden!
- VII - 69    Freihandelsabkommen EU - USA und Gesundheitswesen
- VII - 25    Einrichtung eines internationalen Health Impact Fund
- VII - 40    Änderung § 34 der Neuformulierung der Deklaration von Helsinki zur Vermeidung von Problemen mit dem Arzneimittelgesetz
- VII - 85    European Medicine Agency - Nutzungsbedingungen für klinische Studien
- VII - 86    Transparenz von Studiendaten
- VII - 77    Keine ärztliche Beteiligung an Designerbabys





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Verhandlungen über die Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP) - Gesundheitsdienstleistungen dürfen nicht Gegenstand des Abkommens werden!

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 08) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Europäische Kommission auf, die laufenden Verhandlungen über die Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP) zwischen der Europäischen Union und den Vereinigten Staaten von Amerika nach demokratischen Grundsätzen zu führen. Demokratie braucht Beteiligung. Die Bürger in Europa haben ein Recht darauf. Über die Verhandlungsgegenstände muss daher konkret Auskunft gegeben und das Verhandlungsmandat offengelegt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass das Patientenschutzniveau aufrechterhalten bleibt. Gesundheitsdienstleistungen dürfen nicht Gegenstand des Abkommens werden.

#### Begründung:

Bei TTIP handelt es sich um ein Freihandelsabkommen, das "hinter verschlossenen Türen" zwischen der Europäischen Union und den USA ausgehandelt wird. Das Ziel des Abkommens ist es, durch die Beseitigung von Handelshemmnissen auf beiden Seiten des Atlantiks Wachstum und Arbeitsplätze zu schaffen. Das Abkommen hat drei zentrale Elemente:

- Marktzugang: Abbau von Zollschränken für Güter und Abbau von Beschränkungen für Dienstleistungen,
- verbesserte regulative Zusammenarbeit, etwa durch den Abbau unnötiger regulativer Barrieren,
- verbesserte Zusammenarbeit im Bereich internationaler Regelsetzung.

Die Ärzteschaft ist zutiefst besorgt, dass der Anwendungsbereich des Abkommens Gesundheitsdienstleistungen erfassen könnte und diese über "regulative Zusammenarbeit" und "internationale Regelsetzung" einer Normierung unterzogen werden. Damit wird die den Mitgliedstaaten vorbehaltene Gestaltung der Gesundheitssysteme durch private internationale Normungsgremien ausgehebelt. Auch Fragen der öffentlichen Gesundheit sind betroffen, wenn ein vorgeschlagener



Streitschlichtungsmechanismus Investoren das Recht einräumen soll, gegen Regierungen mit Schiedsgerichtsverfahren vorzugehen. Gesundheitssysteme und Regulierung im Gesundheitswesen dürfen nicht zum Spielball internationaler Wirtschaftsinteressen werden. Die Gesundheit der Menschen ist das höchste Gut und geht jedem Handels- und Investitionsinteresse vor!



## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Freihandelsabkommen EU - USA und Gesundheitswesen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VII - 69) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 bittet den Präsidenten und den gesamten Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK), sich intensiv politisch auf deutscher und europäischer Ebene dafür einzusetzen, dass es durch das geplante Freihandelsabkommen der Europäische Union (EU) mit den USA (Transatlantic Trade and Investment Partnership - TTIP) zu keiner Einschränkung der Patientensicherheit, der Arzneimittelversorgung oder der kommunalen Krankenhausbetreiber kommt. Die EU braucht starke Regeln für Gesundheit, Verbraucherschutz, Umwelt und Soziales. Durch Investitionsschutzregelungen, deren Einhaltung von einem Schiedsgericht außerhalb der Judikative überwacht und sanktioniert werden soll, könnte es zum Beispiel möglich werden, dass Rabatte auf Arzneimittel aufgehoben werden müssen, dass Werbung für verschreibungspflichtige Arzneimittel erlaubt werden muss oder Patentlaufzeiten verlängert werden. Anbieter von Krankenhausleistungen mit Sitz in den USA könnten sich unter Androhung von Schadensersatzforderungen in den hiesigen kommunalen oder universitären "Krankenhausmarkt" einklagen. Alle diese Maßnahmen gefährden die Patientensicherheit und erhöhen die Kosten im Gesundheitswesen.

Die Verhandlungen über dieses Abkommen müssen öffentlich geführt werden. Planung und Investition von Einrichtungen der Daseinsvorsorge dürfen nicht den freien Kräften des Marktes überlassen werden. In seiner bisher bekannten Form ist das geplante Freihandelsabkommen abzulehnen.

---



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Einrichtung eines internationalen Health Impact Fund

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Fritz Stagge (Drucksache VII - 25) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, sich für die Einrichtung eines internationalen Health Impact Fund einzusetzen.

Gleichzeitig fordert der 117. Deutsche Ärztetag 2014 den Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) auf, sich bei der Bundesregierung, bei den europäischen Gremien sowie beim Weltärztebund für dieses Vorhaben einzusetzen.

Worum geht es?

Der Philosoph Thomas Pogge hat einen Fond vorgeschlagen, den Health Impact Fund.

Derzeit verdienen Pharmahersteller durch Forschung und Entwicklung eines Patents, das dann hohe Medikamentenausgabepreise ermöglicht.

Der Health Impact Fund funktioniert anders: Ein Hersteller könnte sein Medikament dort freiwillig anmelden und müsste vertraglich zusichern, es weltweit zum niedrigstmöglichen Kostenpreis anzubieten und nach Ablauf von zehn Jahren zum generischen Vertrieb freizugeben. Dafür bekommt er während dieser ersten zehn Jahre eine Prämie, die sich nach den Gesundheitsauswirkungen des Medikaments richtet. Die gemeldeten Medikamente würden alle auf ihre Wirkungen untersucht, und jedes Jahr wird dann ein fixer Prämientopf unter diesen Medikamenten verteilt, im Verhältnis zum Gesundheitsgewinn. Wie viel Gewinn damit ein Medikament macht, hängt also davon ab, welchen konkreten Nutzen es hat.

Aber Menschen bekämen so Zugang zu wichtigen neuen Medikamenten, und es gäbe starke Anreize, neue Medikamente mit größtmöglichen Gesundheitsauswirkungen zu entwickeln, insbesondere auch Impfstoffe, die unter dem gegenwärtigen System wenig lukrativ sind.

Zwar hatte die SPD 2011 einen Antrag in dieser Richtung im Bundestag eingebracht (Drucksache 17/8183). In der Koalitionsvereinbarung taucht dieses Bestreben nicht auf.

In Zeiten, in denen große Pharmafirmen 30 bis 40 Prozent Umsatzrendite erwirtschaften

---



und CEOs wie der Valeant CEO J. Michael Pearson es als sinnvolles Geschäftsmodell ansehen, in Pharmafirmen die Forschungsabteilungen zu schließen, muss das bisherige System überdacht werden.

Der Health Impact Fund scheint ein gangbarer Weg zu sein.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Änderung § 34 der Neuformulierung der Deklaration von Helsinki zur Vermeidung von Problemen mit dem Arzneimittelgesetz

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache VII - 40) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer (BÄK) wird gebeten, dem Weltärztebund für den nächsten Revisionsprozess einen Vorschlag zur Änderung von § 34 der Deklaration von Helsinki (neue Fassung) vorzulegen. Ziel dieser Änderung soll es sein, etwaige Verstöße gegen das Arzneimittelgesetz (AMG) zu vermeiden und damit deutsche Ärztinnen und Ärzte bei der Teilnahme als Prüffärztin oder -arzt in klinischen Studien vor dem Dilemma zu bewahren, gegebenenfalls gegen eine der vorgenannten Regelungen zu verstoßen.

Ein deutscher Prüfarzt würde, wenn er der Deklaration von Helsinki in der neuesten Form folgt, im Rahmen eines Studienprotokolls für Arzneimittel (bei willkürlicher Festlegung der Kriterien, was vorteilhaft ist) sich daran beteiligen, die Studienmedikation zur Verfügung zu stellen. Dies würde aber dem Grundgedanken des deutschen Arzneimittelgesetzes widersprechen, welches die Nutzung von bisher nicht zugelassenen Arzneimitteln nur im Rahmen von geprüften und zugelassenen Studien oder unter klaren Auflagen im Härtefallprogramm den Compassionate Use erlaubt.

#### Begründung:

WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects

64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013:

"34. In advance of a clinical trial, sponsors, researchers and host country governments should make provisions for post-trial access for all participants who still need an intervention identified as beneficial in the trial. This information must also be disclosed to participants during the informed consent process."



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** European Medicine Agency - Nutzungsbedingungen für klinische Studien

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling, Prof. Dr. Michael Faist, Dr. Michael Jacobs, Prof. Dr. Ulrich Schwantes und Prof. Dr. Antje Bergmann (Drucksache VII - 85) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer (BÄK) auf, darauf hinzuwirken, dass die bei der European Medicine Agency (EMA) verfügbaren klinischen Studiendaten - wie im Konsultationsverfahren vorgeschlagen - transparent und vollständig dargestellt sowie in einem Format zugänglich gemacht werden, welches eine wissenschaftliche Bearbeitung und Analyse ermöglicht.

#### Begründung:

Die europäische Zulassungsbehörde EMA erhält von pharmazeutischen Unternehmen umfangreiche Daten aus klinischen Studien, auf deren Basis sie über die Zulassung von Arzneimitteln entscheidet.

Um dieses Datenmaterial für die Wissenschaft und gesundheitspolitische Entscheidungsträger nutzbar zu machen, hatte die EMA im Juni 2013 einen Leitfadentwurf vorgelegt, der eine weitreichende Transparenz vorsah.

Aktuell ist vorgesehen und soll in wenigen Wochen von der EMA beschlossen werden, dass diese Studiendaten lediglich am Bildschirm ("View-on-Screen-only") eingesehen, jedoch nicht gespeichert und zur wissenschaftlichen Bearbeitung heruntergeladen werden dürfen.

Daten, die lediglich am Bildschirm eingesehen werden können und nicht vollständig sind, bleiben einer wissenschaftlichen Bearbeitung und Bewertung nach wie vor vorenthalten.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel:      Transparenz von Studiendaten

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Günther Jonitz, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Prof. Dr. Ulrich Schwantes und Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling (Drucksache VII - 86) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Saubere und vollständige wissenschaftliche Informationen sind die Grundvoraussetzung für wissenschaftlich begründete ärztliche Entscheidungen.

Der vom europäischen Parlament gebahnte freie Zugang zu Daten aus wissenschaftlichen Studien soll durch die Nutzungsbedingungen der europäischen Arzneimittelbehörde (EMA - European Medicine Agency) praktisch unmöglich gemacht werden. Demnach dürfen Interessenten die klinischen Studiendaten lediglich am Bildschirm betrachten. Untersagt sind dagegen das Herunterladen, das Abspeichern, die Bearbeitung, das Abfotografieren, das Ausdrucken, die Verteilung und die Übertragung der Informationen.

Diese Bedingungen machen jede wissenschaftliche Auswertung klinischer Studiendaten, beispielweise im Rahmen einer Nutzenbewertung, völlig unmöglich.

Die Arbeit ärztlicher Institutionen, wie beispielsweise der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), wird dadurch massiv erschwert.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die EMA auf, einen ungehinderten und für die Wissenschaft praktikablen Zugang zu Studiendaten zu gewährleisten.





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Keine ärztliche Beteiligung an Designerbabys

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Silke Engelbrecht, Dr. Lars Bodammer und BMedSci Frank Seibert-Alves (Drucksache VII - 77) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

In den USA hat eine Firma vor einer Weile zwei Patente durch die US-Patentbehörde anerkannt bekommen. In diesen Patenten wird ein Kombinationsverfahren zur Selektion von Charakteristika eines Individuums patentiert sowie beschrieben, wie - basierend auf statistischer Kalkulation der Genotypen - die Gametenselektion stattfindet.

Diese scheinbar sehr allgemein gehaltene Patentschrift zur künstlichen Selektion von genetischen Informationen auf individueller Basis zur Übertragung auf die Nachfahren würde dieser Firma erlauben, patentgeschützt sogenannte "Designerbabys" zu erstellen. Damit könnten Eltern wählen, wie ihre Nachfahren aussehen - zum Beispiel nicht nur Haarfarbe und Körperwuchs, sondern auch, welche Dispositionen zu Erkrankungen diese hätten.

Auch wenn die betreffende Firma aufgrund der ersten Reaktionen in der Fachpresse verkünden ließ, von der Nutzung der Patente keinen Gebrauch zu machen, sind doch Zweifel für die Zukunft angebracht. So hatte die Firma versucht, die Patente beim Europäischen Patentamt einzureichen, aufgrund von Nachfragen kam es aber nicht zur Begutachtung der Patente.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 bittet daher die Bundesärztekammer (BÄK), auf alle internationalen ärztlichen Organisationen einzuwirken, um dort ein klares Votum gegen eine Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an der Nutzung solcher Patente zu erreichen. Außerdem wird die Bundesärztekammer aufgerufen, über die entsprechenden Gremien die Politik zu einer möglichst weltweiten Annullierung und Ächtung solcher Verfahren zu bewegen.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Menschenrechte*

- VII - 11 neu "Konversions-" bzw. "reparative" Verfahren bei Homosexualität
- VII - 45    Altersfeststellungen bei Flüchtlingen
- VII - 65    Besonders schutzbedürftige Personen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren
- VII - 66    Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellter Ausländer
- VII - 89    Vereinfachung der Zugangs zur medizinischen Versorgung durch Ausgabe einer Krankenversichertenkarte für Asylsuchende
- VII - 67    Notfallbehandlung und Kostenerstattung für Migranten durch das Sozialamt unabhängig vom Aufenthaltsstatus



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: "Konversions-" bzw. "reparative" Verfahren bei Homosexualität

### **Entschließung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 11 neu) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 stellt fest:

- Homosexualität stellt keine Erkrankung dar, sondern ist eine Variante der unterschiedlichen sexuellen Orientierungen.
- Der Ärztetag verurteilt jegliche Stigmatisierung, Pathologisierung oder Benachteiligung von Menschen unterschiedlicher sexueller Orientierung.
- Der Ärztetag fordert alle Ärzte auf, körperliche und psychische Erkrankungen unabhängig von der sexuellen Orientierung anhand der klinisch relevanten Symptome gemäß ICD-10-Kriterien zu klassifizieren und gemäß den aktuellen Behandlungsstandards zu therapieren.
- Der Ärztetag fordert die Streichung von Diagnosekategorien, die Homosexualität pathologisieren oder die Möglichkeit von Behandlungen oder Therapien als Option nahelegen.
- Homosexualität kann in Verbindung mit religiösen, gesellschaftlichen und internalisierten Normen zu Konflikten führen. Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsansätze sollten auf diese Konflikte fokussieren und nicht auf die Homosexualität als solche.
- Sogenannte "Konversions"- bzw. "reparative" Verfahren, die behaupten, Homosexualität in asexuelles oder heterosexuelles Verhalten umwandeln zu können, und den Eindruck vermitteln, dass Homosexualität eine Erkrankung sei, sind abzulehnen. Diese sind nicht nur unwirksam, sie können sich sogar negativ auf die Gesundheit auswirken.

### Begründung:

Die wissenschaftliche Forschung hat gezeigt, dass es sich bei Homosexualität weder um

---



eine pathologische Entwicklung noch um eine Erkrankung handelt, sondern um eine Variante der unterschiedlichen sexuellen Orientierungen. In Folge wurde daher 1973 die Diagnose Homosexualität von der American Psychiatric Association (APA) aus dem DSM gestrichen und nach einem ähnlichen wissenschaftlichen Reviewprozess 1991 im ICD abgeschafft.

Folgeschwer bleiben die Auswirkungen von direkt oder indirekt erfahrener Diskriminierung (Mays & Cochran, 2001; Meyer, 1995, 2003) auf die psychische wie physische Gesundheit von Menschen mit homo- oder bisexueller Orientierung. So sind höhere Prävalenzraten von Depressionen, Angststörungen und Substanzmissbrauch (King et al. 2008) Folge von Diskriminierungserfahrungen. Zudem besteht eine dreifach erhöhte Suizidrate bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit homo- oder bisexueller Orientierung (Cochran & Mays 2000; Paul et al. 2002, Plöderl et al. 2013).

Auch im ärztlich-therapeutischen Bereich bestehen noch häufig Ambivalenzen und Verunsicherung im Umgang mit Homosexualität (Bartlett, Smith, & King 2009). So genannte "Konversions-" bzw. "reparative" Verfahren umfassen alle Versuche durch selbsterklärte oder zertifizierte Therapeutinnen und Therapeuten (bzw. Heiler im weitesten Sinne) und Laien, Homosexualität in asexuelles oder heterosexuelles Verhalten umzuwandeln (Wolf 2011). Sie vermitteln den Eindruck, dass Homosexualität eine sexuelle Fehlentwicklung bzw. Erkrankung wäre, die durch Interventionen korrigiert werden könnte. Viele internationale Organisationen, wie zum Beispiel der Weltärztebund, der Ständige Ausschuss Europäischer Ärzte (CPME), die American Psychiatric Association oder die American Psychological Association, haben sich klar gegen diese Therapieverfahren ausgesprochen. Hintergrund sind unter anderem Risiken von "reparativen" Verfahren, wie zum Beispiel Depressionen, Angsterkrankungen, selbstdestruktives Verhalten bis hin zu Suizidalität (Beckstead & Morrow 2004; Shidlo & Schroeder 2002, Wagner & Rossel 2006).



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Altersfeststellungen bei Flüchtlingen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Ingrid Rothe-Kirchberger und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache VII - 45) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 stellt fest, dass Alterseinschätzungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UmF) durch Knochenröntgen oder Computertomographie medizinisch nicht vertretbar sind und zu diesem Zweck nicht mehr angewandt werden dürfen.

Aufgrund der nationalen Rechtslage (§ 42 SGB VIII) und der internationalen Rechtslage (UN-Kinderrechtskonvention) muss ein ausreichendes Clearingverfahren durchgeführt werden, das sowohl das psychische, physische und soziale Alter des unbegleiteten jungen Flüchtlings erfasst als auch den daraus resultierenden Jugendhilfebedarf feststellt.

#### Begründung:

Die Altersfeststellung ist keine medizinische Indikation für diese Untersuchungen. Zusätzlich sind diese nach wissenschaftlichen Erkenntnissen so ungenau, dass damit eine Volljährigkeit nach rechtsstaatlichen Prinzipien nicht bewiesen werden kann. Knochenröntgen der Hand und Computertomographie der Sternoclaviculargelenke leisten nur eine metrische Einschätzung mit hoher Standardabweichung, die weder nach rechtsstaatlichen Prinzipien das Alter exakt einschätzt noch einem ganzheitlichen medizinischen Ansatz entspricht. Dieser beinhaltet eine komplexe physische, psychische und soziale Alterseinschätzung, die nur in einem ausreichenden Clearingverfahren zu erreichen ist.

(Ausführliche Begründung: siehe Artikel Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 18, 02.05.2014, Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge: Strittiges Alter - Strittige Altersdiagnostik; Nowotny, Thomas; Eisenberg, Winfrid; Mohnike, Klaus)



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Besonders schutzbedürftige Personen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Julian Veelken, Dr. Matthias Albrecht, MBA und Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache VII - 65) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung auf, die Voraussetzungen für die vom UN-Antifolterausschuss (CAT) 2011 gestellten Anforderungen für medizinisch-psychologische Untersuchungen bei Hinweisen auf Folter oder Traumatisierung von Flüchtlingen im Asylverfahren zu schaffen.

#### Begründung:

Untersuchungen haben gezeigt, dass ca. 40 Prozent der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden, ausgelöst durch traumatische Situationen wie Krieg, Bürgerkrieg, Verfolgung, Folter oder Flucht. Ebenso haben sie gehäuft andere psychische Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen, Suizidalität, Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, gehören laut EU-Richtlinie 2013/33/EU neben unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, Älteren, Schwangeren, schwer Erkrankten, Menschen mit psychischen Störungen und Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern zu den besonders schutzbedürftigen Personen.

In der EU-Richtlinie 2013/33/EU vom 26.06.2013 (Neufassung der EU-Richtlinie 2003/9/EU) zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, haben die EU-Mitgliedstaaten die Pflicht, die spezielle Situation dieser besonders schutzbedürftigen Personen zu berücksichtigen. Die Beurteilung der besonderen Schutzbedürftigkeit soll innerhalb einer angemessenen Frist nach Antragstellung eingeleitet werden, aber auch jederzeit später im Asylverfahren möglich sein. Eine zeitnahe und erneute Überprüfung nicht nur zum Ausschluss somatischer, sondern auch psychischer Erkrankungen, ist insbesondere auch vor einer geplanten Abschiebung zu fordern. Patienten mit einem PTBS oder anderen psychischen Krankheiten sollten nicht abgeschoben werden, da sich ihre Erkrankungen im Rahmen der Abschiebung oder nach Ankunft in ihrem Heimatland erheblich verschlechtern



können.

Vom UN-Antifolterausschuss wird die Bundesregierung seit 2011 aufgefordert, durch ausreichend qualifizierte Fachkräfte die medizinische und psychologische Untersuchung von Asylbewerbern, Flüchtlingen und Abschiebehäftlingen zu gewährleisten, um gesundheitliche, insbesondere psychische Folgen von Traumatisierung zu erkennen. Als Grundlage hierfür empfiehlt der Ausschuss die Anwendung des Istanbul-Protokolls (Vereinte Nationen 2001), das eine genaue Anleitung zur Dokumentation von psychischen und körperlichen Folterfolgen enthält. Bereits seit 2002 werden in Deutschland von den Ärztekammern curriculäre Fortbildungen gemäß Istanbul-Protokoll empfohlen und durchgeführt.

In den spezialisierten Behandlungszentren in Deutschland erfolgt eine qualitativ gute, jedoch quantitativ nicht ausreichende Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Bundesweit fehlt es sowohl an niedrighschwelligem als auch an spezialisierten psychologischen und psychotherapeutischen Angeboten. Bei der zu erwartenden steigenden Anzahl von Flüchtlingen wird sich diese Problematik noch verschärfen, denn schon jetzt ist die Gesundheitsregelversorgung nicht in der Lage, notwendige Hilfsangebote für traumatisierte Flüchtlinge in ausreichender Menge bereitzustellen.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellter Ausländer

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Julian Veelken, Dr. Matthias Albrecht, MBA und Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache VII - 66) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Für gleiche Rechte bei der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Bundesgesetzgeber auf, Asylbewerberinnen und Asylbewerbern sowie ihnen gleichgestellten Ausländerinnen und Ausländern (zum Beispiel Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus) die gleichen Rechte bei der Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen wie regulär Krankenversicherten.

#### Begründung:

Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD aus dem Jahr 2013 ist eine zügige Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) vorgesehen, mit der das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18.07.2012 umgesetzt werden soll. Ein Gesetzentwurf soll noch vor der parlamentarischen Sommerpause 2014 in den Bundestag eingebracht werden.

Das geltende Recht sieht für Betroffene nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Leistungen bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen und Schwangerschaft (§ 4 AsylbLG) vor. Zu der Gewährung sonstiger Leistungen (§ 6 AsylbLG) hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung betont: "Schon der Wortlaut des § 6 Abs.1 Satz 1 AsylbLG zeigt, dass es nicht um die Grundsicherung geht, sondern um Leistungen, die *im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich [...] sind*".

Die im AsylbLG vorgesehenen Leistungseinschränkungen sind in der Praxis oft umstritten und führen nicht selten zu zeitlichen Verzögerungen der Behandlung zu Lasten der Patienten. Dass die Leistungsgewährung nach § 6 AsylbLG in dem Ermessen von medizinisch nicht Sachkundigen in den Sozialämtern liegt, ist aus ärztlicher Sicht nicht verantwortbar.





Die Bestimmungen des AsylbLG zur Gesundheitsversorgung sind mit der vom Grundgesetz vorgegebenen Garantie eines menschenwürdigen Existenzminimums nicht vereinbar. Maßstab muss das medizinisch Notwendige sein, wie es im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen ist. Davon ausgehend sollten die Leistungsempfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz künftig in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden.

Damit ginge ein erheblicher Bürokratieabbau bei Ländern und Kommunen einher, weil die aufwändige Leistungsbewilligung und Rechnungsprüfung bei den Trägern des Asylbewerberleistungsgesetzes entfällt. Statt eines Parallelsystems für einen relativ kleinen Personenkreis kann auf das bereits bestehende und spezialisierte System der Krankenkassen zurückgegriffen werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung festgestellt, dass die Grundleistungen nach § 3 AsylbLG verfassungswidrig sind, da Art. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 GG ein Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums begründet. Dieses Grundrecht *"umfasst sowohl die physische Existenz des Menschen als auch die Sicherung der Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben."*



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Vereinfachung der Zugangs zur medizinischen Versorgung durch Ausgabe einer Krankenversichertenkarte für Asylsuchende

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Ulrich M. Clever, Dr. Andreas Crusius, Dr. Simone Heinemann-Meerz, Dr. Heidrun Gitter und Dr. Udo Schulte (Drucksache VII - 89) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Länder auf, dafür Sorge zu tragen, dass nach den Vorbildern in Bremen, Hamburg und Rostock bundesweit Verträge gemäß § 264 Abs. 1 SGB V mit den Krankenkassen geschlossen werden, die Asylsuchenden einen unkomplizierten Zugang mittels Krankenversichertenkarte zur ihnen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zustehenden Krankenbehandlung ermöglicht.

#### Begründung:

Das seit 1993 laufende Bremer Modell zur Gesundheitsversorgung Asylsuchender hat sich bewährt ([http://www.gesundheitsamt.bremen.de/six-cms/media.php/13/3\\_GBE\\_Gesundheitsversorgung\\_Asylsuchender.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/six-cms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf)). Ein Baustein dieses Modells ist die Ausstattung der Asylsuchenden mit Krankenversichertenkarten, die von den Krankenkassen auf der Grundlage eines Vertrages gemäß § 264 Abs. 1 SGB V ausgegeben werden. Diese Verträge können von den Krankenkassen geschlossen werden, „sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet ist.“ Die Kosten werden also nicht von der Versichertengemeinschaft, sondern von den nach § 10 AsylbLG von den Landesregierungen bestimmten Kostenträgern übernommen.

Deutschland verfügt zweifelsohne über eines der besten Systeme der Gesundheitsversorgung. Der berechtigte Zugang zu diesem System darf nicht an bürokratischen Hürden scheitern oder verzögert werden, ggf. sogar mit tödlichem Ausgang, wie es Mitte April 2014 in Hannover passiert ist, wo ein Kleinkind einer Asylsuchenden starb, weil ein Krankenhaus eine Aufnahme ohne Krankenschein verweigert hat (Füchtlingsrat Niedersachsen vom 15.04.2014).



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Notfallbehandlung und Kostenerstattung für Migranten durch das Sozialamt unabhängig vom Aufenthaltsstatus

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Julian Veelken, Dr. Matthias Albrecht, MBA und Dr. Eva Müller-Dannecker (Drucksache VII - 67) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Bundesgesetzgeber auf, einen "Nothelferparagrafen" im Asylbewerberleistungsgesetz analog § 25 SGB XII einzuführen, um Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus die ihnen vom Gesetz zustehenden Notfallbehandlungen und die mögliche Kostenerstattung durch das Sozialamt zu ermöglichen, ohne sie der Gefahr der Abschiebung auszusetzen.

#### Begründung:

Bisher konnte für die Notfallbehandlung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus vom Krankenhaus oder der behandelnden Einrichtung beim Sozialamt Antrag auf Kostenerstattung analog dem sog. Nothelferparagrafen § 25 SGB XII gestellt werden, ohne dass die Daten der Patienten über das Sozialamt der Ausländerbehörde gemeldet werden durften. Zugrunde liegt der "verlängerte Geheimnisschutz", welcher in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift (AVV) der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz vom 18. September 2009 klargestellt wird. Vor diesem Hintergrund konnten Migranten ohne Angst vor möglicher Abschiebung im Notfall ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen.

Diese Konstruktion zur Notfallbehandlung und Kostenerstattung für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus unter Wahrung der Schweigepflicht war politischer Wille. Im Flyer der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Berlin von 2011 "Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis" wird dies entsprechend erläutert.

Das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 30.10.2013 hat dieser Möglichkeit eine Absage erteilt. Das Gericht verneint die analoge Anwendbarkeit des sog. Nothelferparagrafen des § 25 SGB XII (Sozialhilferecht) für den Bereich des Asylbewerberleistungsrechts.

Künftig erhalten die Patienten die Rechnung und müssen selbst beim Sozialamt den

---



Antrag auf Kostenerstattung stellen. Damit entfällt allerdings der verlängerte Geheimnisschutz, der Aufenthaltsstatus wird bekannt und muss der Ausländerbehörde gemeldet werden, mit dem Risiko der Abschiebung. Wenn die Patienten die Rechnung nicht bezahlen können und aus Angst nicht zum Sozialamt gehen, bleibt das Krankenhaus oder die medizinische Einrichtung auf seinen/ihren Kosten sitzen, obwohl es/sie rechtlich selbstverständlich zur Notfallbehandlung verpflichtet waren und auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf Behandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben.

Die Konsequenzen aus dem Urteil des Bundessozialgerichtes sind weder für die Leistungserbringer noch für die Patienten akzeptabel.

Nach Meinung des 117. Deutschen Ärztetages 2014 sollte auch im Asylbewerberleistungsgesetz ein entsprechender "Nothelferparagraf" wie im SGB XII eingeführt werden, um eine nachträgliche Abrechnung einer Notfallbehandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus durch den Leistungserbringer beim Sozialamt zu ermöglichen.



**TOP VII      Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Qualitätssicherung / Patientensicherheit*

- VII - 03      Bundeseinheitliche Fachsprachenprüfungen bei den Landesärztekammern ansiedeln
- VII - 21      Zuständigkeit für Sprachprüfungen an die Landesärztekammern
- VII - 92      Bundeseinheitlich strukturierte Durchführung der Fachsprachenprüfung für ausländische Ärztinnen und Ärzte durch die Landesärztekammern
- VII - 50      Überarbeitung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK)
- VII - 53      Umsetzung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
- VII - 63      Umgang mit Zweitmeinungen



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Bundeseinheitliche Fachsprachenprüfungen bei den Landesärztekammern ansiedeln

### **Entschließung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 03) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 begrüßt die Absicht der Länder, ein bundeseinheitliches Verfahren zur Überprüfung von Sprachkenntnissen zu etablieren und hierdurch zur Verbesserung der Patientensicherheit beizutragen. Allgemeine Sprachkenntnisse sowie Kenntnisse der medizinischen Fachsprache sind notwendige Voraussetzungen für die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sowie ein dringendes Erfordernis der interprofessionellen Kommunikation. Die 87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 26./27.06.2014 in Hamburg wird gebeten, ein bundeseinheitliches Überprüfungsverfahren der Sprachkenntnisse in den Ländern zu ermöglichen. In den Eckpunkten, die seitens der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) gemäß Beschluss der 86. GMK vom Juni 2013 erarbeitet wurden, ist eine gesonderte Fachsprachenprüfung ausdrücklich vorgesehen. Die Landesärztekammern bieten ihre Mitarbeit bei der Durchführung dieser Prüfung an.

Die Überprüfung der Sprachkenntnisse ausländischer Ärztinnen und Ärzte muss nach einem bundeseinheitlichen Verfahren erfolgen, um den "Prüfungstourismus" zu vermeiden. Im Sinne der Qualitätssicherung sollte die Prüfung der medizinischen Fachsprache in die Zuständigkeit der Landesärztekammern gelegt werden, um die zur Einschätzung vorhandener Fachsprachenkenntnisse notwendige medizinische Expertise einzubinden. Eine parallele Übertragung an Sprachinstitute oder den Arbeitgeber unterläuft die Sicherstellung eines standardisierten Sprachniveaus.

#### Begründung:

Gesetzliche Erleichterungen und auch die Arbeitsmarktsituation in Deutschland sowie die schwierige politische und soziale Lage in vielen Ländern befördern eine zunehmende Migration von Ärztinnen und Ärzten nach Deutschland. Um im Zuge der Migration die Patientensicherheit zu gewährleisten, werden an diese Ärztinnen und Ärzte besondere Anforderungen bezüglich der sicheren Beherrschung der deutschen Sprache gestellt. Zu unterscheiden ist hierbei zwischen allgemeinen Kenntnissen der deutschen Sprache und



medizinischen Fachsprachenkenntnissen.

Klar definierte Anforderungen ermöglichen den migrationswilligen Kolleginnen und Kollegen die Vorbereitung und erleichtern deren Integration. Sie signalisieren Fairness und Rechtssicherheit und können potenzielle Arbeitgeber motivieren, diese Ärztinnen und Ärzte bei der Vorbereitung auf die Prüfung zu unterstützen.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Zuständigkeit für Sprachprüfungen an die Landesärztekammern

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Bernd Lücke, Angelika Haus, Dr. Lothar Rütz, Dr. Gisbert Voigt und Elke Köhler (Drucksache VII - 21) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Landesregierungen auf, die Zuständigkeit für Sprachprüfungen ausländischer Ärztinnen und Ärzte an die Landesärztekammern zu übertragen (wie es in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz bereits gehandhabt wird). Diese müssen dann bundeseinheitliche Maßstäbe entwickeln.

#### Begründung:

Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die zur Sicherung der Versorgung in Deutschland beitragen und Deutsch nicht als Muttersprache sprechen, ist hoch.

Voraussetzung für die Tätigkeit ausländischer Ärzte in Deutschland sind Sprachkenntnisse, die allen Anforderungen des ärztlichen Alltags gerecht werden. Nur eine verständliche und fachlich eindeutige Kommunikation sowohl unter Kollegen als auch im Patientengespräch bietet Sicherheit für den Patienten. Dies betrifft neben dem mündlichen auch das schriftliche Ausdrucksvermögen. Insbesondere ist es für die Wirksamkeit einer Patientenaufklärung nach dem Patientenrechtegesetz erforderlich, dass diese auch verstanden wird.

Nur Ärztinnen und Ärzte sind in der Lage, Kompetenz in der medizinischen Fachsprache richtig zu beurteilen. Daher darf die Beurteilung der Sprachfähigkeit in Bezug auf die ärztliche Tätigkeit nicht den Landesgesundheitsministerien obliegen, sondern sie muss in den Verantwortungsbereich der Landesärztekammern fallen.





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Bundeseinheitlich strukturierte Durchführung der Fachsprachenprüfung für ausländische Ärztinnen und Ärzte durch die Landesärztekammern

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Rüdiger Smektala, Dr. Theodor Windhorst, Dr. Hans-Albert Gehle, Dr. Joachim Dehnst, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp und Dr. Josef Ungemach (Drucksache VII - 92) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

1. Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 appelliert an die politisch Verantwortlichen, die Überprüfung der für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache ("Fachsprachenprüfung für ausländische Ärztinnen und Ärzte") an die Landesärztekammern zu übertragen.
2. Die Überprüfung der für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache ("Fachsprachenprüfung für ausländische Ärztinnen und Ärzte") muss bundeseinheitlich strukturiert und durch die Landesärztekammern durchgeführt werden.

Die einheitliche Strukturierung sollte beispielsweise mindestens umfassen:

- Praxisorientiertes Prüfungsmodell, das das Arzt-Patienten-Gespräch, die Arzt-Arzt-Kommunikation und den schriftlichen kollegialen Bericht umfasst
- strukturierter Ablauf mit praxisorientierten Fallbeispielen
- einheitlicher zeitlicher Rahmen
- Mehrheitlich - mindestens jedoch mit zwei - Ärztinnen und Ärzten besetzte Prüfungsgremien

### Begründung:

#### Zu 1.:

Die ärztliche Berufstätigkeit setzt neben der allgemeinen auch eine fachsprachliche Kompetenz voraus. Medizinische Terminologie muss dem Patienten auch in ihren deutschen Bezeichnungen kommuniziert werden, "Appendizitis" muss also auch als

---



---

"Blinddarmentzündung" benannt werden können. Ausreichende Sprachkenntnisse sind ein Qualitätsmerkmal zur Sicherstellung einer qualifizierten Patientenversorgung und Voraussetzung für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung.

Die Überprüfung der erforderlichen Sprachkenntnisse muss sich daher auch deutlich von allgemeinsprachlichen Prüfungskonzepten (B2-C1-Niveau) abheben, die nur ein formales akademisches Sprachniveau, aber eben keine arztbezogene Sprachkompetenz abprüfen.

Die Prüfung der vielschichtigen berufsspezifischen Sprachkompetenzen kann daher letztlich nur von Ärztinnen und Ärzten vorgenommen werden.

Die Landesärztekammern verfügen als Einzige - inhaltlich und organisatorisch - über umfassende Kompetenzen bei der Prüfung von Ärztinnen und Ärzten (beispielsweise im Rahmen der sogenannte Facharztprüfungen) und können diese auch bei der Prüfung der sprachlichen und kommunikativen Dimensionen ärztlicher Tätigkeit einbringen. Konsequenterweise sind daher - vor allem unter Qualitätsgesichtspunkten - die notwendigen Prüfungen den Landesärztekammern zu übertragen.

Zu 2.:

Damit sollen gleiche Prüfungsanforderungen geschaffen und ein "Prüfungstourismus" zwischen den Bundesländern vermieden werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Überarbeitung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK)

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Stephan Bernhardt und Dr. Klaus-Peter Spies (Drucksache VII - 50) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) für kleine Facharzt- und Hausarztpraxen praxisadäquat zu überarbeiten.

#### Begründung:

Bei der Rili-BÄK handelt es sich um eine Richtlinie zur Durchführung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen. Diese betrifft zum Beispiel auch Blutzuckermessungen, Urinteststreifen und D-Dimer-Schnelltests. Da diese Richtlinie sehr restriktiv ist und häufige interne und externe Qualitätskontrollen verlangt werden, sollte diese Richtlinie der Bundesärztekammer den Realitäten einer Facharzt- und Allgemeinarztpraxis, angepasst werden. Die normale niedergelassene Praxis ist kein Großlabor. Eichämter haben bereits vereinzelt Praxen nach den Kriterien der Rili-BÄK geprüft und Strafen bei Nichterfüllung verhängt. Auch sind einzelne Kontrolllösungen teuer und verfallen bereits nach wenigen Monaten, nachdem sie angebrochen wurden.

Die administrativen und kostenintensiven Formalien der Rili-BÄK, die mit dem Argument der Qualitätssteigerung eingeführt wurden, müssen in der Realität auch finanzierbar sein und dürfen nicht zu mehr Bürokratie führen. Wenn dies nicht gegeben ist, verdrängt die Rili-BÄK am Ende die schnelle Labordiagnostik in der Praxis. Dann wäre Labordiagnostik nur noch in Großlaboren kostendeckend zu erhalten. Dies würde am Ende zu einer Verschlechterung der Versorgung führen, da nötige zeitnahe Diagnostik in der Praxis nicht mehr angeboten und möglich wäre.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Umsetzung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Bernd Müller (Drucksache VII - 53) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die Umsetzung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) bezahlbar zu gestalten.

#### Begründung:

Die RiliBÄK führen in Versorgerpraxen zu einer Einschränkung der Laborleistungen und somit in der Folge zu einer schlechteren Qualität der Patientenversorgung, da einige Laborleistungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr kostendeckend angeboten werden können. Alleine 25 Prozent der Kosten bei zum Beispiel Spermogrammen oder Urinmikroskopie müssen neuerdings in einer urologischen Versorgerpraxis für die verpflichtenden externen Ringversuche bei Wirtschaftsunternehmen aufgebracht werden. Dabei war die Vergütung bereits vor dieser qualitätssichernden Maßnahme sehr gering im Verhältnis zum zeitlichen und materiellen Aufwand. Ähnliche Verhältnisse bestehen bei weiteren Laboruntersuchungen in der Praxis. Qualitätssicherung ist sinnvoll, muss aber kostendeckend umsetzbar sein.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Umgang mit Zweitmeinungen

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Patricia Aden, Eeva-Kristiina Akkanen-vom Stein, Christa Bartels, Prof. Dr. Bernd Bertram, Uwe Brock, Dr. Christiane Friedländer, Dr. Oliver Funken, Martin Grauduszus, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß, M.A., Angelika Haus, PD Dr. Hansjörg Heep, Dr. Heiner Heister, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König, MPH, Michael Krakau, Michael Lachmund, Dr. Guido Marx, Dr. Dieter Mitrenga, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Fritz Stagge, Dr. Gabriele Wöbker und Bernd Zimmer (Drucksache VII - 63) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

#### **I.**

Als ärztliche Zweitmeinung („Second Opinion“) wird die zweite, unabhängige Begutachtung eines ärztlichen Erstbefundes durch einen zweiten Arzt verstanden. Sie kann sich auf eine Erkrankung oder auf eine Behandlungsmaßnahme beziehen. Aus Sicht des Patienten wird als Zweitmeinung die Konsultation eines weiteren Arztes nach Beratung durch einen ersten Arzt angesehen, um eine weitere - bestätigende oder abweichende - Meinung zu erhalten.

Das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung kann als ein Element der Qualitätssicherung verstanden werden, das Fehldiagnosen vermeiden, Indikationen für planbare operative Eingriffe oder zum Teil auch kostenintensive Therapien klären und bei dem Patienten Zweifel an einem Befund/einer Therapie ausräumen soll. In vielen Bereichen sind Zweitmeinungssysteme im Krankenhaus bereits fest etabliert (Tumorboard, kardiologisch-kardiochirurgische Konferenzen etc.).

#### **II.**

Derzeit können Zweitmeinungen von einem Patienten eingeholt werden, wenn der Arzt

- einen operativen Eingriff empfiehlt,
  - eine schwerwiegende Erkrankung diagnostiziert, die der Patient nicht akzeptieren kann,
  - eine Behandlung empfiehlt, die der Patient als unnötig empfindet,
  - eine Zweitmeinung empfiehlt
-



oder wenn

- aus Sicht des Patienten die Diagnostik nicht ausreichend ausgeschöpft worden ist,
- die Krankenversicherung eine Zweitmeinung vor einer elektiven Operation fordert.

### III.

In § 137 SGB V werden Zweitmeinungen seit 1989 gefordert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist seit langem beauftragt, für zugelassene Krankenhäuser Beschlüsse über Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen zu fassen. Überlegungen/Konkretisierungen hierzu sind bislang nicht bekannt.

Im Kontext sachgerechter Indikationsstellung werden "...Patienten zukünftig regelhaft die Möglichkeit [haben], eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus einzuholen. Dies betrifft vom GBA zu definierende mengenanfällige planbare Behandlungen. Die Ärzte müssen bei Indikationsstellung die Patienten über deren Recht zur Einholung einer Zweitmeinung verbindlich aufklären"- bei Kostenübernahme durch die Krankenkassen (Koalitionsvertrag 2013).

Bereits jetzt bieten verschiedene Krankenkassen ihren Versicherten den Zugang zu einer Zweitmeinung über Internetportale an. Die Kostenträger räumen Zweitmeinungsaktivitäten eine Schlüsselrolle bei der Eindämmung der Mengendynamik gegebenenfalls nicht indizierter Eingriffe ein.

Vorstellungen zu den grundsätzlichen Voraussetzungen und Qualitätsanforderungen zu bzw. bei der Erstellung sowie zu den möglichen Auswirkungen von Zweitmeinungen sind gleichwohl bislang in keiner Weise formuliert.

### IV.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 spricht sich für die Erarbeitung von Vorschlägen

- zu den Indikationen für eine Zweitmeinung,
- zur Erarbeitung der Voraussetzungen und der qualitativen Anforderungen zu bzw. bei der Erstellung von Zweitmeinungen, zu den erforderlichen Erstbefunden und zum grundsätzlichen Stellenwert von Zweitmeinungen und den möglichen Auswirkungen für die Ärzteschaft,
- zur Evaluation des Zweitmeinungsverfahrens und zur Erschließung möglicher Lerneffekte,
- zur Klärung der Haftungsfragen bei divergierenden (Zweit-)Meinungen und
- zur Klärung von Vergütungsfragen

in den zuständigen Gremien der Bundesärztekammer aus.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Reproduktionsmedizin / PND / PID*

VII - 36    Nichtinvasive Pränatalteste

VII - 83    Umsetzung PID-Gesetz und PID-Verordnung - Gebührenproblem



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Nichtinvasive Pränatalteste

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus König (Drucksache VII - 36) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Nichtinvasive Pränataltests (NIPT) in Form der jetzt auf den Markt gekommenen Blutuntersuchungen der werdenden Mütter überfordern das Verständnis der Schwangeren für eine normale Schwangerenbetreuung durch unkontrollierte Werbung und nichtvorhandene Richtlinien. Die Gendignostikkommission (GEKO) wurde aufgefordert, klare Richtlinien im Umgang mit diesen Tests zu erstellen, um den Missbrauch zu verhindern.

Schwangeren werden in zunehmendem Maße pränataldiagnostische Untersuchungsmethoden angeboten, die sie vor die Frage stellen, gehört eine solche Untersuchung zum normalen Ablauf einer Schwangerenbetreuung oder sind hier nur spezielle Risikokonstellationen gemeint. Klarer ausgedrückt, mache ich etwas falsch, wenn ich keinen solchen Test durchführe. Hier bedarf es einer klaren Indikationsliste zur Durchführung dieser Tests, auch wenn sie offiziell keine Kassenleistung der gesetzlichen Krankenkassen sind.





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Umsetzung PID-Gesetz und PID-Verordnung - Gebührenproblem

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Ulrich M. Clever (Drucksache VII - 83) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, zukünftig zu erwartende hohe Gebühren für einen Antrag betroffener Eltern auf eine Begutachtung für eine Präimplantationsdiagnostik (PID) gesetzlich als Kassenleistung im SGB V zu verankern.

#### Begründung:

Die Umsetzung des bereits 2011 verabschiedeten Präimplantationsdiagnostikgesetzes (PräimpG) und der dazugehörigen Verordnung durch den Bundestag ist im Gang und wird für die Bürgerinnen und Bürger bald nutzbar sein.

Die Ärztekammern arbeiten - wie 2011 auf dem Kieler Ärztetag versprochen - federführend an der Ausgestaltung der PID-Ethikkommissionen mit den entsprechenden Landesministerien.

Dabei wird zunehmend deutlich, wie hoch die Gebühren sein werden bzw. sein müssten, wollten die PID-Ethikkommissionen kostendeckend arbeiten. Gleichzeitig liegen inzwischen Gerichtsurteile vor, nach deren Spruchpraxis die Beantragung durch betroffene Eltern, die um eine Präimplantationsdiagnostik nachsuchen, nicht die Kosten durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung vorsehen - d. h. die Eltern, die um eine genetische Störung für ihre noch nicht geborenen Kinder fürchten, müssen die zwischen 1.000 Euro und 2.000 Euro geschätzten Antragskosten selbst aufbringen. Angesichts dessen steht zu befürchten, dass sich betroffene Paare zur Vermeidung der Kosten im Ausland einer PID unterziehen - wie es bislang schon diejenigen tun, die es sich leisten können.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, hier für eine gesetzliche Lösung zu sorgen.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*SGB V / GKV*

- VII - 10    Versorgungsbedarfsgerechte Flexibilisierung des Morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)
- VII - 23    Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich abschaffen
- VII - 33    Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen niedergelassenen Ärzten und medizinischen Versorgungszentren, die unter der Leitung von Krankenhäusern geführt werden, herstellen



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Versorgungsbedarfsgerechte Flexibilisierung des Morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA)

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 10) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Durch eine Flexibilisierung des Morbi-RSA muss künftig gewährleistet werden, dass den regionalspezifischen Anforderungen aus der vertragsärztlichen Versorgung und aus der Krankenhausversorgung durch die Krankenkassen wieder passgenau entsprochen werden kann! Versorgung ist regional ja sogar lokal und hängt auch von dortigen Versorgungsbedarfen und -strukturen ab.

Hierzu ist der bundeseinheitlich angelegte Verteilungsmechanismus des Morbi-RSA über ein diagnosenbezogenes Klassifikationssystem zu überprüfen, von Fehlanreizen zu befreien und durch regionale versorgungsrelevante Faktoren zu ergänzen.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 ruft die Bundesregierung, den Bundestag sowie die Länder und den Bundesrat auf, hierfür entsprechende gesetzliche Regelungen - idealerweise noch im Zusammenhang mit dem aktuell im parlamentarischen Verfahren befindlichen GKV-FQWG (GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz) - zu schaffen.

#### Begründung:

Nach zu starker Zentralisierung der Vorgaben für vertragsärztliche Vergütungsvereinbarungen wurden diese mit dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 wieder regionalisiert. Weitergehend werden außerdem im ambulanten Bereich kassenspezifische Verträge wieder diskutiert. Auch im Krankenhaussektor wird zur Lösung der Probleme der Krankenhausfinanzierung gefordert, die weitgehende Dominanz des G-DRG-Fallpauschalensystems als Preis-Mengen-System zur Erwirtschaftung der DRG-Erlösbudgets der Krankenhäuser zu relativieren und mehr Ermessensspielräume für die Abbildung regionaler Besonderheiten bzw. die Berücksichtigung von über das DRG-Fallpauschalensystem nicht gut abbildbare Kostenentwicklungen zu schaffen.

Diesen Maßnahmen auf der Ausgabenseite muss auch in der Mittelverteilung auf der Einnahmenseite der Krankenkassen durch den Morbi-RSA entsprochen werden.



Fehlanreize und Fehlverteilungen durch die aktuelle Morbi-RSA-Systematik, die dazu führen, dass bestimmte Kassen in ihren Versorgungsbezirken Überschüsse erzielen, welche sich nicht durch den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten rechtfertigen lassen, müssen beseitigt werden. Hierzu gehört insbesondere auch der Fehlanreiz, dass manche Krankenkassen ohne Rücksichtnahme auf das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten über gezielte Anreize gegenüber Ärzten, Krankenhäusern, Kollektiv- und Selektivvertragspartnern versuchen, ihre "Performance" im Morbi-RSA mittels einer optimierten Diagnosenkodierung ihrer Versicherten bzw. Patienten zu verbessern. Die so generierten Überschüsse, die dann für Werbemaßnahmen, wie z. B. "Dividendenauszahlungen" an Bestandsversicherte und Neukunden zweckentfremdet werden, fehlen anderen Kassen, die für ihre Bezirke aus dem Morbi-RSA noch nicht einmal die notwendigen Mittel zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Versicherten erhalten und müssen umgehend wieder der Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden.

Dies muss bereits bei der ansonsten begrüßenswerten Wiederherstellung der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen mit dem GKV-FQWG berücksichtigt werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich abschaffen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Fritz Stagge (Drucksache VII - 23) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, die aktualisierte Form des Risikostrukturausgleichs, den sogenannten Morbi-RSA, ersatzlos abzuschaffen.

#### Begründung:

1994 hat der Gesetzgeber den Risikostrukturausgleich eingeführt, um den Wettbewerb der Krankenkassen „sozialverträglich zu gestalten“. Auf diese Art und Weise wurde ein Schutzzaun errichtet für Krankenkassen, die durch ihre traditionelle Mitgliederstruktur ein geringes Beitragsaufkommen pro Kopf erzielten.

Manche nannten das einen "Schutzzaun um die AOK" und die Knappschaft.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften öffentlichen Rechts. Fällt eine Krankenkasse aus, werden die Mitglieder von anderen Krankenkassen übernommen. Die Mitarbeiter sind durch Regelungen in aller Regel vor Kündigungen geschützt, die es nicht erforderlich machen, die Struktur des Gesundheitssystems nur zum Erhalt dieser Arbeitsplätze zu verändern.

Inzwischen hat sich der Morbi-RSA zu einem bürokratischen Monster entwickelt. Der Erhalt von Krankenkassen mit schlecht verdienenden Mitgliedern hat zwar größtenteils geklappt, es ist aber ein Kostenapparat entstanden, der in keinem Aufwand zum Ertrag steht. Krankenkassen setzen Mitarbeiter ein, um Diagnosekodierungen in Arztpraxen zu verändern. Krankenhäuser beschäftigen Mitarbeiter, die sich nur mit der Codierung befassen.

20 Jahre nach Einführung wird dieses „Sozialleistungssystem für Körperschaften öffentlichen Rechts“ als Selbstverständlichkeit hingenommen.

Tatsächlich gehört es abgeschafft, die dadurch frei werdenden Mittel könnten der Patientenversorgung zur Verfügung gestellt werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen niedergelassenen Ärzten und medizinischen Versorgungszentren, die unter der Leitung von Krankenhäusern geführt werden, herstellen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Dr. Susanne Blessing, Christa Bartels, Dr. Hartwig Kohl und Fritz Stagge (Drucksache VII - 33) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, für gleiche und faire Wettbewerbsbedingungen zwischen selbstständigen Vertragsärzten und von Kliniken geführten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Sorge zu tragen. Es muss sichergestellt sein, dass von Kliniken betriebene MVZ sich allein auf Grundlage dort erfolgreicher ambulanter Behandlungen wirtschaftlich tragen. Eine Subventionierung von MVZ durch Gewinne aus stationärer Behandlung oder aus Mitteln der Länder und Kommunen zur Krankenhausfinanzierung ist abzulehnen. Die Notwendigkeit dieser Forderung ergibt sich

- aus Gründen fairer Chancengleichheit verschiedener Versorgungsstrukturen und -anbieter untereinander
- aufgrund eines ordnungspolitischen allgemeinen Interesses an einer wirtschaftlich sinnvollen und effizienten Versorgung
- daraus, dass MVZ nicht primär als Ein- oder Zuweiserportale für Kliniken besonders von Gesundheitskonzernen fungieren, sondern tatsächlich einer Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung dienen sollen.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Sucht und Drogen*

- VII - 09    Medikamentenabhängigkeit eindämmen und Angebote der Suchtbehandlung und -beratung für Betroffene ausbauen
- VII - 100    Werbeverbot für Alkohol
- VII - 46    Amphetaminsucht (Crystal Meth) in den Grenzgebieten zu Tschechien wirksam bekämpfen
- VII - 35    Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - sichere Rechtslage in der Substitution notwendig
- VII - 55    Substitutionspraxis auf dem Prüfstand
- VII - 49    Verbot der Abgabe und Nutzung von E-Zigaretten an/durch Minderjährige



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Medikamentenabhängigkeit eindämmen und Angebote der Suchtbehandlung und -beratung für Betroffene ausbauen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VII - 09) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 zeigt sich besorgt, über die steigende Anzahl des schädlichen Gebrauchs und der Medikamentenabhängigkeit und fordert die Verantwortlichen auf, mit folgenden Maßnahmen diesem Trend entgegenzuwirken:

- eine intensive und objektive Aufklärung der Bevölkerung über Risiken einer längerfristigen Einnahme von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential,
- ein generelles Verbot der Publikumswerbung für nicht-rezeptpflichtige Medikamente zur Behebung von Schlaflosigkeit, psychischen Störungen oder Veränderungen der Stimmungslage,
- den Aufbau von Strukturen und Modellprojekten, die die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Praxis und Klinik sowie die multiprofessionelle Betreuung und Behandlung älterer und oftmals multimorbider, psychosozial belasteter Patienten verbessern können,
- einen Ausbau von Unterstützungsangeboten für psychisch belastete Menschen sowie eine bessere Verzahnung dieser Angebote mit ärztlichen Behandlungsangeboten,
- eine angemessene Ausstattung und Vergütung des Suchtbehandlungs- und -hilfesystems zur Beratung und Behandlung Medikamentenabhängiger.

### Begründung:

Nach aktuellen Erhebungen des Epidemiologischen Suchtsurveys weisen 4,5 Prozent der erwachsenen Bevölkerung zwischen dem 18. und dem 64. Lebensjahr eine Medikamentenabhängigkeit auf (= 2,3 Millionen), davon 3,4 Prozent eine Abhängigkeit von Schmerzmitteln, 0,8 Prozent von Schlafmitteln und 1,4 Prozent von Beruhigungsmitteln. Hinzu kommen 8,9 Prozent, die einen missbräuchlichen Medikamentenkonsum betreiben (= 4,6 Millionen). Dies stellt eine Zunahme gegenüber früheren Erhebungen dar.





Als mögliche Ursachen sind vor allem eine alternde Bevölkerung mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen, eine Zunahme psychischer Belastungen, die immer weniger über das soziale Umfeld aufgefangen werden können, aber auch zunehmende Anforderungen an die Funktionsfähigkeit des Einzelnen im Alltag zu nennen.

Ärzte sehen sich in ihrer Praxis zunehmend mit den daraus resultierenden Symptomen sowie dem Wunsch nach deren schneller Beseitigung konfrontiert. Viele Medikamente, wie z. B. Beruhigungsmittel oder Schmerzmittel, haben sich als äußerst wirksam und hilfreich für die akute Behandlung von Beschwerden erwiesen. Im Kontext psychosozialer Probleme kann es jedoch zu nicht leitliniengerechten, lang andauernden Verordnungen kommen, die in Abhängigkeitserkrankungen münden können.

Erschwerend kommt hinzu, dass ärztliche Therapiebemühungen durch Arztwechsel oder die parallele Nutzung verschiedener Ärzte leicht unterlaufen werden können.

Zudem ist festzuhalten, dass der größte Teil der eingenommenen Schmerzmittel (65 Prozent) inzwischen ohne ärztliche Verschreibung erworben und in Selbstmedikation eingenommen wird.

Darüber hinaus wird das Problem durch eine vereinfachte Verfügbarkeit von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial – z. B. über das Internet – befördert.

Die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft haben sich deshalb wiederholt

- für eine Arzneimittelgesetzgebung mit hohem Patientenschutz,
- eine kontinuierliche Information und Fortbildung von Ärzten zu einer rationalen Arzneimitteltherapie und
- eine objektive Aufklärung von Patienten über Medikamente mit Abhängigkeitspotential

eingesetzt.

Ein mögliches Ergebnis dieser Bemühungen ist die Tatsache, dass die Verordnungszahlen bei Benzodiazepinen und ihren Analoga bereits seit mehreren Jahren eine rückläufige Tendenz zeigen.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Werbeverbot für Alkohol

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Bärbel Thiel (Drucksache VII - 100) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, öffentliche Werbung für alkoholische Getränke einzuschränken bzw. zu verbieten.

#### Begründung:

Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sowie deren Folgen sind in Deutschland ein erhebliches Problem.

Analog zum Verbot von Tabak ist es sinnvoll, einen ersten Schritt zur Einschränkung des Alkoholkonsums in Deutschland zu machen und auf diese Weise ernst zu nehmen. Durch ein Werbeverbot kann darauf hingewiesen werden, dass vom Alkoholmissbrauch erhebliche Gefahren für Jugendliche, aber auch viele Erwachsene ausgehen.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Amphetaminsucht (Crystal Meth) in den Grenzgebieten zu Tschechien wirksam bekämpfen

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Prof. Dr. Otto Bach (Drucksache VII - 46) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundes- und Landesregierung(en) auf, finanzielle, personelle und strukturelle Mittel in besonderem Umfang dem Thema Amphetaminsucht (Crystal Meth) in Grenzgebieten der Bundesrepublik Deutschland zu Tschechien zuzuwenden.

#### Begründung:

Insbesondere im Grenzgebiet der Bundesrepublik Deutschland zu Tschechien, also in Bayern und Sachsen, ist es zu einer explosionsartigen Zunahme des Suchtverhaltens, vor allem bei Jugendlichen mit Crystal-Meth-Abhängigkeit gekommen. Die Entwicklung ist in diesen Grenzgebieten kaum noch zu beherrschen.

Es ist deshalb dringend erforderlich, Personal und finanzielle Mittel für eine rasche und umfassende ärztlich geleitete wissenschaftliche Ermittlung der Dynamik des Drogenkonsums sowie sämtlicher struktureller Grundbedingungen des Drogenkonsums von Jugendlichen insbesondere in diesen Regionen zuzuweisen, um rasch grundlegende und nachhaltige Maßnahmen zur Bekämpfung der Sucht und zur Verbesserung des persönlichen Schicksals der Betroffenen und der Angehörigen ergreifen zu können.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - sichere Rechtslage in der Substitution notwendig

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Heidemarie Lux, Dr. Gerald Quitterer, MD Dr. Karl Breu und Dr. Klaus Fresenius (Drucksache VII - 35) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) auf, die bereits auf dem 116. Deutschen Ärztetag 2013 geforderte Änderung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) möglichst rasch durchzuführen. Die Versorgung der Patienten ist durch die unsichere Rechtslage in der Substitution akut gefährdet.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Substitutionspraxis auf dem Prüfstand

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Erik Bodendieck (Drucksache VII - 55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 beauftragt die Bundesärztekammer, die derzeitige Substitutionspraxis unter Einbeziehung aller Landesärztekammern auf den Prüfstand zu stellen und die Opiatsubstitution, deren Qualität und Grenzen neu zu justieren und damit ihre Zukunft mit erneuerten klaren Regeln zu sichern.

#### Begründung:

Die Zahl der Opiatsubstituierten steigt weiter, zum letzten Stichtag am 01.07.2013 waren es 77.300. Die Zahl substituierender Ärzte sinkt demgegenüber (BfArM vom 03.01.2014: 2.691). Weit mehr Ärzte sind qualifiziert, substituieren aber nicht.

15 Prozent der substituierenden Ärzte versorgten die Hälfte der Patienten, das bedeutet für diesen Teil ein Verhältnis von durchschnittlich 1:95 (BfArM vom 03.01.2014) und liegt weit über den Empfehlungen aus den Richtlinien. Wie kann so der Richtlinienstandard eingehalten, Qualität geleistet und ärztliches Handeln frei von Anschuldigungen bleiben?

Den Beigebrauch "irgendwelcher" anderer Suchtmittel, Opiate inklusive, stellten Wittchen et al. 2008 bei 46 Prozent der Opiatsubstituierten fest (PREMOS-Studie). Neuerdings wird davon ausgegangen, dass ein Drittel der Substituierten Alkoholprobleme hat (Scherbaum 2014). Die parallele Vergabe von Benzodiazepinen an Opiatsubstituierte war in Hamburg schon vor dem Vollzug, wurde dann durch den unglücklichen Todesfall einer Minderjährigen mit Substitutionsmittel 2012 verhindert. Auch die diagnostische Umetikettierung des Beigebrauchs zur Komorbidität mit "psychischer Störungen durch psychotrope Substanzen" beschreibt nur die Duldung, ja Förderung von Polytoxikomanie unter Substitution. Das sind keine Kennzeichen von therapeutischer Qualität und sicherem Handeln auf stabiler juristischer Grundlage. Diese Risiken können Patienten und substituierenden Kollegen nicht zugemutet werden. Mehr Suchtmittel führt nicht zu weniger Sucht und besseren Verläufen. Ein weiteres Manko ist die ausbleibende Besserung der psychischen Folge- und Komorbidität unter Substitution. Das belegt die PREMOS-Studie. Dort findet sich ein höherer Anteil von depressiven, stress- und traumabezogenen Störungen, Angststörungen, psychotischen Syndromen und



Persönlichkeitsstörungen ohne Schweregradreduktion im Substitutionsverlauf als zu Untersuchungsbeginn. Es fehlt an psychiatrisch-psychotherapeutischer Kapazität und deren anforderungs- und indikationsgerechter Vergütung. Eine umfassende ärztliche Therapie von Substitutionspatienten sieht anders aus. Begonnen hat die reguläre Substitution Opiatabhängiger in Deutschland vor über 20 Jahren mit klaren Indikationen und temporärer Befristung. Praktiziert wird heute mit einer erheblichen Unterstützung ärztlicher Befürworter und starker Lobby eine unberechtigte und folgenfreie Ausweitung der Substitution zu einem Lebensstil (mit polytoxikomanem Wunschkonzert). Dies geht auf Dauer zu Lasten der Gesellschaft. Ein konsequenter autonomiefördernder und sinnstiftender psychotherapeutischer Ansatz im ärztlichen Handeln muss anders erfolgen.

Ärztliche Aufgabe ist es, die Substitution als biopsychosoziale Therapie zur Minderung der Probleme und dem Erreichen von Abstinenz zu nutzen. Damit erhält der Patient die Chance, sich ins reale Leben zu integrieren und sich zu entwickeln. Es geht um Teilhabe und nicht um Ruhigstellung der Abhängigen und der Öffentlichkeit durch eine pure Stoffvergabe.

Mit einem konsequenten therapeutischen Herangehen in der Opiatsubstitution finden wieder mehr Kollegen zu dieser Aufgabe Zugang. Sucht als Erkrankung grenzüberschreitenden Charakters benötigt in der Therapie kontinuierlich feste Regeln und Grenzen.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Verbot der Abgabe und Nutzung von E-Zigaretten an/durch Minderjährige

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dipl.-Med. Petra Albrecht (Drucksache VII - 49) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesregierung und den Bundestag auf, das Jugendschutzgesetz um ein Verbot der Abgabe und Nutzung von elektrischen Zigaretten (E-Zigarette) an bzw. durch Minderjährige zu ergänzen.

#### Begründung:

Die E-Zigarette ist bislang schlecht reguliert, in der Dosis nicht wirklich einschätzbar; die Verkaufszahlen steigen rasant, der Konsum ist relativ unkontrolliert. Selbst wenn keine Schadstoffe des Tabaks in der E-Zigarette enthalten sind, kann Suchtverhalten aufrechterhalten. Es existieren zunehmend Literaturhinweise darauf, dass die E-Zigarette nicht unbedingt statt tabakhaltiger Produkte konsumiert wird, sondern zusätzlich zu tabakhaltigen Zigaretten (Dual Use). Das Suchtverhalten wird stabilisiert, was insbesondere im Jugendalter nicht ungefährlich ist und zu negativen Langzeitsuchtbiografien führt.

Mit dem derzeitigen Jugendschutzgesetz können der Verkauf sowie die Nutzung von E-Zigaretten an bzw. durch Minderjährige nicht verhindert werden.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Vergütung*

- VII - 12    Keine EBM-Korrekturen durch Umverteilung
- VII - 84    Abschaffung der Regelleistungsvergütung und Wiedereinführung der Einzelleistungsvergütung
- VII - 19    Abschaffung der Fallzahlabstaffelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Keine EBM-Korrekturen durch Umverteilung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Christiane Friedländer, Dr. Klaus Reinhardt, Angelika Haus, Dr. Reinhard Simon und Dr. Gisbert Voigt (Drucksache VII - 12) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, im (Erweiterten) Bewertungsausschuss Ärzte bei Beschlussfassungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) konsequent gegen Höherbewertungen bzw. Neueinführungen von ärztlichen Leistungen zu stimmen, solange diese durch Abwertung anderer Leistungen finanziert werden sollen. Für jegliche EBM-Änderung muss gelten: neue Leistungen nur für neues (extrabudgetäres) Geld, neues Geld nicht zu Lasten von Kollegen!

#### Begründung:

Die Anpassungen des EBM sind seit einigen Jahren massiv gekennzeichnet von der Forderung der Krankenkassen nach Kostenneutralität. Die Einführung von neuen oder Höherbewertungen von bereits im EBM enthaltenen Leistungen wurde zu großen Teilen durch Ausschöpfen angeblich vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven oder durch Kürzung anderer Leistungen finanziert. Zusammen mit Punktwert erhöhungen und Gesamtvergütungssteigerungen führte dies in der öffentlichen Wahrnehmung zur Feststellung von akzeptablen Steigerungsraten hinsichtlich der ärztlichen Honorare. Dies wurde jedoch durch eine ständige Generierung neuer Gewinner und Verlierer, durch Umverteilung, permanente EBM-Änderungen, dadurch wachsenden Verwaltungsaufwand und zunehmende Intransparenz im Honorargeschehen erkaufte.

Dem Versuch, das Problem der Unterfinanzierung des Gesundheitssystems mit immer größerer Komplexität auf dem Rücken der Leistungsträger zu lösen, muss endlich konsequent entgegengetreten werden.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Abschaffung der Regelleistungsvergütung und Wiedereinführung der Einzelleistungsvergütung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Hortensia Pfannenstiel, Dr. Josef Pilz, Dr. Klaus Fresenius und MD Dr. Karl Breu (Drucksache VII - 84) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Politik auf, das Regelleistungsvolumen (RLV) abzuschaffen und die Einzelleistungsvergütung zu einem festen Eurobetrag wieder einzuführen.

#### Begründung:

Ein großer Teil der Kassenpraxen gehört zu den Verlierern dieses Abrechnungssystems.

Ohne IGeL-Leistung und Privatpatienten wären diese Praxen pleite. Zum Überleben führen Ärzte wichtige Leistungen nicht mehr durch. Es wurden in den letzten Jahren kaum mehr Allergietestungen und Hyposensibilisierungen angeboten, was in der Zukunft zu einem großen Anstieg von Asthmapatienten führen wird.

40 Prozent der mittelschweren bis schweren Psoriatiker erhalten keine ausreichende Therapie.

#### **Folge:**

Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Uveitis, Psoriasisarthritis. So gibt es weitere Beispiele.

Wenn sich das Abrechnungssystem nicht ändert, bleibt gute Medizin auf der Strecke, die daraus resultierenden Folgekosten sind absehbar.



## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Abschaffung der Fallzahlabstaffelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Angelika Haus, Dr. Christiane Friedländer, Elke Köhler, Dr. Thomas Lipp und Dr. Bernd Lücke (Drucksache VII - 19) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Vertragspartner Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf, das Budgetinstrument der Fallzahlenabstaffelung grundsätzlich abzuschaffen. Jeder Arzt sollte seine Leistung gemäß seiner persönlich-fachlichen Qualifikation erbringen können und dafür angemessen honoriert werden.

#### Begründung:

Regional besteht bereits ein teilweise erheblicher Ärztemangel, der zu längeren Wartezeiten für Facharzttermine geführt hat. Deshalb ist eine Beendigung oben genannter Budgetierungsmaßnahmen dringend erforderlich. Eine ungerechtfertigte Ausweitung ärztlicher Honorare wird bereits durch andere Mechanismen wie die Zeitplausibilitätsprüfung ausgeschlossen.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Versorgungsforschung*

VII - 34    Wiederaufnahme der Aktivitäten in der Versorgungsforschung



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Wiederaufnahme der Aktivitäten in der Versorgungsforschung

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Beschlussantrag von Dr. Wolfgang Wesiack, Dr. Wolf Römer, Dr. Horst Feyerabend und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache VII - 34) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Bundesärztekammer (BÄK) auf, die Aktivitäten in der Versorgungsforschung zeitnah wiederaufzunehmen und die erfolgreiche Initiative Versorgungsforschung in der vom 114. Deutschen Ärztetag 2011 beschlossenen Konzeption kontinuierlich fortzuführen.

#### Begründung:

Die neue Bundesregierung schenkt der Qualität im Gesundheitswesen verstärkt Aufmerksamkeit und will die Weiterentwicklung durch gesetzliche Maßnahmen, unter anderem durch die Einrichtung eines fachlich unabhängigen, rechtsfähigen, wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen fördern. Die Ärzteschaft sieht insbesondere vor diesem Hintergrund die Notwendigkeit, eine die ärztliche Perspektive besonders berücksichtigende und wissenschaftlich hochrangige Begleitforschung der Entwicklungen im Gesundheitswesen weiterhin nachhaltig zu fördern. Es muss verhindert werden, dass überwiegend ökonomische Kriterien die Diskussion der Qualitätssicherung bestimmen.

Im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sehen die Regelungen des § 137a Abs. 5 und Abs. 6 SGB V (neu) vor, dass sich das neu einzurichtende Institut offen für die Einbeziehung externen Sachverständigen zeigen soll. Dies gilt auch für die Beteiligung der wesentlichen Institutionen der Selbstverwaltung – also auch der Ärztekammern – , der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der Berufsverbände sowie von Patientenvertretungen an der Entwicklung der Arbeitsmethodik des Instituts.

Bei der Umsetzung der Regelungen steht die Expertise der Ärzteschaft im Bereich Qualitätsmessung/Versorgungsforschung zur Verfügung. Hier leistete die von Deutschen Ärztetagen (vgl. u. a. Beschlüsse des 108. Deutschen Ärztetages 2005 und des 114. Deutschen Ärztetages 2011) eingerichtete und weiterentwickelte Initiative zur



Versorgungsforschung der BÄK einen beispielhaften Beitrag für eine zeitnahe, überschaubare und die betroffene Fachöffentlichkeit auch erreichende Arbeitsweise. Die Umsetzung erfolgte dabei insbesondere durch die abgestufte und damit ressourcenschonende Bearbeitung wichtiger Themenfelder, zuerst durch das Thema explorierende Expertisen und in einem zweiten Schritt mittels Fachsymposien, die die Basis für die Reporte zur allseits anerkannten Versorgungsforschung bilden.

Gerade jetzt kann und darf die Ärzteschaft ihre anerkannte Position in diesem für die Gestaltung unseres zukünftigen Gesundheitssystems zentralen Themenfeld nicht verspielen. Vor diesem Hintergrund hat der Deutsche Ärztetag die Aussetzung der Mittel zur Versorgungsforschung im Haushalt der Bundesärztekammer für 2013/2014 mit Sorge zur Kenntnis genommen.

Besonders in der aktuellen Situation hält der 117. Deutsche Ärztetag 2014 eine weitere Aussetzung der für die Versorgungsforschung auf Beschluss des 114. Deutschen Ärztetages 2011 zur Konzeption für eine Fortentwicklung der Aktivitäten zur Versorgungsforschung der BÄK vorgesehenen Mittel für nicht akzeptabel. Vielmehr sind verstärkte Bemühungen der Ärzteschaft um eigene Beiträge zur Versorgungsforschung zwingend erforderlich, damit die ärztliche Perspektive bei der anstehenden Weiterentwicklung des Gesundheitswesens gestärkt und die bisher erreichte Position erhalten bzw. nach Möglichkeit ausgebaut werden kann.



**TOP VII    Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

*Weitere Themen*

- VII - 82    Keine Nutzung von Patientendaten durch Marktforschungsunternehmen ohne persönliches Einverständnis
- VII - 54    Schnittstelle für Terminkalender in Arztpraxen
- VII - 20    Notfallversorgung flächendeckend sichern
- VII - 37    Löschung einer schlechten Bewertung nach dem Schulnotenprinzip auf einem Internet-Bewertungsportal
- VII - 58    Verkehrsmedizinische Kompetenz ist ein wesentliches Element der Patientenberatung
- VII - 78    Soziale Probleme durch fehlende Kostenübernahme von Transportkosten zur ambulanten Behandlung
- VII - 79    Lärminduzierte Gesundheitsschäden
- VII - 87    Feminisierung der Medizin ist keine Krankheit



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Keine Nutzung von Patientendaten durch Marktforschungsunternehmen ohne persönliches Einverständnis

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Lars Bodammer, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Silke Engelbrecht und Anne Kandler (Drucksache VII - 82) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende EntschlieÙung:

Die Weitergabe und Nutzung von Patientendaten an Marktforschungsunternehmen darf nicht ohne individuelles Einverständnis der Betroffenen erfolgen.

#### Begründung:

Die Kritik von Datenschützern, dass weitergegebene Rezeptdaten aus Apotheken unzureichend geschützt an Firmen für Marktanalysen weitergegeben werden, erfordert eine Positionierung der Ärzteschaft zu diesem Thema.

Die derzeitige Gesetzeslage erlaubt es, anonymisierte Rezeptdaten aus Apothekenrechenzentren für Marktforschungsanalysen zu verkaufen (§ 300 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Eine individuelle Einverständniserklärung der Patienten ist hierfür nicht erforderlich. Die Vorkommnisse, bei welchen Patientendaten nur unzureichend verschlüsselt weitergegeben wurden und damit Rückschlüsse auf Patienten oder Verschreibungsverhalten von Arztpraxen möglich waren, erfordern eine Änderung der Richtlinien.

Im Hinblick auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte muss in allen Bereichen noch sorgsamer mit Patientendaten umgegangen und gegen einen möglichen Missbrauch vorgesorgt werden. Die Ereignisse der Vergangenheit beweisen einmal mehr, dass Missbrauch dort stattfinden kann, wo er theoretisch möglich und technisch machbar ist.

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, auf eine Änderung der Gesetzeslage derart hinzuwirken, dass eine Datenweitergabe - unabhängig davon, ob sie anonymisiert ist oder nicht - nur nach individuellem Einverständnis der Patienten rechtens ist.





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Schnittstelle für Terminkalender in Arztpraxen

### **Vorstandsüberweisung**

---

Der Entschließungsantrag von Stephan Bernhardt (Drucksache VII - 54) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert den Gesetzgeber auf, die Praxisverwaltungssysteme (PVS) gesetzlich dazu zu verpflichten, Schnittstellen zu den Online-Portalen anzubieten, ohne dass zusätzliche Kosten für die Arztpraxen entstehen. Dadurch können freie Termine kurzfristig vergeben werden und Wartezeiten spürbar verkürzt werden. Eine Schnittstelle ist notwendig, um konkurrierende Anbieter zu günstigen Preisen zu bringen, damit über viele Praxen gleichzeitig nach freien Terminen gesucht werden kann.

#### Begründung:

Statt teurer und unnützer Vermittlungsstellen für Arzttermine bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) einführen zu wollen, sollte es für Praxen, die daran interessiert sind, die Möglichkeit geben, in Terminportalen ihre freien Termine zeitaktuell einzustellen. Dadurch würden auch kurzfristig abgesagte Termine für andere Patienten schnell zur Verfügung stehen. Das, was heute schon bei Hotelportalen wie HRS oder Trivago oder Reiseportalen gang und gäbe ist, sollte auch bei Arztpraxen möglich sein. Die Anbieter der PVS blockieren diese Möglichkeit, da sie selbst darüber Kosten für die Praxen generieren wollen und teilweise nur ihre eigenen Systeme unterstützen.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Notfallversorgung flächendeckend sichern

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Christiane Friedländer, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Lothar Rütz und Elke Köhler (Drucksache VII - 20) fasst der 117. Deutsche Ärztetag 2014 folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert Bund und Länder sowie die Selbstverwaltung auf, für die Notfallversorgung geeignete finanzielle und strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen. Eine enge Vernetzung der Notfallversorgungsstrukturen über alle Sektoren hinweg ist erforderlich. Speziell bei rückläufigen ambulanten und stationären medizinischen Einrichtungen in der Fläche muss auch weiterhin eine zeitgerechte Erreichbarkeit sichergestellt sein. Analog zu Organisationen, wie beispielsweise von Feuerwehr/Brandschutz, sind entsprechende Vorhaltekosten zu berücksichtigen. Nur dies sichert eine qualitativ hochwertige Behandlung von Patienten mit schweren akuten Erkrankungen oder Unfallverletzungen.

#### Begründung:

Die Notfallversorgung ist grundlegendes Element der öffentlichen Daseinvorsorge und von hoher Relevanz für die Sicherheit der Bevölkerung. Zentrales Ziel muss deshalb eine flächendeckende Verbesserung der ambulanten, präklinischen und klinischen Versorgung von Patienten mit akuten Erkrankungen sein, die eine rasche und kompetente Versorgung erfordern. Eine zeitgerechte Erreichbarkeit der Notfallzentren ist sicherzustellen und notfallmedizinisch relevante diagnostische Verfahren müssen rund um die Uhr bereitstehen (zum Beispiel Notfalllabor, EKG, Sonographie/Echokardiographie, Röntgen, Computertomographie). Kreis und Ländergrenzen dürfen keine Planungshindernisse darstellen.

Dies erfordert eine Neuordnung der Finanzierung in Form einer intersektoralen Finanzierung der Notfallzentren außerhalb der DRG-Fallpauschalen und der abrechenbaren EBM-Leistungen und unter Beteiligung der Kommunen und Länder. Eine Finanzierung nur über die erbrachten Leistungen ist nicht ausreichend.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Löschung einer schlechten Bewertung nach dem Schulnotenprinzip auf einem Internet-Bewertungsportal

### **Entschließung**

---

Auf Antrag von Dr. Josef Pilz und PD Dr. Claudia Borelli (Drucksache VII - 37) fasst der 117. Deutsche Ärztetag folgende Entschließung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die führenden Internet-Bewertungsportale auf, bei Löschung von Schmähkritik bzw. nicht nachweisbaren Behauptungen auch die damit verteilten Schulnoten zu löschen. Bisher werden nur die Texte, jedoch nicht die Schulnoten gelöscht. Auch eine schlechte Notenbewertung kann eine Schmähkritik darstellen, wenn sie unzutreffend ist und willkürlich abgegeben wurde. Entscheidend ist für den Arzt doch gerade diese Gesamtbewertung in Form einer Schulnote, die auf Bewertungsportalen oft direkt neben seinem Namen vermerkt wird. Sollten die Internet-Bewertungsportale sich in dieser Frage nicht bewegen, müssen rechtliche Schritte erwogen werden.

#### Begründung:

Nach einem aktuellen Urteil des Landgerichts (LG) Kiel vom 6.12.2013 (Az. 5 O 372/13) hat ein Arzt keinen Anspruch auf die Löschung einer schlechten Bewertung nach dem Schulnotenprinzip auf einem Internet-Bewertungsportal. Das Urteil überzeugt nicht. Die bisherige Rechtsprechung zu Bewertungsportalen geht davon aus, dass der Nutzer die von ihm verbreiteten Behauptungen nachweisen muss; andernfalls ist er zur Unterlassung verpflichtet. Wird der Betreiber des Portals auf eine mögliche Rechtsverletzung hingewiesen, ist er gehalten, den Sachverhalt aufzuklären, wenn der betroffene Arzt Anhaltspunkte benennt, dass die Äußerungen nicht zutreffend sein können. In einem solchen Fall muss der Betreiber den Nutzer kontaktieren und sich die Tatsachen belegen bzw. erläutern lassen. Warum dies bei schlechten Notenbewertungen nicht möglich sein soll, erschließt sich nicht.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Verkehrsmedizinische Kompetenz ist ein wesentliches Element der Patientenberatung

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Birgit Wulff, Katharina Bischoff, Dr. Hans Ramm und Klaus Schäfer (Drucksache VII - 58) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 bekräftigt die selbstverständliche Verpflichtung aller in der Patientenversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte, ihre Patientinnen und Patienten auch im Hinblick auf die Auswirkungen ihrer Erkrankung bzw. Medikamentenwirkungen auf die Verkehrssicherheit und Fahreignung zu beraten, um den Schutz der Sicherheit der Betroffenen und unbeteiligter Dritter zu gewährleisten.

#### Begründung:

Die Hinweise verdichten sich, dass für eine beträchtliche Zahl "rätselhafter" Verkehrsunfälle akute Versagenszustände durch fahreignungsrelevante Erkrankungen ursächlich sind. Verkehrsunfälle älterer Kraftfahrer nehmen zu. Ärztinnen und Ärzte sind auch im wohlverstandenen Interesse ihrer Patientinnen und Patienten verpflichtet, verkehrsmedizinisch zu beraten, bei Einschränkungen Maßnahmen der Rehabilitation und zum Beispiel technischen Beratung zu initiieren und ggf. Einsicht in notwendige Konsequenzen zu vermitteln.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

**Titel:** Soziale Probleme durch fehlende Kostenübernahme von Transportkosten zur ambulanten Behandlung

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus-Peter Spies, Dr. Svea Keller, Dr. Bernd Müller, Dr. Hans-Detlef Dewitz und Dr. Gabriela Stempor (Drucksache VII - 78) fasst der 117. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Chronisch kranken privat krankenversicherten Patienten werden heute häufig die Kosten für Fahrten zu einer ambulanten ärztlichen Versorgung nicht bezahlt. In Fällen, in denen regelmäßige Arztbesuche erforderlich sind (Dialyse, Chemotherapie), kann dies zum finanziellen Ruin führen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Januar 2004 eine Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V erlassen (Krankentransportrichtlinien). Schnell wurde klar, dass dies bei bestimmten chronischen Erkrankungen zu Härtefällen führt. Daher wurde mit der Anlage 2 zu § 8 dieser Verordnung vom Dezember 2004 festgelegt, dass im Falle einer Dialysebehandlung und einer onkologischen Strahlen- bzw. Chemotherapie Ausnahmefälle vorliegen, in denen die Kosten zu einer ambulanten vertragsärztlichen Versorgung übernommen werden.

Private Krankenversicherer haben jedoch heute in der Mehrzahl der Fälle in den Vertragsbedingungen keine Kostenübernahme für Fahrten zu einer ambulanten ärztlichen Versorgung vorgesehen. Bei Vertragsabschluss wird nicht darauf hingewiesen, sodass den Versicherten die Tragweite bei Vertragsabschluss nicht bewusst ist. Tatsächlich führt dies bei privat Versicherten in einem Krankheitsfalle wie in der Anlage 2 der oben genannten Krankentransportrichtlinien beschrieben, zu einem persönlichen finanziellen Ruin.

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert daher die privaten Krankenversicherer auf,

- die Kostenübernahme von Transportkosten zur ambulanten Behandlung als regelhaften Vertragsbestandteil in bestehende und zukünftige Verträge aufzunehmen.
- Versicherte über die Konsequenzen bei Verzicht auf diese Leistungen vorab aufzuklären.



---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Lärminduzierte Gesundheitsschäden

### **EntschlieÙung**

---

Auf Antrag von Dr. Bernhard Lenhard, Dipl.-Med. Stefan Andrusch, Dr. Günther Matheis, PD Dr. Christine Schneemilch, Dr. Wolfgang Rechl und Dr. Joachim Calles (Drucksache VII - 79) fasst der 117. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Politiker in den Bundesländern und in der Bundesregierung auf, dafür zu sorgen, dass die Verursacher von Flug- und Verkehrslärm bei dadurch induzierten Krankheiten in maßgeblicher Weise an den notwendigen Behandlungskosten beteiligt werden. Dem Versichertensystem dürfen nicht mehr mehrere 100 Millionen Euro pro Jahr entzogen werden. Die einschlägigen Gesetze zum Schutz vor Lärm sind so anzupassen, dass Gesundheitsgefahren aktiv und umfassend vermieden werden.

Bund und Länder haben ihre Verantwortung wahrzunehmen, die Beiträge der Versicherten ausschließlich für die Gesundheitsversorgung zu verwenden, Risiken müssen den Verursachern zugerechnet werden.

Die Förderung gesundheitsschädigender Wirtschaftsbetriebe kann und darf niemals zu Lasten dringend notwendiger Förderung der medizinischen Infrastruktur gehen. Es kann nicht sein, dass zum Beispiel Flughäfen, deren Betrieb Menschen krank macht, anteilig mehr Fördergelder erhalten als Kliniken, in denen Menschen behandelt und geheilt werden sollen. Dies macht das Beispiel der Unterfinanzierung der Universitätsklinik Halle deutlich.

#### Begründung:

Der 115. Deutsche Ärztetag hat 2012 in einem Beschluss den Schutz der Bevölkerung vor Fluglärm und anderen Lärmquellen gefordert. Die Adressaten in Bund und Ländern haben bislang keine Verbesserungen bewirkt. Der Handlungsbedarf zum Schutz der Bevölkerung wurde im Mai 2014 in einem Sondergutachten des Sachverständigenrates für Umweltfragen (SRU) ausführlich dargelegt [1] [2]. Seit dem Ärztetag 2012 liegen mehr und mehr Studien und Daten vor, die die Auswirkungen der (Flug-)Lärmproblematik auf die Gesundheit und auch auf die Finanzierung des Gesundheitssystems deutlich machen.

Vor einigen Monaten wurde eine Studie [3] vorgestellt, die die Kosten, die dem



---

Krankenversicherungssystem durch Lärm und andere Flugzeugemissionen entstehen, alleine für Frankfurt/Main auf 160 Millionen Euro pro Jahr beziffert. Das heißt nichts anderes, als dass den Ärzten im Großraum Frankfurt diese 160 Millionen Euro jedes Jahr in den Budgets fehlen.

In allen Städten in Deutschland, die über große Flughäfen verfügen, bestehen vergleichbare Kosten und Probleme [4]. Dadurch, dass durch vermeidbaren (Flug-)Verkehrslärm ausgelöste Krankheiten aus Versicherungsgeldern bezahlt werden, wird der Ärzteschaft und dem Gesundheitssystem überall in Deutschland aus den begrenzten Budgets mit Billigung der Verantwortlichen in der Politik Geld entzogen.

Haus- und Fachärzte in den Praxen und Krankenhäusern opfern damit einen Teil ihres knappen Budgets.

Aus Sicht der Ärzte ist es unverantwortlich, wenn krankmachende Wirtschaftszweige finanziell gefördert werden und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aktiv darunter leidet.

Aus Sicht der Ärzteschaft besteht die groteske Situation, dass, wie zum Beispiel in Sachsen-Anhalt, das Land als Anteilseigner der Mitteldeutschen Flughafen AG [5] Steuermittel in den Flughafen Leipzig/Halle lenkt, an anderer Stelle aber das gleiche Land dann kein Geld für die Finanzierung der Universitätskliniken Halle und Magdeburg hat, die dringend benötigt wird, um Mediziner auszubilden und auch durch Fluglärm erkrankte Menschen behandeln zu können.

Das bisher von den Landesregierungen und der Bundesregierung geduldete Vorgehen verschiedener Wirtschaftszweige führt dazu, dass Menschen, die wider besseren Wissens gesundheitlichen Risiken durch Lärm ausgesetzt sind, zu Lasten vor allem der gesetzlichen Krankenversicherung GKV) behandelt werden müssen.

Überall in Deutschland werden Haus- und Fachärzten in den Praxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in den Krankenhäusern und in allen anderen Bereichen somit Krankheitskosten aufgebürdet, die von den Verursachern der Gesundheitsrisiken bezahlt werden müssten.

Der gesamten Gesundheitsversorgung wird seit Jahren mehr und mehr sparsames Wirtschaften abverlangt – im Ergebnis zu Lasten der Patienten. Ärzte und Krankenhäuser werden immer schärfer reglementiert, niedergelassene Ärzte haften persönlich mit ihrem Privatvermögen für die Behandlung und geraten in Regresse – aber die Verursacher dieser Kostenprobleme lässt man unkontrolliert gewähren.

---

[1] Kurzfassung des SRU-Gutachtens:

[http://www.umweltrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/02\\_Sondergutachten/](http://www.umweltrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/02_Sondergutachten/)



---

[2012\\_2016/2014\\_03\\_KF\\_Fluglaerm.html](#)

[2] Langfassung des SRU-Gutachtens:

[http://www.umweltrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/02\\_Sondergutachten/2012\\_2016/2014\\_SG\\_Fluglaerm\\_HD.html](http://www.umweltrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/02_Sondergutachten/2012_2016/2014_SG_Fluglaerm_HD.html)

Der Sachverständigenrat für Umweltfragen (SRU), auch bekannt als Umweltrat, ist ein wissenschaftliches Beratungsgremium der deutschen Bundesregierung. Der SRU begutachtet die Umweltsituation in Deutschland und berät die Bundesregierung hinsichtlich ihrer zukünftigen Umweltpolitik.

[3] <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1333785>

[4] u.a. Hamburg, Berlin, Bremen, Düsseldorf, Köln/Bonn, Frankfurt/Main, Halle/Leipzig, Hannover, München, Münster/Osnabrück, Stuttgart, Hahn, Erfurt, Dresden

[5] [http://www.adv.aero/fileadmin/pdf/Wirtschaft\\_u\\_Recht/Gesellschafter\\_und\\_Beteiligungsverhaeltnisse\\_-\\_IVF\\_August\\_2013.pdf](http://www.adv.aero/fileadmin/pdf/Wirtschaft_u_Recht/Gesellschafter_und_Beteiligungsverhaeltnisse_-_IVF_August_2013.pdf)





---

## **TOP VII Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer**

Titel: Feminisierung der Medizin ist keine Krankheit

### **Beschluss**

---

Auf Antrag von Ute Taube, Dipl.-Med. Petra Albrecht, Dipl.-Med. Sabine Ermer und Prof. Dr. Antje Bergmann (Drucksache VII - 87) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 fordert die Ärzteschaft auf, den Begriff "Feminisierung der Medizin" nicht mehr als eine Begründung für Strukturprobleme im Gesundheitswesen zu verwenden.

#### Begründung:

Der hohe Frauenanteil im Arztberuf begründet nicht allein personelle Engpässe in der ärztlichen Versorgung. Männer **und** Frauen fordern heute eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gleichermaßen.

Dabei handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung, die vielschichtig verursacht ist.

Die deutsche Ärzteschaft sollte dies in ihrem Sprachgebrauch berücksichtigen.



**TOP VIII      Bericht über die Jahresrechnung der  
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2012/2013  
(01.07.2012 - 30.06.2013)**

VIII - 01      Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das  
Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)



---

**TOP VIII Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das  
Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)**

Titel: Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr  
2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache VIII - 01) beschließt der  
117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der  
Finanzkommission über die Prüfung der Jahresrechnung für das Geschäftsjahr 2012/2013  
(01.07.2012 - 30.06.2013) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Deloitte & Touche  
GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013) wird  
gebilligt.

Die nicht verbrauchten Mittel aus dem Geschäftsjahr 2012/2013 in Höhe von  
490.000,00 Euro werden auf das Geschäftsjahr 2014/2015 vorgetragen.



**TOP IX      Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für  
das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)**

IX - 01      Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das  
Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)



---

**TOP IX Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)**

Titel: Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013)

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Bernd Lücke, Dr. Klaus Baier, Dr. Gisbert Voigt und Dr. Peter Czeschinski (Drucksache IX - 01) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2012/2013 (01.07.2012 - 30.06.2013) Entlastung erteilt.



**TOP X      Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015  
(01.07.2014 - 30.06.2015)**

- X - 01      Entfall des stenografischen Wortberichts des Deutschen  
                  Ärztetages
- X - 02      Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015  
                  (01.07.2014 - 20.06.2015)
- X - 04      Haushaltsplanung Bundesärztekammer
- X - 06      Konnexitätsprinzip für zusätzliche Aufgaben der  
                  Bundesärztekammer



---

**TOP X    Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)**

Titel:        Entfall des stenografischen Wortberichts des Deutschen Ärztetages

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache X - 01) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 spricht sich dafür aus, ab dem 118. Deutschen Ärztetag 2015 den Ärztetag (Eröffnungsveranstaltung und Plenumssitzung) nicht mehr zu stenografieren und keinen schriftlichen Wortbericht mehr erstellen zu lassen.

Begründung:

Nach dem Beschluss des 116. Deutschen Ärztetages 2013 (IX - 02) wurde von der Geschäftsführung der Bundesärztekammer (BÄK) ein Konzept für die weitere Protokollierung der Beratungsergebnisse der Ärztetage ab 2015 erarbeitet.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich eingehend mit verschiedenen Varianten der Erstellung eines stenografischen Wortberichts auseinandergesetzt, die Kosten zwischen 15.000 Euro (Protokollierung in Form eines aufbereiteten Audiogramms) und 25.000 Euro (Protokollierung in Form eines schriftlichen Wortberichts) bedeuten. Vor dem Hintergrund des Beschlusses des 116. Deutschen Ärztetages 2013 (IX - 02), in dem die Bundesärztekammer bei der weiteren Haushaltsplanung zur Ausgabensenkung aufgefordert wurde, hat der Vorstand eine komplette Streichung des stenografischen Wortberichts und der damit verbundenen Kosten beschlossen.

Mit dem Wegfall des stenografischen Wortberichts bleibt weiterhin die elektronische Dokumentation des Deutschen Ärztetages im Internet mit der Zusammenstellung der Beschlüsse und Entschlüsse, der Zusammensetzung der Delegierten, den freigegebenen Redemanuskripten und sonstigen relevanten Materialien, wie Fotos und Präsentationen, erhalten.

Zusätzlich erfolgt ein unbearbeiteter Tonbandmitschnitt des Deutschen Ärztetages. So können eventuelle Nachfragen bedient bzw. Unstimmigkeiten geklärt werden.



---

**TOP X    Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)**

Titel:     Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 20.06.2015)

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache X - 02) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015) in Höhe von 18.606.000,00 Euro wird genehmigt.





---

**TOP X Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)**

Titel: Haushaltsplanung Bundesärztekammer

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. Joachim Calles und Dr. Bernd Lücke (Drucksache X - 04) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) wird eindringlich aufgefordert, schnellstens notwendige Strukturreformen für die Institution Bundesärztekammer zu formulieren, um die Finanzierbarkeit des Systems durch die Landesärztekammern auf Dauer zu sichern.

Erste Vorschläge des Vorstands der BÄK sollten im Januar 2015 im Rahmen der Haushaltstagung mit der Finanzkommission erörtert werden.

Die Erfüllung über die Kernaufgaben, die gesetzlich und über die Satzung definiert sind, hinaus, ist in den kommenden fünf Jahren nur im Einvernehmen mit der Finanzkommission möglich. Forderungen aus dem Plenum des 117. Deutschen Ärztetages 2014 können im selben Zeitraum weiterhin nur unter Finanzierungsvorbehalt berücksichtigt werden.

Nur bei ernsthaft erkennbarer Bereitschaft des Vorstandes der BÄK, dringend notwendige Maßnahmen zu ergreifen, kann dauerhaft mit weiterer Zustimmung zu den Haushaltsplänen gerechnet werden.



---

**TOP X Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2014/2015 (01.07.2014 - 30.06.2015)**

Titel: Konnexitätsprinzip für zusätzliche Aufgaben der Bundesärztekammer

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Michael Andor und Michael Thomas Knoll (Drucksache X - 06) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Vor der Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch die Bundesärztekammer (BÄK) muss die Bereitstellung der für die Aufgabenerfüllung notwendigen Mittel gesichert sein.



**TOP XI Wahl des Tagungsortes für den 119. Deutschen  
Ärztetag 2016**

XI - 01 Austragungsort 119. Deutscher Ärztetag 2016



---

**TOP XI Wahl des Tagungsortes für den 119. Deutschen Ärztetag 2016**

Titel: Austragungsort 119. Deutscher Ärztetag 2016

**Beschluss**

---

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache XI - 01) beschließt der 117. Deutsche Ärztetag 2014:

Der 117. Deutsche Ärztetag 2014 bestimmt Hamburg als Austragungsort für den 119. Deutschen Ärztetag 2016 vom 24. bis 27.05.2016.

## **Beschluss-Drs. VII-51 des 109. Deutschen Ärztetages 2006 in Magdeburg**

### **Impfstatus in Gemeinschaftseinrichtungen**

Auf Antrag von Prof. Dr. Leupold (Drucksache VII-51) fasst der 109. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der Deutsche Ärztetag fordert die zuständigen Länderministerien auf, die notwendigen Rechtsbestimmungen zu erlassen, dass in Gemeinschaftseinrichtungen, wie Kindergärten und Schulen, nur Kinder aufgenommen werden dürfen, die einen vollständigen Impfstatus entsprechend den nach § 20 (3) IfSG von den obersten Landesgesundheitsbehörden öffentlich empfohlenen Schutzimpfung dokumentiert vorweisen können; es sei denn nach ärztlichem bzw. amtsärztlichem Urteil ist eine Impfung bei dem Kind oder Jugendlichen kontraindiziert.

#### Begründung:

Noch auszubauende Rechte von Familien mit Kindern auf einen Kindergartenplatz oder einen Platz in einem Gymnasium sind untrennbar auch mit Pflichten verbunden. Dazu gehört unter anderem auch die Prophylaxe von Infektionskrankheiten durch Schutzimpfungen. Auch notorische Impfgegner lassen ihre Jugendlichen impfen, wenn sie ein Highschooljahr in einem anderen Land absolvieren wollen. Wir sollten daher in Deutschland ebenso wie den USA in den jeweiligen Ländergesetzen festlegen: keine altersgerechte Impfung - kein Kindergartenplatz und kein Gymnasienbesuch (no vaccination, no school).

Die gesetzlichen Krankenkassen sollten aufgefordert werden, neben mehr oder weniger wirksamen Bonusregelungen (wie z. B. Zahnersatzbonus bei der AOK Sachsen für Säuglingsimpfung) auch Malussysteme in Form von Nichtübernahme der Kosten für impfpräventable Erkrankungen festzuschreiben.