



128. Deutscher Ärztetag

Beschlussprotokoll

Mainz
07. – 10. Mai 2024

Impressum

© Bundesärztekammer 2024

Stand: 10.05.2024

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dr. Wiebke Pühler (Leitung)
Dr. Carsten Dochow
Petra Schnicke-Sasse
Ria Valerius
Martina Kettner
Irina John
Katharina Wendland

Titelgrafik:

rsplus Berlin, kommunikation und design
Flemmingstraße 8, 12163 Berlin
Bildnachweis: Skulptur_Lebenskraft (c) FotoFarmer

Hinweis

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen sowie der Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis thematisch

TOP Ia	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aussprache zum Leitantrag	13
Ia - 01	Motivierte Mitarbeiter sind der Schlüssel - Gesundheitspolitik an Nachwuchsförderung, Qualifizierung und guten Arbeitsbedingungen ausrichten	14
TOP Ib	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung	19
	<i>GesundheitsversorgungsstärkG</i>	20
Ib - 03	Einbindung der Berufsverbände in die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	21
Ib - 05	Keine Einflussnahme der Landesbehörden in Zulassungsausschüssen	22
	<i>KrankenhausversorgungsverbG</i>	23
Ib - 04	Sinnvolle Reform der stationären und intersektoralen Versorgungsstrukturen	24
Ib - 11	Zeitnahe Weiterentwicklung des Referentenentwurfs zur Krankenhausreform	26
Ib - 12	Bürokratieabbau statt Aufbau im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes	28
Ib - 06	Keine Finanzierung der Krankenhausreform aus liquiden Mitteln des Gesundheitsfonds	29
Ib - 09	Weiterentwicklung von Leistungsgruppen nur unter echter Beteiligung der Ärzteschaft - wirkliche Parität herstellen	30
Ib - 10	Keine Beschädigung der Qualität, der Struktur und des Ablaufs der ärztlichen Weiterbildung als Kollateralschaden der Krankenhausreform, keine Rückkehr zu Kurzzeitverträgen für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung!	31
Ib - 19	Die ärztliche Weiterbildung muss bei der Krankenhausreform und Ambulantisierung mitbedacht werden	33
	<i>Medizinforschungsgesetz</i>	34
Ib - 01	Unabhängigkeit der ethischen Bewertung von klinischen Studien sicherstellen	35
Ib - 15	Preistransparenz für Arzneimittel im Medizinforschungsgesetz beibehalten	37
	<i>Neuregelung der ärztlichen Ausbildung</i>	38
Ib - 02	Reform der ärztlichen Ausbildung endlich umsetzen	39
Ib - 08	Die neue Approbationsordnung muss jetzt beschlossen werden!	41

Ib - 20	Verbesserung der Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr	42
Ib - 21	Mindestabstand vom Praktischen Jahr zum 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	43
TOP Ic	Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung	44
	<i>Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung</i>	45
Ic - 10	Aktuelle Vorschläge der "Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung" gehen an der Realität vorbei und gefährden die Patientenversorgung in Deutschland	46
Ic - 43	Freiberuflichkeit schützen und fördern	48
Ic - 85	Verankerung der spezialisierten multimodalen Schmerzmedizin in der Klinikreform	49
Ic - 108	Ambulantisierung nur unter gleichen Voraussetzungen für Praxen und Kliniken	51
Ic - 45	Erhalt und Stärkung der komplementären ambulanten fachärztlichen Versorgung	52
Ic - 72	Facharztpraxen in der ambulanten Medizin sind zur Aufrechterhaltung von Versorgungsqualität und -umfang unverzichtbar	54
Ic - 130	Ambulante medizinische Nachversorgung über drei Tage nach Haftentlassung durch die Haftanstalten	56
Ic - 131	Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Haftanstalten	57
Ic - 88	In einem geplanten Register der Heilberufe muss der Ausbildungsgang eindeutig erkennbar werden	58
Ic - 126	Fehlende Evidenz für Homöopathie-Anwendung und Beendigung der Sonderstellung in Abrechnungssystemen	60
	<i>Arzneimittel / Medizinprodukte</i>	63
Ic - 25	Situation Arzneimittelengpässe - Arzneimittelversorgung sicherstellen	64
Ic - 32	Ressourcenschonung durch Deprescribing/Absetzstrategien	66
Ic - 17	Verordnung von Medikamenten über die ATC-Klassifikation	67
Ic - 18	Wirkstoffnamen auf Arzneimittelverpackungen	69
Ic - 29	Nachweisführung von Verbleib und Bestand von Betäubungsmitteln	70
	<i>Ärztliche Berufsausübung</i>	72
Ic - 90	Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von ärztlicher Erwerbstätigkeit und Sorgearbeit gesetzlich verankern	73
Ic - 61	Diskriminierungsfreie Elternzeit für Ärzte und Ärztinnen ermöglichen	74
Ic - 80	Verhinderung des Ärztemangels: Hier Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Fortführung der ärztlichen Tätigkeit nach Eintritt in das Renteneintrittsalter durch Fortfall der Bereitschaftsdienstverpflichtung	76
Ic - 76	Intravenöse Sedierung erfordert ärztliche Kompetenz	77
Ic - 50	Sexuellem Fehlverhalten im Gesundheitswesen entgegenzutreten	79
Ic - 117	Berufsbegleitender Sprachunterricht für neuapprobierte Ärzte aus dem	

	Ausland	81
Ic - 119	Kinderschutz	82
Ic - 120	Bedarf an Kinderschutz bei der Behandlung Erwachsener bei Klinikaufnahme, in Ambulanzen und Praxen eruieren	83
	<i>Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin</i>	84
Ic - 62	Erhalt der Nationalen VersorgungsLeitlinien	85
Ic - 91	Fortführung der Nationalen VersorgungsLeitlinien nach Beendigung der Tätigkeit des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin	87
	<i>Ausbildung / Medizinstudium</i>	88
Ic - 24	Erhöhung der Zahl der Studienplätze Humanmedizin mit geeigneter Bund-Länder-Finanzierung	89
Ic - 116	Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Ausbildung	91
Ic - 118	Ärztliche Ausbildung und Weiterbildung vor Ökonomisierung schützen	92
Ic - 134	Keine Kommerzialisierung des Medizinstudiums	93
Ic - 57	Suchtmedizin in die Lehre integrieren	94
Ic - 58	Der Umgang mit Menschen mit Behinderung sollte Teil des Medizinstudiums sein	95
Ic - 142	Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr	96
Ic - 102	Fehlzeitenregelung im Praktischen Jahr	98
Ic - 46	Prüfungsänderungen bei den medizinischen Staatsexamina - Chance nutzen, Fairness priorisieren	100
Ic - 30	Versicherungsschutz für die Personengruppe der studienbegleitend Promovierenden in der Medizin	101
	<i>Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag</i>	102
Ic - 141	Zeitliche Planung der Tagesordnung einhalten	103
Ic - 144	Anpassung der Geschäftsordnung zur Verschiebung selektierter Anträge	104
Ic - 107	Beschlussanträge des Deutschen Ärztetages - Prüfung des (eventuellen) bürokratischen Mehraufwands	105
Ic - 135	Weiterentwicklung des Antragsportals	106
Ic - 143	Optimierung des Online-Portals für den Deutschen Ärztetag	108
Ic - 140	Weiterentwicklung Antragsportal - Verschlagwortung von Anträgen	109
Ic - 93	Beratungsergebnisse ins Ärztetagsportal einstellen	110
Ic - 109	Der Deutsche Ärztetag soll ressourcenschonend und klimaneutral sein	111
Ic - 115	Systematische Erfassung von Patientenbeschwerden	112
Ic - 82	Berufspolitischen Nachwuchs fördern, "Junge Kammern" fördern	114
	<i>Bürokratieabbau</i>	115
Ic - 34	Die fortschreitende Bürokratie im Gesundheitswesen macht müde und krank	116
Ic - 54	Bürokratieabbau erfordert mutige Gesetzgebung	118
Ic - 31	Bürokratieabbau	119
Ic - 71	Weniger Bürokratie - mehr Patientensicherheit	120
	<i>eHealth</i>	122

Ic - 06	Elektronische Patientenakte muss Versorgung unterstützen	123
Ic - 28	"ePA für alle" - Nutzerfreundlichkeit muss erhöht werden	125
Ic - 94	Opt-Out bei ePA nicht durch Abrechnungsregularien konterkarieren	127
Ic - 07	Stabile Telematikinfrastruktur durch ausreichende Testung	128
Ic - 16	Das elektronische Rezept und die Telematikinfrastruktur müssen funktionieren	129
Ic - 23	Sektorübergreifende Telematikinfrastruktur	131
Ic - 19	Bessere Digitalisierung der Praxen durch gute Praxisverwaltungssysteme	132
Ic - 20	Digitale Anwendungen der gematik effizienter und sicherer gestalten	134
Ic - 21	Sektorübergreifende Nutzbarkeit des Bundeseinheitlichen Medikationsplans	136
Ic - 22	Digitalisierung des Impfpasses	137
Ic - 92	IT-Sicherheit in Haus- und Facharztpraxen finanziell absichern	139
Ic - 96	Speicherung wesentlicher Patientendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte dient der sinnvollen Steuerung	140
Ic - 87	Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin - Gewährleistung von globalen Mindeststandards für vertrauenswürdige KI	141
<i>EU-Themen</i>		143
Ic - 08	Gesundheit als Priorität der neuen europäischen Legislatur	144
Ic - 75	Rechtssichere und insbesondere datenschutz- und urheberrechtlich einwandfreie sowie marktgerechte Gestaltung des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (European Health Data Space – EHDS)	146
Ic - 100	Verhinderung von Gewalt gegen Frauen	147
<i>GKV / vertragsärztliche Versorgung / SGB V</i>		149
Ic - 35	"Off-Label-Use" von Arzneimitteln zur Sicherstellung der Patientenversorgung in begründeten Fällen zu Lasten der GKV ermöglichen	150
Ic - 56	Kostenfreie Bereitstellung von Sprachmittlungsangeboten in Krankenhäusern und Arztpraxen	152
Ic - 81	Finanzierung von Sprachvermittlerinnen und Sprachvermittlern jetzt!	153
Ic - 84	Gerontopsychiatrie ist keine Verwarpsiatrie	154
<i>Klima- und Gesundheitsschutz</i>		156
Ic - 02	Klimaneutraler Gesundheitssektor: Taten statt weiterer Worte	157
Ic - 51	Verpflichtende Hitzeaktionspläne in allen Städten und Gemeinden umsetzen	159
Ic - 41	Verbesserung des UV- und Hitzeschutzes bei der Arbeit im Freien	160
<i>Kommerzialisierung</i>		162
Ic - 12	Investorenbetriebene MVZ endlich regulieren	163
Ic - 98	Das Praxisschild stärken für Transparenz	165
Ic - 123	Keine Boni für Ziele mit finanziellen Auswirkungen	166
<i>Krankenhaus</i>		167

Ic - 40	Energieeffizienz und Nachhaltigkeit von Kliniken steigern	168
Ic - 49	IT-Sicherheit in Krankenhäusern gewährleisten	169
Ic - 60	Etablierung von New Work in Kliniken	170
<i>Menschenrechte</i>		171
Ic - 114	Barrierefreier Zugang zum Gesundheitssystem ist ein Menschenrecht	172
Ic - 44	Gesundheit ist ein Menschenrecht	173
Ic - 68	Verbesserung der zukünftigen gesundheitlichen Versorgung durch flächendeckende Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete	174
Ic - 99	Schutz der Kinder und ihrer Rechte im Krieg	176
Ic - 133	Kinderrechte im Grundgesetz verankern	178
<i>Minderjährige</i>		179
Ic - 48	Behandlung einer Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen	180
Ic - 128	Änderung der Geschlechtsidentität bei Minderjährigen	182
<i>Notfallversorgung</i>		184
Ic - 01	Indikationskatalog für den Notarzteeinsatz schafft einen bundeseinheitlichen Rahmen für Patientenversorgung und Forschung	185
Ic - 15	Transparenz der Kosten im Not- und Rettungsdienst	187
Ic - 33	Befreiung des Bereitschaftsdiensts von der Sozialversicherungspflicht	188
Ic - 137	Flächendeckende Notfallverfügung	189
<i>Organspende, Transplantation</i>		190
Ic - 27	Organentnahme: Widerspruchslösung statt Entscheidungslösung	191
<i>ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin</i>		192
Ic - 04	Sektorenverbindende Versorgung mit der Arbeitsmedizin - Eine Chance für die Gesundheit der Menschen in der Lebenswelt "Arbeit"	193
Ic - 104	Leitung von Gesundheitsämtern nur von Fachärztinnen und Fachärzten, insbesondere für Öffentliches Gesundheitswesen (ÖGD)	195
<i>Pandemie und Katastrophenschutz</i>		196
Ic - 47	Katastrophenschutz in der Krankenhausreform festlegen	197
<i>Prävention / Gesundheitsförderung / Gesundheitskompetenz</i>		198
Ic - 42	Einführung eines Schulfachs "Gesundheit" an deutschen Schulen	199
Ic - 52	Einführung einer eigenen Ziffer im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Präventionsgespräche in der Patientenberatung	200
Ic - 53	Einführung einer eigenen Ziffer in der Gebührenordnung für Ärzte für Präventionsgespräche in der Patientenberatung	201
<i>Psychotherapie</i>		202
Ic - 79	Konsequente Stärkung der ärztlichen Psychotherapie	203
Ic - 78	Erhalt der ärztlichen Psychotherapie	205
Ic - 77	Ärztliche Überweisung ersetzt keine Konsiliarberichte für Behandlungen bei nicht-ärztlichen Psychotherapeuten	207

<i>Qualitätssicherung / Patientensicherheit</i>		208
Ic - 03	Paradigmenwechsel in der Qualitätssicherung	209
<i>Rehabilitation</i>		211
Ic - 05	Implementierung einer mobilen indikationsübergreifenden Rehabilitation	212
Ic - 11	Implementierung von frührehabitativer Versorgung an allen Krankenhäusern mit Versorgung komplexer Fälle	214
<i>Sanitätsdienst der Bundeswehr</i>		216
Ic - 14	Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr durch Stärkung und strukturelle Weiterentwicklung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr	217
Ic - 59	Sanitätsdienst der Bundeswehr - Unabhängigkeit stärken, zivil-militärische Zusammenarbeit ausbauen, Chief Medical Officer (CMO) einsetzen	220
<i>Schwangerschaftsabbruch und -konflikt</i>		222
Ic - 121	Diskussion der Liberalisierung des Abtreibungsrechtes als Tagesordnungspunkt des 129. Deutschen Ärztetages 2025	223
Ic - 124	Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel kostenlos	224
<i>Selbstverwaltung</i>		225
Ic - 38	Monitoring der Kammerinitiativen zur besseren Einbindung junger Ärztinnen und Ärzte in die Kammerarbeit	226
Ic - 86	Schaffung einer unabhängigen Anlaufstelle für Ärztinnen und Ärzte in Fällen von Diskriminierung	228
Ic - 105	Aktivitäten anderer Heilberufekammern, die die Rechte der Ärztinnen und Ärzte tangieren, frühzeitig erkennen und dagegen intervenieren	229
Ic - 37	Do-No-Harm-Prinzip in den Kapitalanlagestrategien der Versorgungswerke	231
<i>Sucht und Drogen</i>		232
Ic - 09	Umfassendes Werbeverbot für Nikotin- und Tabakprodukte, Alkohol und Glücksspiel auch im Internet und den sozialen Medien	233
Ic - 64	Unterstützung neuer Versorgungsformen - videogestützte Substitution	235
Ic - 63	Prävention gesundheitlicher Auswirkungen der Teillegalisierung von Cannabis sowie deren ganzheitliche und transparente Evaluation	237
Ic - 106	Die Partydroge Lachgas ist kein Spaß!	239
<i>Suizidprävention</i>		241
Ic - 13	Suizidprävention gesetzlich verankern und ausreichend finanzieren	242
Ic - 70	Assistierter Suizid ist keine ärztliche Aufgabe	244
Ic - 69	Gesetzliche Regelung zum assistierten Suizid	246
<i>Vergütung ärztlicher Leistungen</i>		248

Ic - 111	Adäquate Berücksichtigung aktueller Kostenentwicklungen für Arztpraxen in den Verhandlungen zum Orientierungswert	249
Ic - 113	Entbudgetierung aller zeitbezogenen Einzelleistungen	250
Ic - 26	Vergütung von ärztlichen Befundberichten und Gutachten	251
Ic - 67	Ethik-Beratungen vergüten	253
Ic - 66	Aufklärung über Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht vergüten	254
<i>Weiterbildung</i>		255
Ic - 89	Bundesweite Erhebung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung	256
Ic - 97	Ärztliche Weiterbildung bei gesundheitspolitischer Gesetzgebung immer berücksichtigen	257
Ic - 112	Keine Finanzierung der Leistungen von psychologischen Weiterbildenden und deren Strukturen durch Ärztinnen und Ärzte	258
<i>Weiteres</i>		260
Ic - 39	Tempolimits im Straßenverkehr	261
Ic - 55	Subventionen in fossile Energieträger jetzt beenden	262
TOP II	Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten	264
<i>Übergeordnete Anträge zur Steuerung</i>		265
II - 01	Koordinieren und Kooperieren in der ambulanten Versorgung - für ein bedarfsgerechtes und sektorenverbindendes Gesundheitssystem	266
II - 09	Flatrate-Suggestion der Politik und Kassen bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ist unvereinbar mit den WANZ-Kriterien in § 12 des SGB V	271
II - 13	Gute Gesundheit für alle ist im Interesse aller	272
II - 11	Ärztliche Versorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens	274
II - 02	Primärversorgungszentren	276
II - 03	Nachwuchssicherung im hausärztlichen Bereich	278
II - 06	Forderung nach Entbudgetierung - Abkehr von der Quartalsbindung	280
II - 08	Abschaffung der Budgetierung der fachärztlichen Vergütung im niedergelassenen Bereich	281
II - 14	Konzept für Versorgungssteuerung unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten entwickeln	282
<i>Spezielle Anträge zur Steuerung der Notfallversorgung</i>		283
II - 05	Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung	284
II - 07	Notrufpatienten bedarfsgerecht versorgen - Gesundheitsleitstellen als "Single Point of Contact"	285
II - 04	Zertifizierung digitaler Assistenzsysteme für die Steuerung von Notfallpatienten	286
<i>Spezielle Anträge zur Steuerung im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie</i>		288
II - 10	Steuerung der psychosomatisch Erkrankten durch die dafür weitergebildeten Fachärztinnen und Fachärzte sinnvollerweise	

	ermöglichen	289
II - 12	Terminservicestellen als Steuerungsinstrument bei Psychotherapie kontraproduktiv	290
TOP IIIa	Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung	291
IIIa - 01	Änderung der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin - Aufnahme der Anästhesiologie als zugangsberechtigtes Fach	292
TOP IIIb	Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht eLogbuch	294
IIIb - 02	eLogbuch benutzerfreundlicher gestalten	295
IIIb - 01	Evaluation des eLogbuchs	296
TOP IIIc	Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung	297
	<i>Weiterentwicklung MWBO</i>	298
IIIc - 01	Eckpunkte zur Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018	299
IIIc - 11	Weiterbildung 2030	301
IIIc - 12	Weiterbündungsverbände durch geeignete Konzepte fördern	302
IIIc - 14	Förderung der lokalen und regionalen ärztlichen Weiterbildung	303
IIIc - 17	Verbundweiterbildung: Vertragsgestaltung unter Koordination der Landesärztekammern	304
	<i>MWBO - Allgemein/Paragraphenteil</i>	305
IIIc - 05	Anerkennung von Weiterbildung in Teilzeit	306
IIIc - 19	Anerkennung von Teilzeit-Weiterbildungszeiten	307
	<i>MWBO - Facharzt-Weiterbildungen</i>	308
IIIc - 03	Verpflichtende ambulante Weiterbildungszeit im Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin	309
	<i>MWBO - ZWB</i>	310
IIIc - 08	Zusatzbezeichnung Notfallmedizin: Im höchsten Risikobereich muss auch ein Facharztstandard gelten	311
IIIc - 07	Weiterbildung der Notfallmediziner durch erfahrene Notfallmediziner sichern	313
IIIc - 16	Förderung der Zusatz-Weiterbildung Medizinische Informatik für Ärzte als Schlüsselqualifikation für die Digitalisierung der Medizin	314
	<i>Evaluation</i>	315
IIIc - 15	Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung	316
IIIc - 06	Weiterbildungsevaluation nach Beispiel der norddeutschen Kammern bundesweit durchführen	317
	<i>Quotierung / Steuerung</i>	318

IIIc - 02	Keine Steuerung der ärztlichen Weiterbildung durch Dritte	319
IIIc - 10	Ärztliche Weiterbildung - Quotierung wird abgelehnt	320
<i>Weiteres</i>		321
IIIc - 09	Ärztliche Weiterbildung sektorenverbindend ermöglichen	322
IIIc - 20	Qualifizierung von Weiterbildungsbefugten	325
TOP III d	Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht aus der Arbeitsgruppe „Grundsatzfragen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“	326
III d - 01	Sicherung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung	327
III d - 02	Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung	330
III d - 07	Finanzierung Weiterbildung	331
III d - 05	Sicherstellung und Ausbau der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung	332
III d - 03	Fortführung der Förderung der Weiterbildung nach der Unterbrechung durch Mutterschutz und Elternzeit garantieren	334
III d - 04	Rahmenbedingungen zum Erhalt der Arbeitskraft und zur Fortführung der ärztlichen Weiterbildung in Schwangerschaft, Stillzeit, Elternschaft und anderer Sorgearbeit in der Familie gesetzlich verankern	335
III d - 06	Finanzierung von operativer und interventioneller Weiterbildung durch die Einführung spezieller OPS-Codes	336
TOP IV a	Ärztliche Fortbildung - Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung und Änderung des § 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte	338
IV a - 01	(Muster-)Fortbildungsordnung 2024 und Änderung des § 4 (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte	339
TOP IV b	Ärztliche Fortbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Fortbildung	340
TOP V	Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärzttage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)	341
<i>Beschlussfassung im Umlaufverfahren</i>		342
V - 01	Regelung der Möglichkeit des Vorstands zur Beschlussfassung im Umlaufverfahren	343
<i>Durchführung eines virtuellen Deutschen Ärztetages</i>		346
V - 02	Konkretisierung der Regelungen zur Durchführung eines virtuellen Deutschen Ärztetages	347
<i>Anpassung der Wahlregelungen</i>		356

V - 03	Anpassung und Konkretisierung der Durchführung der Wahlen auf den Deutschen Ärztetagen	357
	<i>Antragsfrist und Antragsverfahren</i>	367
V - 05	Keine Antragsfrist für Anträge auf Deutschen Ärztetagen	368
	<i>Gendersensible Sprache</i>	370
V - 06	Gendersensible Sprache in der Satzung der Bundesärztekammer	371
TOP VI	Sachstandsbericht Ärztliches Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK)	372
VI - 01	ÄPS-BÄK als Qualitätsmaßstab und Grundlage für die Refinanzierung ärztlicher Personalkosten gesetzlich verankern	373
VI - 03	Ärztliches Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer verbindlich gesetzlich verankern	374
VI - 04	Vorhaltefinanzierung für Krankenhausleistungen muss verbindliche Personalbedarfe für die einzelnen Leistungsgruppen vorgeben	376
VI - 05	Personalkosten statt Vorhaltekosten finanzieren	378
VI - 06	Ausbuchung medizinisch begründeter Personalmindestausstattungen in den Krankenhäusern aus den DRG-Fallpauschalen im Verbund mit voller Direkterstattung durch die Kostenträger - nicht nur im pflegerischen, sondern auch im ärztlichen Bereich!	379
VI - 02	Keine Sanktionen auf Grundlage von ÄPS-BÄK	381
TOP VII	Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2022/2023 (01.07.2022 – 30.06.2023)	382
VII - 01	Genehmigung des Jahresabschlusses	383
TOP VIII	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2022/2023 (01.07.2022 – 30.06.2023)	384
VIII - 01	Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2022/2023 (01.07.2022 - 30.06.2023)	385
TOP IX	Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2024/2025 (01.07.2024 – 30.06.2025)	386
IX - 01	Genehmigung des Haushaltsvoranschlags	387
TOP X	Ankündigung des 130. Deutschen Ärztetages 2026 in Hannover	388
X - 01	Austragungsort für den 130. Deutschen Ärztetag vom 12. – 15.05.2026 in Hannover	389



**TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik:
Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag -
Aussprache zum Leitantrag**

Ia - 01 Motivierte Mitarbeiter sind der Schlüssel - Gesundheitspolitik an
Nachwuchsförderung, Qualifizierung und guten Arbeitsbedingungen
ausrichten

TOP la Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aussprache zum Leitantrag

Titel: Motivierte Mitarbeiter sind der Schlüssel - Gesundheitspolitik an Nachwuchsförderung, Qualifizierung und guten Arbeitsbedingungen ausrichten

Beschluss

Auf Antrag von Vorstand (Drucksache la - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Das Gesundheitswesen in Deutschland wird von hochmotivierten Ärztinnen und Ärzten, Medizinischen Fachangestellten (MFA), Pflegefachkräften und vielen weiteren Gesundheitsfachberufen getragen. Ihr Anspruch ist es - trotz schwieriger Rahmenbedingungen - den Menschen zum Maßstab ihres tagtäglichen Handelns zu machen. Dieses professionelle Selbstverständnis der im Gesundheitswesen Tätigen muss Verpflichtung und Ansporn einer modernen und zukunftsorientierten Gesundheitspolitik sein.

Die Beschäftigten sind der Schlüssel für ein gleichermaßen menschliches wie leistungsstarkes Gesundheitswesen. Die Nachwuchsförderung, die Fortentwicklung aller Bereiche des Gesundheitswesens und die Ausgestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen müssen sich gleichermaßen an dem Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten, wie auch an den Erfordernissen derjenigen ausrichten, die in unserem Gesundheitswesen tätig sind.

Zeit für Zuwendung, leistungsgerechte Bezahlung, am tatsächlichen Behandlungsbedarf ausgerichtete Strukturen sowie die Förderung des ärztlichen Nachwuchses sind grundlegend für die Sicherung der medizinischen Versorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens.

Für eine wertschätzende Gesundheitspolitik

Umfragen belegen, dass Ärztinnen und Ärzte die Berufsgruppe sind, der die Menschen in unserem Land das größte Vertrauen entgegenbringen. Das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger ist Ausdruck ihrer Wertschätzung für das Engagement, für die Empathie und für das fachliche Können ihrer Ärztinnen und Ärzte.

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert, dass sich das Vertrauen und die Wertschätzung der Menschen auch in einer wertschätzenden Gesundheitspolitik widerspiegeln. Nicht zuletzt die zahlreichen Proteste von Ärztinnen und Ärzten aus Kliniken und Praxen, von Medizinischen Fachangestellten und weiteren Gesundheitsfachberufen zeigen deutlich die

tiefe Unzufriedenheit über die beruflichen Rahmenbedingungen der im Gesundheitswesen Tätigen. Attraktive Arbeitsbedingungen, Zeit für Zuwendung statt Medizin im Minutentakt, Patientenorientierung statt Kommerzialisierung und echte Entlastung von unnötiger Bürokratie sind für die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens elementar. Aufgabe und Verantwortung der Politik ist es, die Gesundheitspolitik gemeinsam mit den Akteuren aus dem Gesundheitswesen in diesem Sinne neu auszurichten.

Ein modernes Medizinstudium und attraktive Arbeitsbedingungen für den ärztlichen Nachwuchs

Aktive ärztliche Nachwuchsförderung zum einen und die Schaffung guter beruflicher Rahmenbedingungen zum anderen sind Grundvoraussetzungen für eine gelingende Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen. Beides bedingt einander. Ohne ausreichend Nachwuchs verschlechtern sich durch wachsende Arbeitsverdichtung die beruflichen Rahmenbedingungen für die bereits im System tätigen Beschäftigten. Schlechte berufliche Rahmenbedingungen mindern die Attraktivität ärztlicher Tätigkeit und halten junge Menschen von einer Tätigkeit in der Patientenversorgung ab.

Vor diesem Hintergrund fordert der 128. Deutsche Ärztetag Bund und Länder auf, die seit Jahren angekündigte und dringend benötigte Reform des Medizinstudiums endlich umzusetzen. Zusätzliche Ausbildungskapazitäten sind zu schaffen und zu finanzieren. Für einen langfristigen Verbleib der künftigen Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung sind Politik und Kostenträger aufgefordert, für attraktive, insbesondere familienfreundliche Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit in der Patientenversorgung zu sorgen. Wir halten es für falsch, Medizinstudienplätze nach aktuellen versorgungspolitischen Prämissen zu vergeben und dadurch die Wahlmöglichkeiten einzuschränken.

Auch Ärztinnen und Ärzte im Ruhestandsalter sind oftmals bereit, zumindest in Teilzeit weiterhin in der Patientenversorgung tätig zu sein. Angesichts der bevorstehenden Ruhestandswelle im ärztlichen Bereich sind gesetzliche, insbesondere steuergesetzliche Regelungen und Anreize zu schaffen, damit diese Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeitskraft und ihr Erfahrungswissen weiterhin in die Versorgung einbringen können.

Für eine an Patienten und Beschäftigten ausgerichtete Krankenhausreform

Krankenhäuser werden in Zeiten des Fachkräftemangels noch mehr als bisher um qualifiziertes Personal werben müssen, um ihren vielfältigen Aufgaben gerecht werden zu können. Ziele der von Bund und Ländern angestrebten Krankenhausreform müssen deshalb gleichermaßen die Sicherung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Patientenversorgung sowie bessere Arbeitsbedingungen für alle in den Kliniken beschäftigten Berufsgruppen sein. Der von der Bundesregierung erarbeitete Gesetzentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) bleibt jedoch in weiten Teilen hinter diesen Erwartungen zurück. Er verfehlt das selbstgesteckte Ziel der Entbürokratisierung und wird dem Anspruch einer grundlegenden Reform des DRG-

Systems mit all seinen ökonomischen Fehlanreizen nicht gerecht. Stattdessen greift der Gesetzentwurf mit kleinteiligen Vorgaben in die Verantwortung der Bundesländer für eine an den regionalen Erfordernissen ausgerichtete Krankenhausversorgung ein.

Der 128. Deutsche Ärztetag fordert deshalb die Bundesregierung auf, den vorliegenden Gesetzentwurf gemeinsam mit den Bundesländern und den Akteuren aus dem Gesundheitswesen grundlegend zu überarbeiten. Insbesondere müssen die Auswirkungen der Reform auf die ärztliche Weiterbildung und somit auf die ärztliche Nachwuchssicherung besonders beachtet werden. Die angestrebte Leistungsgruppensystematik muss sich eng an der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientieren. Wenn spezielle, insbesondere weiterbildungsrelevante Leistungen künftig stärker gebündelt und weitere Versorgungsleistungen ambulant erbracht werden, müssen flächendeckende und sektorenverbindende Weiterbildungsverbände gefördert werden. Ärztliche Weiterbildung muss sektorenverbindend in der Verantwortung der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer gestärkt und endlich angemessen refinanziert werden.

Ein verbindliches Personalbemessungssystem für den ärztlichen Bereich ist die Voraussetzung, um eine patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung im Rahmen der geplanten Vorhaltevergütung zu refinanzieren und qualifizierte Auswahlentscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung zu treffen. Vor diesem Hintergrund fordert der 128. Deutsche Ärztetag, das Ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) im Rahmen des KHVVG gesetzlich zu verankern. Daneben sind auch die Bundesländer aufgefordert, den Einsatz von ÄPS-BÄK in ihren jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen vorzugeben und die Verwendung von ÄPS-BÄK als Maßstab in ihren Landeskrankenhausplänen vorzusehen.

Ambulante Versorgung stärken

Stabile Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Versorgung und deren nachhaltige Finanzierung sind grundlegend für ein zukunftsfähiges und resilientes Gesundheitssystem. Vor diesem Hintergrund müssen bei den geplanten Reformen im stationären Sektor immer auch die Erfordernisse des ambulanten Sektors berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die vorgesehene Förderung der Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen. Unter anderem sind die Rahmenbedingungen für die Ambulantisierung fair zu gestalten und die notwendigen Strukturanpassungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wie für Krankenhäuser angemessen zu refinanzieren.

Die Ärzteschaft erkennt die Bemühungen der Bundesregierung an, die hausärztliche Versorgung zu stärken und die Tätigkeit als Hausärztin bzw. Hausarzt für die nachwachsende Ärztegeneration attraktiver zu gestalten. Es ist allerdings weder realistisch noch sinnvoll, die durch jahrzehntelange Versäumnisse entstandenen Versorgungslücken nun durch Übertragung der hausärztlichen Versorgung auf sogenannte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen schließen zu wollen. Dies birgt die Gefahr, bestehende ambulante Strukturen noch weiter zu schwächen. Diese

sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden auch der ihnen zugedachten umfassenden Rolle bei der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nicht gerecht werden können. Die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen ist hingegen sachgerecht. Ausreichend sind die vorgesehenen Neuregelungen jedoch nicht. Der 128. Deutsche Ärztetag fordert, dass der Entbudgetierung für den hausärztlichen Bereich entsprechende Schritte auch für die fachärztliche Versorgung folgen müssen. Dafür erforderliches Honorar muss zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

Im hausärztlichen wie im fachärztlichen Bereich müssen außerdem die Rahmenbedingungen für Medizinische Fachangestellte substanziell verbessert werden. Die ambulante Versorgung benötigt keine neuen, kostspieligen Parallelstrukturen und Schnittstellen, sondern eine Stärkung der Teams aus Ärztinnen und Ärzten, qualifizierten Medizinischen Fachangestellten und weiteren Berufsgruppen in den Praxen. Dafür sind die notwendigen finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Um Ärztinnen und Ärzten und ihren Praxisteams mehr Zeit und Freiräume für die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, sind vermeidbare Praxisbesuche zu reduzieren und stattdessen insbesondere zugewandungsintensive Leistungen auskömmlich zu finanzieren. Dafür muss der Quartalsbezug bei der Vergütung und Abrechnung ärztlicher Leistungen für den gesamten vertragsärztlichen Bereich im Rahmen einer grundsätzlichen Honorarstrukturreform auf den Prüfstand gestellt werden.

Zeit für Zuwendung statt Kontrollbürokratie und Dokumentationswahn

Wenn sich junge Menschen für den Arztberuf entscheiden, tun sie dies, weil sie Krankheiten heilen, Leiden lindern und ihren Patientinnen und Patienten fürsorglich und zugewandt zur Seite stehen wollen. Im medizinischen Alltag beklagen die Ärztinnen und Ärzte sowie viele weitere Gesundheitsberufe jedoch, dass bürokratische Vorgaben, Dokumentationspflichten und Kontrollen überhandnehmen, oftmals keinen Mehrwert bieten und wertvolle Zeit binden, die der eigentlichen Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung steht. Wenn zu wenig Zeit für die eigentliche ärztliche Arbeit und für die Patientinnen und Patienten bleibt, wenn die Entscheidungsfreiheit eingeschränkt wird, wenn sich Beschäftigte dauerhaft kontrolliert fühlen und wenn die Qualitätskontrolle zum Selbstzweck wird, führt dies unter den Beschäftigten zu Berufsverdrossenheit. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in hohem Maße besorgniserregend.

In den aktuellen Gesetzentwürfen aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) stehen einzelne bürokratieentlastende Maßnahmen einem deutlichen Bürokratieaufbau an anderen Stellen gegenüber. Die Entwicklung läuft damit weiter in die falsche Richtung. Der 128. Deutsche Ärztetag fordert deshalb die Bundesregierung auf, die in ihrem Koalitionsvertrag angekündigten Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der Patientenversorgung endlich ernsthaft anzugehen. Bürokratieabbau muss vom Lippenbekenntnis zur Priorität der Gesundheitspolitik noch in dieser Legislaturperiode



werden. Nach mehr als zwei verlorenen Jahren ist dazu eine "Taskforce Entbürokratisierung" einzurichten, in der die Bundesregierung mit der Ärzteschaft und den weiteren Vertretern des selbstverwalteten Gesundheitswesens schnell die notwendigen Maßnahmen erarbeitet und realisiert.



TOP Ib

**Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik:
Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag -
Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen
Gesetzgebung**

*GesundheitsversorgungsstärkG
KrankenhausversorgungsverbG
Medizinforschungsgesetz
Neuregelung der ärztlichen Ausbildung*



**TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen
gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

GesundheitsversorgungsstärkG

- Ib - 03 Einbindung der Berufsverbände in die Entscheidungen des Gemeinsamen
Bundesausschusses
- Ib - 05 Keine Einflussnahme der Landesbehörden in Zulassungsausschüssen

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Einbindung der Berufsverbände in die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göppfarth, Dr. Oliver Funken, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Günter Meyer, Jens Wagenknecht, Dr. Christine Schroth der Zweite, Michael Andor, Dr. Stefan Semmler, Dr. Susanne Bublitz, Michael Niesen und Dr. Marion Charlotte Renneberg (Drucksache Ib - 03) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Es ist notwendig, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als maßgeblicher rahmenrechtlicher Gestalter der Versorgung der Patienten (im ambulanten wie im stationären Bereich) aufgrund der zunehmenden Ambulantisierung der Versorgung und sektorenübergreifenden Einrichtungen eine obligatorische Mitberatung betroffener und sachkundiger Interessenvertretungen nutzt. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert deswegen den Gesetzgeber auf, die Beteiligung der Interessenvertretungen betroffener ärztlicher Fachgruppen bei Beratungen des G-BA obligatorisch vorzusehen. Dazu ist es notwendig, ein Mitberatungsrecht für die von den Beschlüssen betroffenen Fachgruppen analog zu § 140f SGB V (Beteiligung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten) einzuführen.

Begründung:

Im Mittelpunkt muss die gute Versorgung der Patientinnen und Patienten stehen.

Die zunehmende Ambulantisierung, die sektorenverbindende Versorgung, die Reform der Krankenhausplanung und -vergütung bedingen deshalb die Beteiligung betroffener Fachgruppen für ein stimmiges Gesamtkonzept.

Durch diese Umgestaltung des Gesundheitswesens werden neue Berufsbilder (Physician Assistant [PA], Primary Care Manager [PCM] etc.) und neue Organisationsformen geschaffen, um der sich hieraus verändernden Aufgabenteilungen gerecht zu werden. In der bisherigen Struktur des G-BA werden die betroffenen und sachverständigen Fachgruppen nicht ausreichend berücksichtigt.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Keine Einflussnahme der Landesbehörden in Zulassungsausschüssen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Norbert Smetak, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Jan Helge Kurschel, Prof. Dr. Stephen Schröder, Dr. Franziska Groenen, Dr. Constantin Janzen, Dr. Knut Spieker und Dr. Rainer Nierhoff (Drucksache Ib - 05) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 lehnt die im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorgesehene Ausweitung der Einflussnahme von Landesbehörden auf die Zulassungsausschüsse entschieden ab und fordert den Gesetzgeber auf, die Regelung im Sinne des Erhalts einer funktionalen Selbstverwaltung aus dem Gesetzentwurf zu streichen.

Begründung:

Der Zulassungsausschuss nach dem SGB V ist für die Zulassung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zuständig. Er prüft Anträge auf Zulassung, Verlegung von Praxissitzen, Anstellungsgenehmigungen und weitere zulassungsrelevante Angelegenheiten. Der Zulassungsausschuss setzt sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der Krankenkassen und der Landesverbände der Krankenkassen zusammen. Derzeit haben die für Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden unter bestimmten Voraussetzungen ein Mitberatungsrecht, aber kein Mitentscheidungsrecht.

Mit dem Gesetzentwurf zum GVSG startet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Frontalangriff auf die etablierten Strukturen der ambulanten Versorgung in Deutschland. Insbesondere die vorgesehene Ergänzung des § 96 Abs. 2a SGB V, dass Beschlüsse über zulassungsrechtliche Verfahren der Zulassungsausschüsse nur noch im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen sind, kommt einer Verstaatlichung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Bereich einer ihrer Kernkompetenzen gleich. Gegen diese Absicht protestieren die Ärztinnen und Ärzte auf das Schärfste.



**TOP 1b Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen
gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

KrankenhausversorgungsverbG

- Ib - 04 Sinnvolle Reform der stationären und intersektoralen Versorgungsstrukturen
- Ib - 11 Zeitnahe Weiterentwicklung des Referentenentwurfs zur Krankenhausreform
- Ib - 12 Bürokratieabbau statt Aufbau im Rahmen des
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes
- Ib - 06 Keine Finanzierung der Krankenhausreform aus liquiden Mitteln des
Gesundheitsfonds
- Ib - 09 Weiterentwicklung von Leistungsgruppen nur unter echter Beteiligung der Ärzteschaft
- wirkliche Parität herstellen
- Ib - 10 Keine Beschädigung der Qualität, der Struktur und des Ablaufs der ärztlichen
Weiterbildung als Kollateralschaden der Krankenhausreform, keine Rückkehr zu
Kurzzeitverträgen für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung!
- Ib - 19 Die ärztliche Weiterbildung muss bei der Krankenhausreform und Ambulantisierung
mitbedacht werden

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Sinnvolle Reform der stationären und intersektoralen Versorgungsstrukturen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Oliver Funken, Dr. Ulf Zitterbart, Michael Andor, Jens Wagenknecht, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Susanne Bublitz, Michael Niesen, Dr. Stefan Semmler, Dr. Christine Schroth der Zweite und Dr. Günter Meyer (Drucksache Ib - 04) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, eine konsequente Strukturreform der stationären Versorgung zügig umzusetzen, anstatt immer weiter Milliarden von Finanzmitteln der Solidargemeinschaft in die Aufrechterhaltung ineffizienter Krankenhausstrukturen zu stecken.

Jegliche Vorschläge, stationäre Versorgungseinrichtungen - sogenannte intersektorale Zentren - für die hausärztliche Versorgung zu öffnen, sind abzulehnen. Sie verkennen die Versorgungsrealitäten der Krankenhäuser und den dortigen Mangel an qualifiziertem Personal und missverstehen überdies den besonderen hausärztlichen Versorgungsauftrag vollkommen.

Die Reform der Notfallversorgung ist zeitnah entsprechend den gemeinsamen Eckpunkten von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Marburger Bund und Hausärztinnen- und Hausärzteverband umzusetzen. Im Zentrum muss dabei die klare und verbindliche Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene stehen.

Begründung:

Unter Fachleuten herrscht Einigkeit darüber, dass die aktuellen Strukturen der stationären Versorgung einer grundlegenden Reform bedürfen. Damit ist nach aller Voraussicht ein Konzentrationsprozess in der Krankenhauslandschaft verbunden. Die Aufrechterhaltung der aktuellen, an vielen Stellen ineffizienten Krankenhausstrukturen kostet Milliarden von Euro der Solidargemeinschaft, die besser genutzt werden könnten.

Eine Reform muss eine weitere Ambulantisierung der Versorgung forcieren, indem sie bestehende ambulante Strukturen weiter stärkt und ausbaut. Gute interdisziplinäre

ambulante Versorgungsstrukturen - insbesondere im hausärztlichen Bereich - sind Voraussetzung dafür, dass Standortkonzentrationen im Krankenhausbereich ambulant abgedeckt werden können. Völlig realitätsfremd ist demgegenüber die Umwandlung oder Öffnung von stationären Strukturen für die hausärztliche Versorgung, wie beispielsweise der neue § 116a Abs. 3 im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sie vorsieht. Zum einen ignorieren diese Vorschläge die bereits bestehenden Personaldefizite in Krankenhäusern, die gar nicht in der Lage sind, zusätzliche Aufgaben zu stemmen. Zum anderen wird darin aber auch die Unkenntnis der Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung deutlich, die von der oft lebenslangen Begleitung und dem damit verbundenen Vertrauensverhältnis zwischen Hausärztin und Hausarzt und Patientinnen und Patienten geprägt ist, die in stationären Strukturen nicht angemessen abgebildet werden kann. Stattdessen kann es sinnvoll sein, wenn Hausärztinnen und Hausärzte die Mitbetreuung kurzstationärer Einrichtungen übernehmen. Dies sollte in regionalen Projekten erprobt und ggf. weiter konkretisiert werden.

Weiter ausstehendes gleichwohl zentrales Element einer Reform der stationären Versorgung ist die grundlegende Reform der Notfallversorgung. Hierzu haben die KBV, der Marburger Bund und der Hausärztinnen- und Hausärzteverband konkrete Eckpunkte aus Sicht der Praktiker erarbeitet, die auch vom Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) mitgetragen werden. Im Zentrum dieser Notfallreform muss demnach die klare und verbindliche Steuerung der Patientinnen und Patienten auf Grundlage eines verbindlichen und validierten Triage-Systems in die angemessene Versorgungsebene stehen.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Zeitnahe Weiterentwicklung des Referentenentwurfs zur Krankenhausreform

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Lisa Rosch, Sebastian Exner, Alexander Fuchs, Dr. Thomas Lipp, Dr. Tilman Kaethner, Bettina Rakowitz, Ulrich Schulle und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ib - 11) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert eine zeitnahe Weiterentwicklung des vorliegenden Referentenentwurfs zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in engem Zusammenwirken mit den Ländern.

Weitere Verzögerungen der lange diskutierten Krankenhausreform sind dabei unbedingt zu vermeiden, um den Krankenhäusern die dringend erforderliche Planungssicherheit zu geben, u. U. auch durch ausgegliederte oder vorgeschaltete Teilgesetze. Dabei ist bei der Umsetzung der Reform sicherzustellen, die angestrebten Verbesserungen zu realisieren, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden oder neue Ungleichheiten zu schaffen.

Dazu muss die Reform

- konkrete Maßnahmen und Finanzierungsmodelle enthalten, die die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit hochqualitativer Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger gewährleisten,
- Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung in neuen Krankenhausstrukturen garantieren,
- die Kriterien für die Zuweisung von Leistungsgruppen transparent, gerecht und auf einer soliden Datengrundlage definieren und eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Qualitätskriterien vorsehen und
- klare Richtlinien für die Durchführung der Stichprobenprüfungen sowie Rückmeldemechanismen enthalten, die es Krankenhäusern ermöglichen, aus den Prüfergebnissen zu lernen und kontinuierliche Verbesserungen vorzunehmen.

Begründung:

Der 128. Deutsche Ärztetag sieht in dem jetzt vorgelegten KHVVG-Referentenentwurf

durchaus Ansätze einer Verbesserung der Krankenhausstruktur und -finanzierung.

Für das angestrebte Ziel, die Qualität der Krankenhausversorgung in Deutschland zu verbessern und eine effiziente und patientenorientierte Versorgungsstruktur zu etablieren, bedarf es allerdings noch wesentlicher Präzisierungen und Veränderungen im Gesetzgebungsverfahren. Der 128. Deutsche Ärztetag unterstützt die Grundlinie der Reform, die Behandlungsqualität in Krankenhäusern durch die Konzentration komplexer medizinischer Leistungen auf spezialisierte Kliniken zu verbessern und gleichzeitig eine flächendeckende Grundversorgung zu sichern. Es ist essenziell, dass diese Spezialisierung nicht zu einer Unterversorgung in ländlichen Gebieten führt. Die konkrete Ausgestaltung der Krankenhausstruktur ist daher nur mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern realisierbar.

Auch die Einführung einer Vorhaltevergütung, die eine leistungs- und bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser ermöglicht und somit eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen soll, wird befürwortet. Allerdings muss dies transparent, gerecht und auf einer soliden datenbasierten Grundlage etabliert sowie die Qualitätskriterien regelmäßig überprüft und angepasst werden, um den medizinischen Fortschritt und die sich ändernden Versorgungsbedarfe der Bevölkerung zu berücksichtigen. Der 128. Deutsche Ärztetag sieht zudem gute Chancen, die Effizienz durch klar strukturierte Digitalisierungsmaßnahmen zu steigern und damit die Akzeptanz für die Digitalisierung insgesamt zu erhöhen. Die Umstellung von der Einzelfall- auf die Stichprobenprüfung wird als sinnvolle Maßnahme zur Reduzierung des bürokratischen Aufwands und zur Fokussierung auf die Qualitätsverbesserung gesehen, erfordert aber weitere flankierende Maßnahmen zu ihrer Etablierung.

Dabei steht die deutsche Ärzteschaft vor Ort bereit, aktiv an der Gestaltung und Realisierung der Reform mitzuwirken und ihre Erfahrungen einzubringen, um die Interessen der Patientinnen und Patienten zu wahren und die Versorgungsqualität nicht zu gefährden.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Bürokratieabbau statt Aufbau im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Karl Amann, Benjamin Breckwoldt, Dr. Florian Gerheuser, Constantin Halim, Prof. Dr. Dietrich Henzler, Dr. Christoph Janke, Dr. Kai Johanning, Dr. Andreas Schießl und Dr. Jonathan Sorge (Drucksache Ib - 12) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, im Rahmen des geplanten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) konsequent die Möglichkeiten zum Bürokratieabbau zu nutzen. Insbesondere die neu einzuführenden Strukturkriterien der Leistungsgruppen müssen mit den OPS-Strukturmerkmalen abgeglichen werden, um Redundanzen bei der Überprüfung, z. B. durch Medizinische Dienste (MD) zu vermeiden.

Begründung:

Im Entwurf zum KHVVG werden erste Schritte zum Abbau von Bürokratie beschrieben. Der Gesetzgeber hat im vorliegenden Entwurf schon geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Richtlinien aufzuheben hat, sofern Qualitätskriterien der Leistungsgruppen vergleichbare Mindestanforderungen enthalten (§ 136 Abs. 4 neu SGB V). Dies reicht jedoch nicht aus! Eine erhebliche Redundanz wird sich aus den Strukturmerkmalen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) und denen der Leistungsgruppen ergeben. In Analogie zur geplanten Regelung in § 136 Abs. 4 SGB V neu sollten Qualitätskriterien nach § 135e SGB V (Leistungsgruppen) und OPS-Strukturmerkmale nach § 301 Abs. 2 SGB V synchronisiert werden. Alternativ sollte eine Regelung aufgenommen werden, die vorsieht, dass eine Leistungsgruppe, wie z. B. Intensivmedizin, nicht mehr nach § 135e SGB V geprüft werden muss, wenn eine Prüfung nach § 301 Abs. 2 SGB V positiv beschieden wurde. Redundante Prüfungen sind unbedingt zu vermeiden.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Keine Finanzierung der Krankenhausreform aus liquiden Mitteln des Gesundheitsfonds

Beschluss

Auf Antrag von Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Matthias Marschner, Dr. Joachim Suder, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Florian Gerheuser, Dr. Katharina Partow und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache Ib - 06) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 lehnt die Finanzierung eines Transformationsfonds zur Umsetzung der geplanten Krankenhausreform aus liquiden Mitteln des Gesundheitsfonds ab.

Begründung:

Die derzeitige Fassung des Referentenentwurfes des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) sieht vor, dass die Finanzierung der geplanten Krankenhausreform in Teilen aus einem Transformationsfonds von 50 Milliarden Euro finanziert wird, der zur Hälfte (also 25 Milliarden Euro) aus liquiden Mitteln des Gesundheitsfonds und damit von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert wird.

Ohne Zweifel handelt es sich bei der Finanzierung einer großen Krankenhausreform nicht um Ausgaben für die laufende Krankenversorgung, sondern um eine Umorganisation der Infrastruktur, wofür nach dem geltenden Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Länder zuständig sind.

Eine Teilfinanzierung aus dem Gesundheitsfonds, der ja für die Finanzierung der "Betriebskosten" des Gesundheitssystems vorgesehen ist, wird deshalb strikt abgelehnt, da sie eine Zweckentfremdung von Krankenkassenbeiträgen darstellt und eine massive und ungerechtfertigte zusätzliche finanzielle Belastung der Versicherten der GKV darstellen würde.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Weiterentwicklung von Leistungsgruppen nur unter echter Beteiligung der Ärzteschaft - wirkliche Parität herstellen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Karl Amann, Benjamin Breckwoldt, Dr. Florian Gerheuser, Constantin Halim, Prof. Dr. Dietrich Henzler, Dr. Christoph Janke, Dr. Kai Johanning und Dr. Andreas Schießl (Drucksache Ib - 09) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, im Rahmen des geplanten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) den avisierten Leistungsgruppenausschuss unter echter Parität der zu beteiligenden Institutionen zu besetzen.

Begründung:

Im Entwurf zum KHVVG vom 15.04.2024 ist vorgesehen, dass vom BMG ein Ausschuss zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik eingerichtet wird. Der Ausschuss soll in gleicher Anzahl einerseits von Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und andererseits von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesärztekammer und den Berufsorganisationen der Pflegeberufe besetzt sein. Dies stellt aus Sicht des 128. Deutschen Ärztetages keine echte Parität dar. Um insbesondere der ärztlichen Expertise bei der Weiterentwicklung und weiteren Aspekten der ärztlichen Leistungserbringung (z. B. der ärztlichen Weiterbildung etc.) Rechnung tragen zu können, muss der Ausschuss in gleicher Anzahl mit Vertreterinnen und Vertretern der vorgesehenen Institutionen besetzt sein.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Keine Beschädigung der Qualität, der Struktur und des Ablaufs der ärztlichen Weiterbildung als Kollateralschaden der Krankenhausreform, keine Rückkehr zu Kurzzeitverträgen für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Schröter (Drucksache Ib - 10) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Bundesgesetzgeber und die Tarifvertragsparteien anlässlich der designierten Krankenhausreform dazu auf, die hohe Qualität, sinnvolle Strukturen und den für alle Seiten verlässlichen Ablauf der ärztlichen Weiterbildung auch für die Zukunft sicherzustellen. Ein Rückfall zu Kurzzeitverträgen für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung darf es nicht geben!

Begründung:

Ein Kern der bevorstehenden Krankenhausreform wird es sein, die Kooperation zwischen den einzelnen Krankenhäusern einer Region im Sinne einer Arbeitsteilung zu fördern. Im Interesse der Qualitätssicherung, der Gewährleistung einer lückenlosen Versorgungssicherheit für die Bevölkerung sowie der Vermeidung eines gar ruinösen Wettbewerbs zwischen einzelnen Kliniken wird gelten: Nicht jedes Krankenhaus soll zukünftig das größtmögliche Portfolio von Leistungen anbieten, sondern das bestmögliche. Davon werden auch Krankenhäuser der Maximalversorgung sowie Universitätskliniken betroffen sein. Dies wird aber im Umkehrschluss zu neuen Herausforderungen im Hinblick auf die ärztliche Weiterbildung führen: Es wird schwieriger werden, etwa eine fachärztliche Weiterbildung mit allen Weiterbildungsinhalten vollumfänglich und "aus einem Guss" und an nur einer Weiterbildungsstätte und somit bei ein und demselben Arbeitgeber und auf der Grundlage nur eines Arbeitsvertrages absolvieren zu können.

Es muss folglich darum gehen, die Verbesserungen der letzten Jahre - auch und gerade im Hinblick auf die Befristung von Beschäftigungsverhältnissen von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung, die auf gesetzlichen sowie tarifvertraglichen (Tarifvertrag für Ärzte/Tarifgemeinschaft deutscher Länder für die Universitätskliniken) Regelungen beruhen - nicht zu gefährden. So schreibt das Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG) vor, dass befristete Arbeitsverträge für Ärztinnen

und Ärzte in der Weiterbildung nicht kürzer befristet werden dürfen, als es der jeweiligen Mindestweiterbildungszeit gemäß jeweiliger Weiterbildungsordnung entspricht. Um zu vermeiden, dass sich in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte - nach Jahren grundlegender Verbesserungen - wiederum in Kurzzeitverträgen wiederfinden, muss sich die Kooperation zwischen einzelnen Krankenhäusern gerade auch darauf erstrecken, eine vollumfängliche und sinnvoll strukturierte Weiterbildung sowie Arbeitsverträge über die gesamte Mindestweiterbildungszeit zu gewährleisten - etwa in Gestalt von sozial verantwortungsbewusst gestalteten Arbeitnehmerüberlassungen unter Aufrechterhaltung jeweils sich über die gesamte Mindestweiterbildungszeit in Gebieten, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Zusatz-Weiterbildungen (ZWB) erstreckender Arbeitsverträge.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Die ärztliche Weiterbildung muss bei der Krankenhausreform und Ambulantisierung mitbedacht werden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Dr. Eva See, Dr. Dorothea Sophie Kerner, Prof. Dr. Doreen Richardt, LL.M., Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Annette Luther, Dr. Victoria Witt, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Klaus J. Doubek und Dr. Susan Trittmacher (Drucksache Ib - 19) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Um langfristig eine gute medizinische Versorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sicherzustellen, ist eine Verbesserung der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten unabdingbar. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 unterstützt daher die Forderungen des Bündnisses Junge Ärztinnen und Ärzte (BJÄ), dass die Weiterbildung bei der Krankenhausreform und Ambulantisierung mitgedacht werden muss.



**TOP 1b Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen
gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Medizinforschungsgesetz

- 1b - 01 Unabhängigkeit der ethischen Bewertung von klinischen Studien sicherstellen
- 1b - 15 Preistransparenz für Arzneimittel im Medizinforschungsgesetz beibehalten

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Unabhängigkeit der ethischen Bewertung von klinischen Studien sicherstellen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ib - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, im Rahmen der aktuellen parlamentarischen Beratungen für ein nationales Medizinforschungsgesetz (MFG) die Unabhängigkeit der ethischen Bewertung von klinischen Prüfungen zu erhalten und die hoch umstrittene Errichtung der sogenannten "Spezialisierten Ethik-Kommission für besondere Verfahren" gemäß § 41c AMG-E zu streichen.

Begründung:

Die im Entwurf eines MFG vorgesehene Errichtung einer Ethik-Kommission beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nachgeordnete und weisungsgebundene staatliche Behörde stellt die Unabhängigkeit bei der ethischen Bewertung von Studienvorhaben grundlegend in Frage. Die Unabhängigkeit einer Ethik-Kommission ist eine zentrale Anforderung gemäß der 1964 erstmals vom Weltärztebund verabschiedeten Deklaration von Helsinki, welche international anerkannte ethische Standards für die Forschung am Menschen setzt. Eine unabhängige ethische Bewertung von Forschungsvorhaben ist ein zentraler Eckpfeiler des Probandenschutzes im Kontext von klinischen Prüfungen. Der Regelungsansatz ist umso bedenklicher, als diese Kommission gerade für die komplexen und damit inhärent auch riskanten Forschungsvorhaben an hoch vulnerablen Patientengruppen zuständig sein soll.

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens wurden bereits wichtige Maßnahmen vorgesehen, durch die die formale Praxis der Antragstellung und der Verfahrensweisen der Ethik-Kommissionen gestärkt werden. Zudem haben sich die Beteiligten u. a. aus Industrie, Wissenschaft, Ethik-Kommissionen und Ärzteschaft zusammengeschlossen, um gemeinsame Ansätze für eine weitere Spezialisierung, Harmonisierung und - bei Nichtbeachtung - auch Sanktionierung zu erarbeiten.

Angesichts der ungewöhnlich einheitlichen Kritik von Wissenschaftsverbänden, Pharmaindustrie, Ethik-Kommissionen und Ärzteschaft ist unverstänlich, warum die u. a.



von der Bundesärztekammer und der "Initiative Studienstandort Deutschland" (ISD) vorgetragenen Kritikpunkte sowie die von allen Beteiligten gemeinsam erarbeiteten konstruktiven Lösungsansätze bisher nicht berücksichtigt wurden.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Preistransparenz für Arzneimittel im Medizinforschungsgesetz beibehalten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Matthias Marschner, Dr. Joachim Suder, Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache Ib - 15) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung auf, die im geplanten Medizinforschungsgesetz (MFG) auf Antrag von Pharmaunternehmen vorgesehene Vertraulichkeit des Erstattungsbeitrages für neu zugelassene Medikamente zu streichen. Der 128. Deutsche Ärztetag spricht sich für eine größtmögliche Transparenz bei der Gestaltung von Arzneimittelpreisen aus und fordert die im Gesetzentwurf nicht mehr vorgesehene Offenlegung von verhandelten Medikamentenpreisen mit der Möglichkeit zu einem Vergleich der Medikamentenpreise in anderen europäischen Ländern.

Begründung:

Mit dem jetzigen Entwurf des MFG sind vertrauliche Absprachen zur Rabattierung von patentgeschützten Arzneimitteln vorgesehen. Die Annahme, dass diese Vertraulichkeit zu höheren Rabatten der Pharmaindustrie und damit einer für die Versicherten besseren Preisgestaltung führen, sind zweifelhaft und nicht belegt. Im Gegenteil ist zu befürchten, dass eine Preisgestaltung und Rabattierung "hinter verschlossenen Türen" die Preisgestaltung für Pharmaka jedweder öffentlichen Kontrolle entzieht. Bei fehlender Transparenz und mit der geplanten Geheimhaltung bleibt zudem völlig offen, wie Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung neuer Arzneimittel dem Wirtschaftlichkeitsgebot Folge leisten können. Ein Vergleich der Preise aus anderen Ländern stärkt die Verhandlungsposition der Kostenträger aus Sicht von Patientinnen und Patienten wie auch von Ärztinnen und Ärzten und ist damit auch im Interesse der Solidargemeinschaft und der Bevölkerung, damit unsere Gesundheitsversorgung auch in der Zukunft dauerhaft finanzierbar bleibt.



**TOP 1b Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen
gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Neuregelung der ärztlichen Ausbildung

- 1b - 02 Reform der ärztlichen Ausbildung endlich umsetzen
- 1b - 08 Die neue Approbationsordnung muss jetzt beschlossen werden!
- 1b - 20 Verbesserung der Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr
- 1b - 21 Mindestabstand vom Praktischen Jahr zum 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Reform der ärztlichen Ausbildung endlich umsetzen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ib - 02) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert Bund und Länder auf, die Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) endlich umzusetzen. Die Reform des Medizinstudiums darf auf den letzten Metern nicht daran scheitern, dass Bund und Länder sich bezüglich der Finanzierung nicht einigen können. Die Neufassung des überarbeiteten Referentenentwurfs zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung (Stand: 04.12.2023) enthält wesentliche Neuerungen, die für ein modernes Medizinstudium unerlässlich sind. Die darin enthaltenen, auf Bund-Länder-Ebene konsentierten Maßnahmen basieren auf Empfehlungen des "Masterplans Medizinstudium 2020" und müssen dringlich umgesetzt werden, um eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte ärztliche Versorgung in allen Regionen Deutschlands auch in Zukunft sicherzustellen.

Begründung:

Bereits 2017 wurde die Reform der ärztlichen Ausbildung von Bund und Ländern mit dem "Masterplan Medizinstudium 2020" beschlossen; die Umsetzung war dabei für das Jahr 2020 avisiert. Dem Namen nach ist die Reform also bereits jetzt vier Jahre im Verzug. Es ist schlichtweg nicht hinzunehmen, dass sich die dringend notwendige Novellierung des Medizinstudiums aufgrund ungeklärter Finanzierungsfragen derart verzögert und daran sogar zu scheitern droht.

Der 128. Deutsche Ärztetag befürwortet ausdrücklich die wesentlichen Kernelemente der vorgesehenen Reform. Hervorzuheben ist unter anderem die Verzahnung von praktisch-klinischen sowie grundlagenwissenschaftlichen Inhalten im Studium. Vor dem Hintergrund des sich zuspitzenden Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten ist insbesondere auch die geplante Stärkung der Allgemeinmedizin wichtig und zwingend erforderlich. Des Weiteren befürwortet der 128. Deutsche Ärztetag ausdrücklich, dass der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) im Zuge der Novellierung als verbindliche Grundlage für die Ausgestaltung des Medizinstudiums verankert und stetig weiterentwickelt werden soll. Nur so können die Inhalte des Medizinstudiums kontinuierlich

aktuell gehalten und dem medizinischen Fortschritt angepasst werden.

Bund und Länder müssen ihrer Verantwortung für eine moderne ärztliche Ausbildung gerecht werden. Die Reform muss kommen, auch wenn bei einigen Punkten noch Verbesserungsbedarf besteht. So sollte beispielsweise eine Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr (PJ) festgelegt sowie die im Sinne der Qualitätssicherung notwendige Einbindung der Landesärztekammern in die Rekrutierung der Lehrpraxen vorgesehen werden. Darüber hinaus sollte auch die Einführung einer differenzierten Fehlzeitenregelung im PJ im Rahmen der Reform berücksichtigt werden.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Die neue Approbationsordnung muss jetzt beschlossen werden!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lisa Rosch, Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Dr. Marco Hensel MBA, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ib - 08) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und die Länder eindringlich dazu auf, sich endlich auf die Finanzierung der neuen Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) zu einigen und diese zu beschließen.

Begründung:

Wenn ein Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung bis zum 01.10.2027 gelingen soll, muss sie zwingend noch in diesem Jahr verabschiedet werden. Ansonsten bleibt für die Fakultäten nicht ausreichend Zeit, um die Änderungen umzusetzen und die Modernisierung des Medizinstudiums verzögert sich weiter. Der "Masterplan Medizinstudium 2020" wurde bereits 2017 beschlossen, weil man die Herausforderungen der nächsten Generation an Medizinerinnen und Medizinern angehen wollte, damit Patientinnen und Patienten immer nach dem neuesten Stand der medizinischen Forschung versorgt werden können. Wenn aber die Umsetzung dieses Plans nicht innerhalb von zehn Jahren gelingt, entsprechen diese Inhalte nicht mehr dem aktuellen Sachstand und eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten ist nicht sichergestellt.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Verbesserung der Ausbildungsqualität im Praktischen Jahr

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Annette Luther, Dr. Christiane Groß, M.A., Anne Kandler und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ib - 20) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, eine qualitativ hochwertige Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) für Medizinstudierende durch Mentoring, Betreuung, Lehrveranstaltungen und eine geeignete Verantwortungsübernahme durch die Studierenden sicherzustellen.

Begründung:

Eine gute Ausbildung im PJ bildet das Fundament für einen guten Start in die Zeit der Weiterbildung, da es maßgeblich die praktischen Fertigkeiten, klinischen Abläufe und ärztliche Verantwortung lehrt. Derzeit ist dies durch die bereits große Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung nicht immer gewährleistet und die oberärztliche Anbindung und Betreuung von Studierenden soll sichergestellt werden. Der Antrag wurde durch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) verfasst.

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Mindestabstand vom Praktischen Jahr zum 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Annette Luther, Dr. Christiane Groß, M.A., Anne Kandler und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ib - 21) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 setzt sich für Chancengleichheit in der medizinischen Ausbildung ein und fordert den Gesetzgeber auf, die Bedingungen im Praktischen Jahr (PJ) für Medizinstudierende so zu verändern, dass eine gerechte Prüfungsdurchführung gewährleistet ist. Beispielsweise sollte ein Mindestabstand von vier Wochen zwischen dem Ende des PJ und dem dritten Staatsexamen (M3) eingeführt werden. Die Prüfungsladung des jeweiligen Landesprüfungsamtes (LPA) oder die Rahmenzeitplanung der Fakultäten soll entsprechend angepasst werden, um eine angemessene Vorbereitung auf das Staatsexamen und eine größtmögliche Chancengleichheit zu gewährleisten.

Begründung:

Die Staatsexamina in Deutschland dienen der Qualitätssicherung und Vergleichbarkeit der Ausbildung unserer Medizinstudierenden und kontrollieren, ob das Absolventenprofil erreicht wurde, mit dem Medizinstudierende als Ärztinnen und Ärzte in die Weiterbildung entlassen werden. Für Medizinstudierende bildet das M3 einen wichtigen Baustein in ihrer Ausbildung, das einer entsprechenden Vorbereitungszeit bedarf. Diese variiert jedoch zufällig zwischen einer und acht Wochen. Studierende sehen sich de facto dazu gezwungen, die wenigen Fehltage des PJ bis zum Ende aufzusparen, um eine adäquate Lernzeit zu sichern. Hinzu kommen noch unterschiedliche Zeitpunkte der Bekanntgabe von Prüferinnen und Prüfern und dem Losfach. Eine Normierung der Lernzeit ist ein wichtiger erster Schritt hin zu vergleichbaren Staatsexamina.

Der Antrag entstand auf Initiative der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd).



TOP Ic

**Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik:
Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag -
Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

*Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung
Arzneimittel / Medizinprodukte
Ärztliche Berufsausübung
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Ausbildung / Medizinstudium
Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag
Bürokratieabbau
eHealth
EU-Themen
GKV / vertragsärztliche Versorgung / SGB V
Klima- und Gesundheitsschutz
Kommerzialisierung
Krankenhaus
Menschenrechte
Minderjährige
Notfallversorgung
Organspende, Transplantation
ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin
Pandemie und Katastrophenschutz
Prävention / Gesundheitsförderung / Gesundheitskompetenz
Psychotherapie
Qualitätssicherung / Patientensicherheit
Rehabilitation
Sanitätsdienst der Bundeswehr
Schwangerschaftsabbruch und -konflikt
Selbstverwaltung
Sucht und Drogen
Suizidprävention
Vergütung ärztlicher Leistungen
Weiterbildung
Weiteres*



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Ambulante und stationäre ärztliche Versorgung

- Ic - 10 Aktuelle Vorschläge der "Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung" gehen an der Realität vorbei und gefährden die Patientenversorgung in Deutschland
- Ic - 43 Freiberuflichkeit schützen und fördern
- Ic - 85 Verankerung der spezialisierten multimodalen Schmerzmedizin in der Klinikreform
- Ic - 108 Ambulantisierung nur unter gleichen Voraussetzungen für Praxen und Kliniken
- Ic - 45 Erhalt und Stärkung der komplementären ambulanten fachärztlichen Versorgung
- Ic - 72 Facharztpraxen in der ambulanten Medizin sind zur Aufrechterhaltung von Versorgungsqualität und -umfang unverzichtbar
- Ic - 130 Ambulante medizinische Nachversorgung über drei Tage nach Haftentlassung durch die Haftanstalten
- Ic - 131 Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Haftanstalten
- Ic - 88 In einem geplanten Register der Heilberufe muss der Ausbildungsgang eindeutig erkennbar werden
- Ic - 126 Fehlende Evidenz für Homöopathie-Anwendung und Beendigung der Sonderstellung in Abrechnungssystemen

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Aktuelle Vorschläge der "Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung" gehen an der Realität vorbei und gefährden die Patientenversorgung in Deutschland

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 10) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 weist die Forderung der Regierungskommission entschieden zurück, das leistungsfähige und breit aufgestellte Netz von Facharztpraxen abzuschaffen.

Die hochwertige und flächendeckende fachärztliche Versorgung in den Krankenhäusern und in den Praxen ist ein Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens. Fachärztinnen und Fachärzte in den Kliniken und in den Praxen nehmen in unterschiedlicher Weise Aufgaben für ihre Patientinnen und Patienten wahr. Die jeweiligen fachärztlichen Versorgungsebenen stellen somit keine Doppelstrukturen dar, sondern sind Ausweis und Garant einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und patientenorientierten Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Die Forderung der Regierungskommission desavouiert Fachärztinnen und Fachärzte, indem sie ihnen ihre Leistungsfähigkeit und die Qualität ihrer Arbeit abspricht. Der Plan der Kommission, Facharztpraxen abzuschaffen, läuft zusammen mit der Empfehlung, den sogenannten Level II-Krankenhäusern in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad einen ambulanten Versorgungsauftrag sowohl für den fachärztlichen als auch für den hausärztlichen Bereich zu erteilen, auf einen Paradigmenwechsel hinaus, der die bewährte ambulante haus- und fachärztliche Versorgung in ihrer Gesamtheit in Frage stellt. Damit verunsichert die Regierungskommission insbesondere junge niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte, den Schritt in die wirtschaftliche Selbstständigkeit zu gehen und gefährdet so die Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Der 128. Deutsche Ärztetag stellt außerdem fest, dass die Level II-Kliniken auch für die stationäre Versorgung der zentralen Rolle, die die Kommission ihnen zudenkt, in keiner Weise gerecht werden können. Einrichtungen unter pflegerischer Leitung, in denen nicht rund um die Uhr ein Arzt anwesend ist, sind keine Krankenhäuser.

Die Regierungskommission war aufgefordert, Vorschläge zur Stärkung der ärztlichen



Versorgung in Klinik und Praxis auszuarbeiten, sowie Konzepte dafür, wie die Versorgungsbereiche enger miteinander vernetzt, Synergien genutzt und Versorgungsbrüche an den Schnittstellen vermieden werden können.

Diese Aufgabenstellung hat die Regierungskommission mit ihrer aktuellen zehnten Stellungnahme "Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems" eklatant verfehlt.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Freiberuflichkeit schützen und fördern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Norbert Smetak, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Jan Helge Kurschel, Prof. Dr. Stephen Schröder, Dr. Franziska Groenen, Dr. Constantin Janzen, Dr. Knut Spieker und Dr. Rainer Nierhoff (Drucksache Ic - 43) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, politische Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die ärztliche Tätigkeit als freien Beruf schützt und fördert. Um eine nachhaltige und qualitativ hochwertige ambulante Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, sind bewährte Strukturen nicht nur zu erhalten, sondern auch zukunftsfähig zu gestalten und Fehlentwicklungen entgegenzuwirken.

Begründung:

Der ärztliche Beruf ist gemäß der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) und der Bundesärzteordnung (BÄO) ein freier Beruf. Ärztliches Handeln ist geprägt von hoher Eigenverantwortlichkeit und von der Unabhängigkeit gegenüber jeglicher Einflussnahme durch Dritte. Ob eine Ärztin oder ein Arzt selbstständig arbeitet oder in einer Klinik oder Praxis angestellt ist, spielt dabei keine Rolle. Um eine hochwertige vertragsärztliche Versorgung zu erhalten, ist es unerlässlich, das Prinzip der Freiberuflichkeit zu schützen und zu fördern. Dies erfordert politische und finanzielle Rahmenbedingungen, die eine unabhängige und eigenverantwortliche ärztliche Tätigkeit ermöglichen und eine angemessene Vergütung sicherstellen. Dazu gehört auch eine moderne Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verankerung der spezialisierten multimodalen Schmerzmedizin in der Klinikreform

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Pedram Emami, Rudolf Henke, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Gerald Qitterer, Dr. Martina Wenker, Dr. Mirko Barone, Dr. Markus Beck, Dr. Lydia Berendes, Dr. Karl Brey, Dr. Sven Dreyer, Dr. Matthias Fabian, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Heidemarie Lux, Prof. Dr. Jörg Weimann und Dr. Andreas Schießl (Drucksache Ic - 85) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert Bund und Länder auf, im Zuge der anstehenden Krankenhausreform für eine bessere und weiterhin flächendeckende Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen zu sorgen. Dazu sind die bereits bestehenden schmerztherapeutischen Versorgungsstrukturen im stationären und teilstationären Bereich zu erhalten sowie bedarfsgerecht und sektorenverbindend auszubauen.

Begründung:

Rund vier Millionen Patienten in Deutschland leiden an schweren und hochchronifizierten, nicht tumorbedingten Schmerzen mit psychischen Beeinträchtigungen (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2019). Diese Gruppe benötigt in der Regel eine multimodale Therapie durch Schmerzspezialisten, bei der neben einer spezifischen medizinischen Versorgung auch verschiedene Methoden wie Psychotherapie, Physiotherapie und Kreativtherapie gezielt im stationären und tagesklinischen Rahmen kombiniert werden, die sog. interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST).

Ähnlich wie bei der Palliativmedizin handelt es sich bei der multimodalen Schmerztherapie um eine seit Jahrzehnten etablierte Komplexbehandlung.

In den Plänen der Bundesregierung zur Klinikreform ist eine Förderung der spezialisierten Schmerzmedizin bisher nicht vorgesehen. Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie wird aktuell in rund 450 Kliniken durchgeführt. Aktuell kommt es bereits zu Schließungen schmerzmedizinischer Einrichtungen, Neuplanungen werden eingestellt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Juli 2022 in einem Beschluss offiziell festgestellt: "In den letzten zehn Jahren zeigt sich eine stetige Zunahme der Schmerzpatienten (...). Die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten ist in Deutschland weder quantitativ noch qualitativ sichergestellt. Es besteht ein Mangel an multidisziplinär und professionell ausgerichteten Schmerzzentren, und es fehlt an Spezialisten der medizinischen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung (...). Dies weist auf Strukturmängel hin."

Die teil- und vollstationäre schmerzmedizinische Versorgung ist ebenso wie eine umfassende ambulante Betreuung unerlässlich für eine Gewährleistung der Versorgungssicherheit von chronischen Schmerzpatienten in Deutschland.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Ambulantisierung nur unter gleichen Voraussetzungen für Praxen und Kliniken

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sabine Köhler (Drucksache Ic - 108) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, im Ambulantisierungsvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gleiche Bedingungen für die Kliniken und Praxen für die ambulante medizinische Versorgung einzufordern.

Begründung:

Das in vielen Regionen Deutschlands noch gut funktionierende vertragsärztliche Versorgungssystem ist seit Jahrzehnten und zunehmend unterfinanziert. Zunehmender Personalmangel auch in den Kliniken und Einschränkungen der Versorgung dort waren darüber hinaus mit einer Zunahme von Versorgungsaufgaben durch die Vertragsärzte verbunden. Um Hamsterradefekte aufzuhalten und die ambulante medizinische Versorgung zu sichern, müssen bei Ambulantisierungsmaßnahmen von bisher stationär versorgten Patientinnen und Patienten alle dafür erforderlichen Ressourcen sowohl im stationären als auch im vertragsärztlichen Versorgungsbereich zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Erhalt und Stärkung der komplementären ambulanten fachärztlichen Versorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Norbert Smetak, Dr. Rainer Nierhoff, Christine Neumann-Grutzeck, Prof. Dr. Stephen Schröder, Dr. Franziska Groenen, Dr. Jan Helge Kurschel, Dr. Constantin Janzen und Dr. Knut Spieker (Drucksache Ic - 45) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 bekennt sich zur komplementären ambulanten fachärztlichen Versorgung und fordert eine umfassende Ambulantisierung mit gleichen Bedingungen für Kliniken und Praxen.

Begründung:

Die Veröffentlichung des Gutachtens "Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource" des Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege am 25.04.2024 nahm Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach zum Anlass, die ambulante fachärztliche Versorgung öffentlich in Frage zu stellen. Insbesondere die wiederholte Kritik an der sogenannten "doppelten Facharztschiene" verkennt jedoch die Versorgungsrealität.

Fachärztinnen und Fachärzte in Klinik und Praxis arbeiten zwar fachärztlich in demselben Fachgebiet, nehmen in der Regel aber unterschiedliche fachärztliche Aufgaben wahr. Bestimmte Fachgebiete, wie z. B. die Rheumatologie, Endokrinologie und Diabetologie werden stationär teilweise gar nicht mehr ausgebildet und haben sich in die ambulante Versorgung verschoben. Bestehende Überschneidungen sind der Sektorengrenze zwischen Klinik und Praxis geschuldet.

Besonders im Rahmen der geplanten Krankenhausstrukturreform müssen die qualifizierte fachärztliche Versorgung umfänglich gestärkt und notwendige Rahmenbedingungen für den Erhalt einer komplementären Facharztschiene berücksichtigt werden. Jegliche politischen Maßnahmen zur Abschaffung der ambulanten fachärztlichen Versorgung lehnt der 128. Deutsche Ärztetag entschieden ab. Vielmehr erfordert die Zielsetzung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Ambulantisierung stationärer Leistungen ein



klares Bekenntnis und eine umfassende Unterstützung bestehender und künftiger vertragsärztlicher Strukturen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Facharztpraxen in der ambulanten Medizin sind zur Aufrechterhaltung von Versorgungsqualität und -umfang unverzichtbar

Beschluss

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Stefan Schröter, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Christian Messer und Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, MBA (Drucksache Ic - 72) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Die "Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung" hat in einer Stellungnahme vom 03.05.2024 gefordert, die sogenannte "doppelte Facharztschiene" abzubauen und vorgeschlagen, dass "nicht primärärztliche Fachärztinnen und Fachärzte nur noch an oder in Kooperation mit Krankenhäusern tätig sind".

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 lehnt diese Vorschläge ab.

Die Abgeordneten des 128. Deutschen Ärztetages vertreten die Auffassung, dass es in Deutschland keine "doppelte Facharztschiene" gibt. In Deutschland sind deutlich weniger Fachärzte an Kliniken tätig als im internationalen Vergleich. Mehr als 90 Prozent der Krankheitsfälle auch mit fachärztlichem Behandlungsbedarf werden im ambulanten Sektor abschließend behandelt. Ein Überangebot an Fachärzten besteht in Deutschland nicht.

Begründung:

Im Rahmen der zunehmenden Ambulantisierung der Medizin ist es sinnvoll, Sektorengrenzen durchlässiger zu gestalten. Dies sollte jedoch nicht zulasten eines ambulanten Sektors geschehen, in dem bisher mit erheblich geringeren Kosten und größerer Flexibilität ein Großteil der fachärztlichen Medizin wohnortnah stattfindet.

Im Gegenteil: Der ambulante Sektor muss aufgrund der gewünschten Ambulantisierung wirtschaftlich und personell besser ausgestattet werden, damit hierdurch auch die Krankenhäuser entlastet werden und sich den schwerwiegenderen Krankheitsbildern, die eine stationäre Behandlung erfordern, in der notwendigen Intensität widmen können. Der Verbesserung der Kooperation zwischen niedergelassenen Fachärzten und Kliniken kann auch eine Förderung des seit Jahren vernachlässigten Belegarztwesens dienen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Ambulante medizinische Nachversorgung über drei Tage nach Haftentlassung durch die Haftanstalten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sibylle Freifrau von Bibra, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Karl Breu, Dr. Claudia Ritter-Rupp und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache Ic - 130) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Justizministerien der Bundesländer dazu auf, den entlassenen Häftlingen die erforderlichen Medikamente für drei Tage mitzugeben, um den nahtlosen Übergang in die ambulante Versorgung zu gewährleisten.

Begründung:

Die nahtlose Fortführung der medikamentösen Versorgung bei Entlassungen und speziell bei plötzlichen Entlassungen ist im Sinne einer Rückfallprophylaxe dringend erforderlich.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Haftanstalten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sibylle Freifrau von Bibra, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Joachim Suder und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache Ic - 131) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung und die Landesregierungen auf, sich dafür einzusetzen, dass die psychiatrische Versorgung von Häftlingen verbessert wird.

Begründung:

Rund 60 Prozent der Häftlinge haben psychiatrische Diagnosen, teilweise sogar Doppeldiagnosen. Die Suizidrate bei Häftlingen ist überdurchschnittlich hoch. Die Behandlung in Haftanstalten reicht nicht aus. Der Schwerpunkt liegt auf Strafe und Resozialisierung. Medizinisch ist jedoch eine Therapie dieser schweren Störungen dringend erforderlich, um im Sinne guter Resozialisierung die Rückfallquote zu minimieren.

Um eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung für Häftlinge zu erreichen, müssen Möglichkeiten erarbeitet werden, die Tätigkeiten von Kolleginnen und Kollegen in Haftanstalten attraktiver zu gestalten und auch den Einsatz telemedizinischer Möglichkeiten zu prüfen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: In einem geplanten Register der Heilberufe muss der Ausbildungsgang eindeutig erkennbar werden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Dr. Ivo Grebe, Christa Bartels, Dr. Petra Bubel, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Norbert Smetak, Dr. Regine Held, PD Dr. Heiner van Randenborgh, Dr. Christiane Groß, M.A., Wieland Dietrich und Prof. Dr. Bernd Bertram (Drucksache Ic - 88) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Im Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Bürokratieabbau sollen Arzt- und Zahnarztregister in der Zulassungsverordnung nicht mehr getrennt geführt werden. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert, diese geplante Zusammenlegung zu nutzen, um eindeutige Teilregister der drei zu registrierenden Grundberufe zu schaffen und derzeit fehlerhafte Zuordnungen aufzulösen. Für eine zukünftige eindeutige Unterteilung eignen sich ausschließlich die Bezeichnungen des jeweiligen Grundstudiums, also: Medizinregister, Zahnmedizinregister und Psychologieregister. Nur daraus geht der jeweilige Ausbildungsgang eindeutig hervor und nur daraus lassen sich für Patientinnen und Patienten transparent verstehbare lebenslange Nummern ableiten.

Begründung:

Derzeit fehlerhaft ist z. B. die Zuordnung einer lebenslangen Arztnummer (LANR) für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

Im Arztregister eintragungsfähig sind jetzt Psychotherapeuten, die Medizin studiert haben, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, nicht aber Absolventen einer neuen Approbationsprüfung "Psychotherapie", die sich an zwei psychologische Studiengänge anschließen kann. Das versteht niemand mehr.

Hintergrund ist in diesem Punkt die fehlerhafte Umetikettierung heilkundlicher Psychologieabsolventen bei der Approbationsprüfung, die nun in allen nachfolgenden Gesetzen und Verordnungen ein nomenklatorisches Durcheinander produziert und daher dringend korrekturbedürftig ist.

Transparente und eindeutige Bezeichnungen für Heilberufe sowie eindeutige Zuordnungen



von lebenslangen Heilberufsnummern sind Erfordernisse im Sinne der Patientensicherheit.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Fehlende Evidenz für Homöopathie-Anwendung und Beendigung der Sonderstellung in Abrechnungssystemen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Marc Hanefeld, Dr. Karl Breu, Dr. Pedram Emami, Uwe Lange, Dr. Jan Helge Kurschel, Bettina Rakowitz, Sonja Pieper, Dr. Gisbert Voigt, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Dr. Alexander Nowicki, Benjamin Breckwoldt, Dr. Julia Grauer, Dr. Sven Dreyer, Dr. Feras El-Hamid und Dr. Norbert Mayer-Amberg (Drucksache Ic - 126) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

1. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 stellt fest, dass die Anwendung von Homöopathie in Diagnostik und Therapie in der Regel keine mit rationaler Medizin, dem Gebot der bestmöglichen Behandlung sowie einem angemessenen Verständnis medizinischer Verantwortung und ärztlicher Ethik vereinbare Option darstellt.
2. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Maßnahmen dahingehend zu ergreifen, dass Homöopathie weder als Kassenleistung zur Abrechnung kommen kann noch als Entität mit Sonderstatus in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Erwähnung findet.
3. Die rechtliche Bewertung von Homöopathika als Arzneimittel, einhergehend mit einer Apothekenpflicht, soll beendet werden. Eine Revision der Arzneimitteleigenschaft von Homöopathika und der Binnen-Konsens-Regelung im Arzneimittelgesetz (AMG) ist erforderlich.

Begründung:

Die medizinische Praxis muss auf den besten verfügbaren aktuellen wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen beruhen. Der Beirat der Europäischen Wissenschaftsgemeinschaften hat als wissenschaftliches Beratungsorgan für die Europäische Union bereits im Jahre 2017 festgestellt, "dass die Behauptungen zur Homöopathie unplausibel sind und nicht mit etablierten wissenschaftlichen Konzepten übereinstimmen" und "die Anwendung von Homöopathie generell das Vertrauen der Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit in die Natur[gesetze] und den Wert wissenschaftlicher Evidenz für die Entscheidungsfindung in der Gesundheitsversorgung untergräbt."

Durch eine Reihe von Umständen, nicht zuletzt der Zuerkennung der Arzneimittel-

Eigenschaft für die Mittel der "besonderen Therapierichtungen" im Arzneimittelgesetz, hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Fehlwahrnehmung der Homöopathie in der Allgemeinheit verbreitet. Nach wie vor sind weite Teile der Bevölkerung überzeugt, mit der Homöopathie eine bewährte, teils der "Schulmedizin" gleichwertige Option ("Alternative") zur Verfügung zu haben.

Vom Gesetz privilegiert, mit der Apothekenpflicht geadelt, teils von Kassen erstattet, und nicht zuletzt von Ärztinnen und Ärzten praktiziert, ist eine solche Sichtweise gut erklärbar. Dies bestätigen immer wieder die eigenen Umfragen der homöopathischen Interessenvertreter, die daraus eine weithin verbreitete "Beliebtheit" der Homöopathie ableiten, die für sie sprechen soll. Aus der Sicht einer rational begründbaren und verantwortungsvollen Medizin ist dies jedoch kein Bonus, sondern eine Hypothek. Die Verantwortung der Ärzteschaft erfordert hierzu eine klare Positionierung. Besonders angesichts des aktuellen politischen Zögerns, die Homöopathie als Kassenleistung zu streichen, ist die Ärzteschaft zu einer diesbezüglichen Stellungnahme geradezu aufgerufen.

Homöopathie-Anwendung ist nicht mit den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin bzw. der Notwendigkeit, ärztliche Entscheidungen auf dem größtmöglichen Wissensstand beruhen zu lassen, vereinbar und kann keine erstattungsfähige ärztliche Leistung sein. Ihr fehlt eine belastbare Gesamtevidenz, sie ist als pseudomedizinische Methode zu betrachten. Daraus abgeleitet, kann sie auch keine Sonderstellung in ärztlichen Vergütungssystemen für sich in Anspruch nehmen. Die arzneimittelrechtliche Einstufung der Homöopathie auf der Grundlage des sogenannten Binnenkonsenses ohne Notwendigkeit eines Wirkungsnachweises genügt nicht den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes, das eben einen Wirkungsbeleg für jede Pharmakotherapie explizit fordert. Die Schaffung einer parallelen Struktur, mit der das Gesetz und dessen Intention unterlaufen werden können, stellt einen korrekturbedürftigen Fehler dar.

Homöopathiewirkungen beruhen auf Kontexteffekten, z. B. auch dem Placebo-Effekt. Es ist im Rahmen der ärztlichen Behandlung vor dem Hintergrund einer modernen Medizinethik nicht nachvollziehbar, Placebo-Therapien ohne die Herstellung eines notwendigen Informed Consent mit den Patienten durchzuführen. Dessen Sicherstellung ist aber dann nicht möglich, wenn entweder auf Seiten der Therapeuten oder wie oben dargestellt auf Seiten der Patienten die Überzeugung herrscht, dass eine spezifische Wirkung vorhanden sei.

Grundsätzlich besteht auf Therapeuten- und Patientenseite die Gefahr, dass in der Hoffnung auf o. g. spezifische Wirkungen eine evidenzbasierte Therapie unterlassen oder verzögert wird, oder dass eine Krankheits-Progression als erwartbare "Erstverschlimmerung" fehlgedeutet wird. Dadurch können vermeidbare Schädigungen resultieren, die dem ärztlichen Prinzip des "nihil non nocere" entgegenstehen.

Pseudomedizinische Methoden wie die Homöopathie gehören nicht in ärztliche Hände. Durch ihre Anwendung durch Ärztinnen und Ärzte wird das notwendige Vertrauen in die

Medizin als Fachgebiet sowie die Wissenschaft allgemein untergraben. Allgemeine Wissenschafts-Skepsis stellt ein Problem für die vielfältigen Herausforderungen dar, vor denen unsere Gesellschaft heutzutage steht.

Die gesellschaftliche Verantwortung unseres herausgehobenen Berufsstandes gebietet ein klares Bekenntnis zu wissenschaftlichem Denken. Dies ist mit der Toleranz für pseudomedizinische Methoden nicht vereinbar. Die Streichung der Homöopathie aus den Weiterbildungs-Katalogen fast sämtlicher Landesärztekammern war ein erster richtiger Schritt. Die aktuelle politische Debatte liefert sowohl Anlass als auch ein Gebot, dass die Ärzteschaft sich zu dieser Thematik einlässt.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Arzneimittel / Medizinprodukte

- Ic - 25 Situation Arzneimittelengpässe - Arzneimittelversorgung sicherstellen
- Ic - 32 Ressourcenschonung durch Deprescribing/Absetzstrategien
- Ic - 17 Verordnung von Medikamenten über die ATC-Klassifikation
- Ic - 18 Wirkstoffnamen auf Arzneimittelverpackungen
- Ic - 29 Nachweisführung von Verbleib und Bestand von Betäubungsmitteln

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Situation Arzneimittelengpässe - Arzneimittelversorgung sicherstellen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, Dr. Petra Bubel, Thomas Dörrer, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch und Henrik Straub (Drucksache Ic - 25) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert entschiedeneren Maßnahmen zur Sicherheit der Arzneimittelversorgung. Instrumente zur Preisregulierung auf nationaler Ebene (Rabattverträge, Importquoten) müssen sinnvoll angepasst werden.

Der 128. Deutsche Ärztetag fordert die Politik auf, den notwendigen Schritt zu wagen, die Wirkstoffherstellung in Europa und insbesondere in Deutschland nachhaltig zu etablieren, um die Versorgung und Qualität der Substanzen, aber auch den damit verbundenen Umwelt- und Arbeitsschutz zu sichern.

Der 128. Deutsche Ärztetag plädiert weiterhin für die Verbesserung und Ausweitung der begonnenen Maßnahmen zum Aufbau von Reserven sowie eines Frühwarnsystems.

Begründung:

Trotz des Gesetzes zur Bekämpfung von Lieferengpässen aus dem vergangenen Jahr haben sich die seit Jahren bestehenden Lieferengpässe bei wichtigen Arzneimitteln, Wirk- und Impfstoffen nicht wesentlich gebessert, bzw. lediglich verlagert. Die erfolgte Abschaffung der Fest- und Rabattverträge bei Kinderarzneimitteln und die einmalige Anhebung des Abgabepreises führte nur zu punktuellen Verbesserungen der Versorgungssicherheit. Der Aufbau von Drei-Monats-Reserven zumindest für wichtige Medikamente und die Etablierung des Frühwarnsystems konnten nicht erfolgreich etabliert werden und schließen andere wichtige Medikamente aus. Die Verlagerung zumindest eines Teils der Produktion von Wirkstoffen nach Europa und insbesondere Deutschland würde eine größere Planungssicherheit und Unabhängigkeit vom internationalen Markt bedeuten, Kontrolle über Qualität und Prozesse gewährleisten.

Ein Beispiel ist der Versorgungsengpass bei Aspirin® i.v. 500 mg, Pulver und



Lösungsmittel zur Herstellung von Injektions- und Infusionslösungen. Aufgrund von sich weiter verschärfenden Lieferengpässen ist die Beschaffung für ambulante Einrichtungen für die Notfallsituation akutes Koronarsyndrom (ACS) schwierig.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Ressourcenschonung durch Deprescribing/Absetzstrategien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Jürgen de Laporte, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Oliver Funken, Dr. Christiane Qualmann, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Gerald Qwitterer, Hans-Ulrich Braun, Dr. Günter Meyer, Ute Taube und Dr. Michael Fink (Drucksache Ic - 32) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich öffentlich und über die entsprechenden Gremien dafür einzusetzen, dass Informationen zu Deprescribing bzw. Absetzstrategien zu einem Bestandteil in Informationen zu Medikamenten - besonders auch bei Neueinführungen - werden: In Gesundheitsinformationen zu Medikamenten und bei ärztlichen Fortbildungen sollen Absetzstrategien einen wahrnehmbaren Platz einnehmen, auch als Zeichen unserer Verantwortung für die Umwelt.

Begründung:

Zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie im Interesse einer wirtschaftlichen kontinuierlichen Patientenversorgung sowie einer langfristigen Ressourcenschonung erscheint eine Kenntnis der Absetzstrategien/Deprescribing in allen Bereichen notwendig. Es gibt internationale Beispiele für Deprescribing wie aus Kanada.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verordnung von Medikamenten über die ATC-Klassifikation

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Christian Klein, Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Evelin Pinnow, Dr. Wilfried Schimanke, Manja Dannenberg und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 17) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Bundesärztekammer möge sich über ihre Gremien dafür einsetzen, dass eine Verordnung von Medikamenten anstelle über die Pharmazentralnummern (PZN) vorwiegend auf Grundlage des Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC)-Klassifikationssystems der WHO unter Angabe der Darreichungsform erfolgt.

Begründung:

Bisher hinterlegen PVS-Systeme PZN bei einer Verordnung von Medikamenten. Die PZN koppelt dabei einen Wirkstoff immer mit einem Hersteller. Lieferengpässe, Diskussionen, Rabattverträge und die Berücksichtigung von Reimporten sind tägliche Praxis und kosten Zeit, ohne dass damit die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert wird.

Eine Verordnung von Wirkstoffen ohne PZN ist prinzipiell möglich, schränkt aber die Funktionsfähigkeit mangels eindeutiger Zuordnung insofern ein, dass ein bundeseinheitlicher Medikamentenplan kaum nutzbar ist. Auch eine automatisierte Überprüfung von Wechselwirkungen funktioniert ohne PZN nicht zuverlässig.

Eine Verordnung über die ATC-Klassifikation ermöglicht eine eindeutige Wirkstoffverordnung. Der hinterlegte Code kann einen Wirkstoff für die EDV nutzbar machen. Ein Hersteller muss bei der ATC-Klassifikation anders als bei der PZN nicht angegeben werden. Probleme bezüglich der Lieferfähigkeit etc. können dann eigenständig durch die Apotheken gelöst werden.

ATC-Codes sind bereits über die Gelbe Liste in den Medikamentendatenbanken hinterlegt. Über eine Aut-idem-Regelung muss aber die Möglichkeit bestehen bleiben, von ärztlicher Seite auch ein exaktes Präparat vorzugeben.



Die Bundesärztekammer ist stimmberechtigtes Mitglied in der Arbeitsgruppe ATC/DDD beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und kann insofern Einfluss nehmen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Wirkstoffnamen auf Arzneimittelverpackungen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Christian Klein, Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Evelin Pinnow, Dr. Wilfried Schimanke, Manja Dannenberg und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 18) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert eine Änderung der Arzneimittelverpackungen für mehr Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Anders als bisher soll der Wirkstoffname und nicht der Handelsname in den Vordergrund treten.

Begründung:

§ 10 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG) regelt die Gestaltung einer Arzneimittelverpackung. Bei generischen Präparaten (nach Wegfall des Patentschutzes) werden in den Apotheken in Abhängigkeit von Rabattverträgen mit den Krankenkassen Austauschpräparate ausgegeben. Dieses Vorgehen ist aus Gründen der Kostensenkung sinnvoll. Für die Patientinnen und Patienten entstehen aber Unsicherheiten und teils auch schwerwiegende Gefahren durch Verwechslung von Präparaten.

Eine simple Änderung kann hier Abhilfe schaffen. Auf den Arzneimittelpackungen werden neben anderen Angaben der Wirkstoff und der sogenannte Handelsname des Präparats abgedruckt. Während sich der Handelsname ändern kann, bleibt der Wirkstoffname auch bei einem Austausch des Herstellers identisch.

Wenn der Wirkstoffname deutlich größer als der Handelsname zur Darstellung kommt, tritt zwar die herstellende Firma in ihrer Repräsentation in den Hintergrund - für die Patientinnen und Patienten wird aber durch die Fokussierung auf den Wirkstoff deutlicher, wie die Einnahme erfolgen soll.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Nachweisführung von Verbleib und Bestand von Betäubungsmitteln

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Gerald Quitterer, Dr. Marlene Lessel, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Markus Beck, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Karl Breu, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Stefan Semmler, Dr. Otto Beifuss und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache Ic - 29) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, die in § 13 Abs. 2 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) festgeschriebene Pflicht zur Nachweisführung so anzupassen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte weniger mit bürokratischen Anforderungen belastet werden. Die in § 13 Abs. 2 Satz 1 BtMVV verankerte Nachweispflicht verpflichtet die in § 1 Abs. 3 BtMVV genannten Einrichtungen, zum Nachweis des Verbleibs und des Bestandes der Betäubungsmittel unverzüglich nach Bestandsänderung für jedes Betäubungsmittel fortlaufende Aufzeichnungen zu führen. Der jeweils verantwortliche Arzt bzw. die verantwortliche Ärztin hat die Aufzeichnungen am Ende des Monats persönlich zu prüfen und durch Namenszeichen und Prüfdatum zu bestätigen.

Eine monatliche Nachweispflicht spiegelt nicht den tatsächlichen Behandlungsverlauf in den, insbesondere in § 1 Abs. 3 Nr. 4 BtMVV genannten Einrichtungen wider. Besuche in den oben genannten Einrichtungen erfolgen aufgrund medizinischer Notwendigkeiten und sind Ausfluss der Autonomie des behandelnden Arztes über die Wahl der konkreten Behandlungsmethode. Sie erfolgen nicht kalendermäßig zum Monatsende, sondern je nach individuellem Bedarf der behandelten Patientinnen und Patienten. Die Verpflichtung eines regelmäßigen, mindestens vierteljährlich durchzuführenden Nachweises ist ausreichend, um den mit der Nachweispflicht angestrebten Schutzzweck zu erfüllen.

Begründung:

Die Entlastung der Ärzteschaft von aufwendigen und vermeidbaren Verwaltungsaufgaben ist zwingend erforderlich, um es der Ärzteschaft zu ermöglichen, sich wieder auf ihre Kernaufgaben, nämlich der Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung, zu konzentrieren. Ärztinnen und Ärzte, die Betäubungsmittel verordnen, sind bereits durch die dem Schutz der Patientinnen und Patienten dienenden Anforderungen des

Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der BtMVV belastet. Durch die in § 13 Abs. 2 Satz 1 BtMVV normierte Nachweispflicht werden behandelnde Ärztinnen und Ärzte zusätzlich verpflichtet, auch ohne konkrete Behandlungsnotwendigkeit die in § 1 Abs. 3 BtMVV genannten Einrichtungen aufzusuchen, um der bürokratischen Verpflichtung der Nachweispflicht nachzukommen.

Zwar besteht die Möglichkeit der Nachweisführung mittels elektronischer Datenübertragung sowie die Nachweisführung durch beauftragte Mitarbeiter des Arztes oder der Ärztin durchführen zu lassen, jedoch muss die Nachweisführung am Ende eines jeden Kalendermonats durch den Arzt oder die Ärztin geprüft und durch Unterschrift bestätigt werden. Eine Entlastung von dieser bürokratischen Verpflichtung könnte durch oben genannte Änderung des § 13 Abs. 2 Satz 1 BtMVV erfolgen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Ärztliche Berufsausübung

- Ic - 90 Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von ärztlicher
Erwerbstätigkeit und Sorgearbeit gesetzlich verankern
- Ic - 61 Diskriminierungsfreie Elternzeit für Ärzte und Ärztinnen ermöglichen
- Ic - 80 Verhinderung des Ärztemangels: Hier Verbesserung der Rahmenbedingungen zur
Fortführung der ärztlichen Tätigkeit nach Eintritt in das Renteneintrittsalter durch Fortfall der
Bereitschaftsdienstverpflichtung
- Ic - 76 Intravenöse Sedierung erfordert ärztliche Kompetenz
- Ic - 50 Sexuellem Fehlverhalten im Gesundheitswesen entgegenzutreten
- Ic - 117 Berufsbegleitender Sprachunterricht für neuapprobierte Ärzte aus dem Ausland
- Ic - 119 Kinderschutz
- Ic - 120 Bedarf an Kinderschutz bei der Behandlung Erwachsener bei Klinikaufnahme, in
Ambulanzen und Praxen eruieren

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von ärztlicher Erwerbstätigkeit und Sorgearbeit gesetzlich verankern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Dr. Eva See, Dr. Dorothea Sophie Kerner, Dr. Annette Luther, Prof. Dr. Doreen Richardt, LL.M., Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Victoria Witt, Dr. Ina Martini, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Susan Trittmacher und Dr. Christoph Polkowski (Drucksache Ic - 90) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) auf, rechtliche Rahmenbedingungen für einen strukturellen Wandel zur Vereinbarkeit von ärztlicher Erwerbstätigkeit und Sorgearbeit in der Familie zu implementieren. Dabei bedarf es der Schaffung von Unterstützungsangeboten, welche zur Fortführung der ärztlichen Berufsausübung notwendig und somit in der Finanzierung zu bedenken sind, bspw.:

- Flächendeckender Ausbau der Kinderbetreuung geeignet auch für im Schichtsystem Tätige
- Anspruch auf Notfallbetreuung in sämtlichen Kindergärten in der U3- und Ü3-Betreuung für Kinder ärztlicher Kolleginnen und Kollegen, ergänzend zu dem generellen Kinderbetreuungsanspruch
- Förderung von modernen Arbeitsmodellen, i. e. Job- und Topsharing und flexiblen Arbeitszeitmodellen

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Diskriminierungsfreie Elternzeit für Ärzte und Ärztinnen ermöglichen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lisa Rosch, Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Dr. Marco Hensel MBA, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz und Dr. Julia Fritz (Drucksache Ic - 61) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 setzt sich für die Vereinbarkeit von Familie und Karriere für Ärztinnen und Ärzte ein. Der dazu nötige Kulturwandel kann beschleunigt werden, indem nicht nur Ärztinnen, sondern auch Ärzte ihren Anspruch auf Elternzeit diskriminierungsfrei geltend machen können. Arbeitgeber werden aufgefordert, eine familienfreundliche Arbeitskultur zu schaffen, in der es Ärzten, die als Väter eine Elternzeit planen, möglich ist, dies vorurteilsfrei zu tun.

Begründung:

Die Gleichbehandlung von Vätern und Müttern bei der Inanspruchnahme von Elternzeit ist gesetzlich verankert. Der Gesetzgeber hat seit 01.04.2024 die Möglichkeit für Eltern geschaffen, gemeinsam das ElterngeldPlus zu beziehen. Mütter und Väter werden durch diese Neuregelung des Elterngelds bestärkt, zu gleichen Teilen Elternzeit in Anspruch zu nehmen und Elterngeld zu beziehen. Mit der Neuregelung soll eine langfristig partnerschaftliche Aufteilung von Sorgearbeit und Erwerbstätigkeit beider Elternteile gefördert werden. Damit ist die Grundlage dafür geschaffen, dass auch Ärztinnen und Ärzte als Eltern die Erwerbs- und Sorgetätigkeit gleichmäßig aufteilen und sich gemeinsam um ihr Kind kümmern.

Durch einen Kulturwandel innerhalb der ärztlichen Arbeitswelt hin zu Offenheit und Toleranz für partnerschaftlich gleichberechtigte Sorgearbeit kann es gelingen, dass Elternschaft weder für Ärztinnen noch für Ärzte zu einem Karriereknick führt. Es ist der aktuellen Zeit angemessen, Ärzten und Ärztinnen zu ermöglichen, sowohl im Beruf als auch in der Kindererziehung Verantwortung zu übernehmen. Arbeitgeber - insbesondere Krankenhäuser - müssen offener für flexible (Teilzeit-)Arbeitszeitmodelle werden, wenn sie sich am Markt auf der Suche nach fähigen Ärztinnen und Ärzten zukünftig konkurrenzfähig aufstellen wollen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verhinderung des Ärztemangels: Hier Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Fortführung der ärztlichen Tätigkeit nach Eintritt in das Renteneintrittsalter durch Fortfall der Bereitschaftsdienstverpflichtung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Elke Buckisch-Urbanke, MPH, Dr. Karl Hubert Hoffschulte, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Alexander Nowicki, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Jan Döllein, Dr. Christine Schwill, Anne Schluck, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Christiane Groß, M.A. und Alexander Fuchs (Drucksache Ic - 80) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 empfiehlt den Landesärztekammern in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die das gesetzliche Renteneintrittsalter erreicht haben, von der Verpflichtung zum ärztlichen Bereitschafts- oder Notdienst freizustellen. Die weitere freiwillige Teilnahme am Dienst soll möglich bleiben. Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, einen entsprechenden Vorschlag auszuarbeiten und den Landesärztekammern zuzuleiten.

Begründung:

Es fehlt an Ärztinnen und Ärzten, da die sogenannten Babyboomer-Jahrgänge in Rente gehen. Ein Hindernis für die Fortführung einer ärztlichen Tätigkeit ist die weitergeltende Verpflichtung zum Bereitschafts- oder Notdienst. Eine regelhafte Befreiung mit Eintritt in das Rentenalter ist bisher nur in wenigen Bundesländern möglich.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Intravenöse Sedierung erfordert ärztliche Kompetenz

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Karl Amann, Dr. Florian Gerheuser, Constantin Halim, Prof. Dr. Dietrich Henzler, Dr. Christoph Janke, Dr. Kai Johanning, Dr. Andreas Schießl und Dr. Jonathan Sorge (Drucksache Ic - 76) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 stellt fest, dass die intravenöse Gabe von Sedativa dem Arztvorbehalt unterliegt und bei Delegation an nichtärztliches Personal nur unter Aufsicht einer Ärztin oder eines Arztes durchzuführen ist. Eine ausschließliche Anwendung durch Nichtärzte - wie z. B. durch Zahnärztinnen und -ärzte - ohne Anwesenheit oder Aufsicht einer Ärztin oder eines Arztes widerspricht sowohl den Fachinformationen als auch den Leitlinien zu Sedierungen.

Begründung:

Insbesondere im zahnärztlichen Bereich werden Ausbildungscurricula beworben, die Zahnärzte in die Lage versetzen sollen, eine intravenöse Sedierung ohne Anwesenheit eines Arztes durchführen zu können. Die Fachinformationen für die intravenöse Anwendung von Sedativa fordern sowohl spezifisch erfahrene bzw. ausgebildete Ärztinnen und Ärzte bzw. die ärztliche Anwesenheit und Aufsicht im Rahmen von Delegationen an geschultes nicht-ärztliches Personal. Die entsprechende apparative Ausstattung zur Überwachung und Unterstützung der Atem- und Herz-Kreislauf-Funktionen ist dabei ebenfalls sicherzustellen.

Darüber hinaus werden in den Leitlinien zur intravenösen Sedierung - beispielsweise bei endoskopischen Verfahren in der Gastroenterologie oder Eingriffen in der Kardiologie - spezifische Anforderungen formuliert, die ausschließlich nur von Ärztinnen und Ärzten bzw. bei Delegation von unter ärztlicher Aufsicht stehendem geschultem Personal erbracht werden können. Risikoevaluation, Risikoaufklärung, die Durchführung bzw. Delegation von intravenösen Sedierungen bis hin zur Beherrschung von möglichen Komplikationen sind in Zusatzcurricula für Nichtärzte nicht vermittelbar. Ferner ist die intravenöse Applikation von Sedativa nicht von § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) gedeckt.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Sexuellem Fehlverhalten im Gesundheitswesen entgegenzutreten

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Norbert Smetak, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Lydia Berendes, Dr. Yüksel König, Dr. Laura Schaad, Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken und Dr. Thomas Werner (Drucksache Ic - 50) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 erkennt sexualisiertes Fehlverhalten am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen als aktuelles Problem an.

Er fordert die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern sowie die Berufsverbände und wissenschaftlichen Gesellschaften aller Fachdisziplinen dazu auf, unangemessenem sexuellen Verhalten (Belästigungen, Übergriffe bis hin zu Vergewaltigung) am Arbeitsplatz entschieden im Sinne der Empfehlungen der European Union of Medical Specialists (UEMS) entgegenzutreten.

Begründung:

Aktuelle Publikationen belegen, dass unangemessenes sexuelles Verhalten (Belästigungen, Übergriffe bis hin zu Vergewaltigung) in der Medizin ein wesentlicher Bestandteil der Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten in ganz Europa ist. Dies ist nicht akzeptabel.

In Reaktion darauf hat die European Union of Medical Specialists die medizinischen Organisationen ihrer Mitgliedstaaten durch Umsetzung eines Maßnahmenplans aufgefordert, dem entschieden entgegenzutreten:

- Anerkennung unangemessenen sexuellen Verhaltens als Problem am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen
 - Einrichtung einer nationalen Vertrauensstelle für eine adäquate, externe und unabhängige Unterstützung von Betroffenen und Opfern sexuellen Fehlverhaltens
 - Entwicklung entsprechender nationaler Richtlinien und Verhaltenskodizes
 - Integration dieser Richtlinien und Verhaltenskodizes sowie Prävention von und Umgang mit unangemessenem sexuellem Verhalten in der ärztlichen Fort- und
-

Weiterbildung

- Erfassung und Analyse aufgetretener Fälle sexuellen Fehlverhaltens durch o. g. nationale Vertrauensstelle zur Fortentwicklung der implementierten Maßnahmen im Sinne eines PDCA-Zyklus

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Berufsbegleitender Sprachunterricht für neuapprobierte Ärzte aus dem Ausland

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 117) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Joachim Dehnst, Stefanie Oberfeld und Dr. Bernd Hanswille (Drucksache Ic - 117a) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert alle öffentlichen Träger und Arbeitgeber auf, ausländische Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg zur Approbation mit geeigneten, insbesondere auch sprachlichen Kursangeboten zu unterstützen und dies zur Sicherung des erreichten Sprachniveaus auch nach bestandener Sprachprüfung fortzusetzen.

Begründung:

Auch nach bestandener Sprachprüfung haben viele Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland Schwierigkeiten, sich im Gebrauch der Alltagssprache der Patienten zurechtzufinden. Um im Kontext der Aufnahme und Betreuung der Patientinnen und Patienten Verständnis für Symptomatik und Erkrankung zu bekommen, ist es wichtig, einen ausreichenden Sprachschatz zu haben. Das kann am besten berufsbegleitend erfolgen und sollte von Arbeitgebern initiiert und von der öffentlichen Hand gefördert werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Kinderschutz

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Sibylle Freifrau von Bibra, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 119) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert alle Kolleginnen und Kollegen auf, im Rahmen der Anamnese bei allen Patientinnen und Patienten in der Praxis und in der Aufnahme in der Klinik auch nach eigenen negativen Kindheitserfahrungen zu fragen und bei Bedarf entsprechende Hilfen zu vermitteln.

Begründung:

Durch breite Untersuchungen seit mittlerweile drei Jahrzehnten wurden die verheerenden kumulativen Auswirkungen negativer Kindheitserfahrungen (körperliche und psychische Misshandlung und Vernachlässigung, sowie sexueller Missbrauch, psychische Erkrankung der Eltern, Suchterkrankung der Eltern, häusliche Gewalt im Elternhaus, Trennung der Eltern, Inhaftierung der Eltern) auf die psychische und körperliche Gesundheit der Betroffenen deutlich.

Das Deutsche Ärzteblatt hat in seiner ersten Ausgabe in diesem Jahr bereits auf dieses behandelbare Risiko hingewiesen: koronare Herzkrankheit (KHK) und Krebserkrankungen, sowie Schlaganfall und Tabakabhängigkeit, Depressionen und chronische Lungenerkrankungen und erhöhtes Suizidrisiko. Durch breit angelegte und niederschwellige Information und Hilfsangebote können die vielfältigen Gefahren durch anhaltenden toxischen Stress auch noch im Erwachsenenalter entscheidend verringert werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Bedarf an Kinderschutz bei der Behandlung Erwachsener bei Klinikaufnahme, in Ambulanzen und Praxen eruieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 120) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert alle Kolleginnen und Kollegen auf, im Rahmen der Anamnese bei Patientinnen und Patienten, die sich in niedergelassenen Praxen, Ambulanzen und Notaufnahmen von Krankenhäusern vorstellen, nach Schwangerschaft und der Verantwortung für Kinder und Jugendliche und deren Versorgung zu fragen und bei Bedarf Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten.

Begründung:

Durch breite Untersuchungen seit mittlerweile drei Jahrzehnten wurden die verheerenden Auswirkungen negativer Kindheitserfahrungen (körperliche und psychische Misshandlung und Vernachlässigung, sowie sexueller Missbrauch, psychische Erkrankung der Eltern, Suchterkrankung der Eltern, häusliche Gewalt im Elternhaus, Trennung der Eltern, Inhaftierung der Eltern) auf die psychische und körperliche Gesundheit der Betroffenen deutlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat 2020 eine entsprechende Ergänzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) verabschiedet. Seit 2019 liegt die S3+ Kinderschutzleitlinie vor, seit 2012 besteht ein sicherer juristischer Rahmen durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG). Zahlreiche E-Learnings der Universität Ulm sind zugänglich und mit der medizinischen Kinderschutzhotline steht ein durchgängiges Beratungsangebot zur Verfügung. Um auch erwachsen gewordene Betroffene von toxischem Stress in der Kindheit zu erreichen, könnten alle Patienten nach kalifornischem Vorbild gescreent und (ggf. niederschwellig) behandelt werden.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

- Ic - 62 Erhalt der Nationalen VersorgungsLeitlinien
- Ic - 91 Fortführung der Nationalen VersorgungsLeitlinien nach Beendigung der Tätigkeit des
Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Erhalt der Nationalen VersorgungsLeitlinien

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Oliver Funken, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Susanne Bublitz, Dr. Norbert Smetak, Dr. Susanna Colopi-Glage, Daniela-Ursula Ibach, Michael Andor, Dr. Günter Meyer, Mathias Berthold und Dr. Michael Hubmann (Drucksache Ic - 62) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, auf die Träger des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) einzuwirken, dass die Angebote des ÄZQ und insbesondere die Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) erhalten und nahtlos fortgeführt werden. Dazu muss eine geeignete Anschlussstruktur bis zum 01.01.2025 geschaffen werden.

Begründung:

Das ÄZQ ist eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). In der Präambel des zugehörigen Vertrages in der letzten Fassung von 2017 wird festgehalten, dass die Förderung und Sicherung der ärztlichen Berufsausübung eine originäre Aufgabe von Bundesärztekammer und Landesärztekammern seien und die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder ebenfalls für besondere Qualitätsförderung und -sicherung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung verantwortlich sind: "Es ist ein vordringliches Anliegen der verfassten Ärzteschaft, aus einem professionellen Selbstverständnis heraus eine gemeinsame, wissenschaftlich begründete und klinische Erfahrung berücksichtigende Grundlage ärztlichen Handelns zu schaffen. Hierdurch soll die Qualität der Patientenversorgung unterstützt und gefördert werden."

Kernstück des ÄZQ ist das Programm der Entwicklung und Aktualisierung der Nationalen VersorgungsLeitlinien sowie die Bereitstellung von Informationen für Patientinnen und Patienten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und zur dringend notwendigen Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung.

Überraschend und ohne Vorabinformation der Ärzöffentlichkeit haben die Vorstände von KBV und Bundesärztekammer entschieden, das ÄZQ zum 31.12.2024 zu schließen und die

Angebote einzustellen.

Die Nationalen VersorgungsLeitlinien zu sektorenübergreifend versorgungsrelevanten Themen, wie unipolarer Depression, Asthma bronchiale oder Diabetes mellitus und die daraus abgeleiteten Informationen für Patientinnen und Patienten, sind unerlässlich für eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte ärztliche Tätigkeit und die Patientensicherheit. Die NVL legen den Fokus insbesondere auch auf den ambulanten Sektor und schließen damit eine Lücke in der Leitlinienlandschaft. Das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk) und Cochrane Deutschland teilen die durch die Auflösung des ÄZQ ausgelösten Bedenken in ihrer gemeinsamen Stellungnahme vom 18.04.2024.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Fortführung der Nationalen VersorgungsLeitlinien nach Beendigung der Tätigkeit des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Hans-Otto Bürger und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache Ic - 91) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, ein Konzept zu entwickeln, um mit dem bislang tätigen Fachpersonal die Fortsetzung der erfolgreichen und wichtigen Nationalen VersorgungsLeitlinien mit den dazugehörigen Patienteninformationen zu sichern.

Begründung:

1995 hatten Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit dem Ziel der "Förderung der Gesundheitsversorgung durch Entwicklung und Nutzung evidenzbasierter Leitlinien, Wissenstransfer im Gesundheitswesen" gegründet. Seit 2002 hat das ÄZQ acht Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) zu folgenden Themen erarbeitet: Asthma, COPD, Depression, Typ-2-Diabetes, Chronische Herzinsuffizienz, Hypertonie, Chronische KHK und Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, die als wesentliches Element evidenzbasierter Medizin wie auch mit den zugehörigen Patienteninformationen einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung in Deutschland geleistet haben. Nach der im April 2024 beschlossenen Auflösung des ÄZQ ist es von herausragender Bedeutung, dass das NVL-Programm weiter besteht. Ein Ende des neutralen und unabhängigen NVL-Programms wäre ein verheerender Rückschlag im Bemühen um evidenzbasierte Leitlinien in Deutschland. Zur Sicherung der herausragenden Qualität der evidenzbasierten Leitlinien und Patienteninformationen ist es unumgänglich, auch weiterhin Strukturen zur Gestaltung und Fortentwicklung weiterer Nationaler VersorgungsLeitlinien zu erhalten.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Ausbildung / Medizinstudium

- Ic - 24 Erhöhung der Zahl der Studienplätze Humanmedizin mit geeigneter
Bund-Länder-Finanzierung
- Ic - 116 Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Ausbildung
- Ic - 118 Ärztliche Ausbildung und Weiterbildung vor Ökonomisierung schützen
- Ic - 134 Keine Kommerzialisierung des Medizinstudiums
- Ic - 57 Suchtmedizin in die Lehre integrieren
- Ic - 58 Der Umgang mit Menschen mit Behinderung sollte Teil des Medizinstudiums sein
- Ic - 142 Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr
- Ic - 102 Fehlzeitenregelung im Praktischen Jahr
- Ic - 46 Prüfungsänderungen bei den medizinischen Staatsexamina - Chance nutzen,
Fairness priorisieren
- Ic - 30 Versicherungsschutz für die Personengruppe der studienbegleitend Promovierenden
in der Medizin

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Erhöhung der Zahl der Studienplätze Humanmedizin mit geeigneter Bundes-Länder-Finanzierung

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, Dr. Petra Bubel, Thomas Dörrer, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch und Henrik Straub (Drucksache Ic - 24) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Bund auf, die notwendige Erhöhung der Anzahl der Studienplätze für Humanmedizin umgehend auf eine geeignete und rechtssichere finanzielle Basis zu stellen. Das Vorhaben, die Erhöhung der Studienplatzzahlen, wie ursprünglich geplant, aus dem Gesundheitsfonds zu finanzieren, führt zu ungerechter Verlagerung der Kosten auf die Beitragszahler und die Krankenkassen.

Begründung:

Eine grundlegende Reform zur Erweiterung der Kapazität an Studienplätzen in der Humanmedizin in Deutschland ist dringend notwendig. Bis 2030 geht ein Großteil der heute noch aktiven Mediziner in Rente. Parallel dazu steigt der Anteil der in Teilzeit tätigen Kolleginnen und Kollegen. Damit nimmt die verfügbare Gesamtarbeitszeit der an der Patientenversorgung beteiligten Ärzteschaft in besorgniserregender Weise ab. Es liegt auf der Hand, dass ohne politische Eingriffe die ärztliche Versorgung im gesamten Bundesgebiet künftig nur noch mit massiven Einschränkungen bis gar nicht mehr gesichert werden kann.

In diesem Zusammenhang hat der Bundesgesundheitsminister bereits öffentlichkeitswirksam gefordert, die Zahl der Medizinstudienplätze bundesweit zu erhöhen. Ein richtiger Schritt und längst überfällig. Der jetzt zu beklagende Ärztemangel beruht auf der Reduktion der Studienplätze seit 1992 - basierend auf der Änderung der Approbationsordnung. In den 1990er-Jahren betrug die Zahl der Studienplätze in den alten Bundesländern rund 10.000 bis 11.000. Statt 16.000 Plätzen, die sich nach der Wiedervereinigung aufgrund der hinzugekommenen medizinischen Fakultäten der östlichen Bundesländer hätten ergeben müssen, betrug das Angebot an Studienplätzen seit den

1990er-Jahren nur noch ca. 10.000. Die Korrektur dieses jahrzehntelangen Mangels ist nun zwingend geboten.

Die hohen Kosten für einen Studienplatz werden durch die Länder, die medizinische Fakultäten finanzieren, zu einem Großteil selbst getragen - ohne Garantie, davon in Form von ärztlichem Nachwuchs für das eigene Bundesland zu profitieren.

Die Aufgabe, neue Studienplätze einzurichten, kann also nur über finanzielle Zuschüsse seitens des Bundeshaushaltes erfolgen. Eine wachsende Studentenschaft in der Medizin erfordert bei gleichbleibender Qualität der Lehre mehr Ausbildungsräume, Hörsäle, Ausbildungskliniken, Wohnraum und nicht zuletzt Dozenten, Ausbilder, Professoren und andere Human Resources (HR), die allesamt Kosten verursachen, welche die Länder nicht allein tragen können.

Wir begrüßen daher ausdrücklich das Vorhaben, neue Studienplätze zu errichten, die Finanzierung dazu muss freilich modifiziert werden. Aktuelle Ideen, die Förderung aus Geldern des Gesundheitsfonds zu finanzieren, führen jedoch dazu, dass der Bund wenig Zuschüsse leistet und die Hauptlast von den Krankenkassen und damit den Beitragszahlern getragen wird. Dies wird der Verantwortung des Bundes nicht gerecht.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Ausbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sven Dreyer, Dr. Lydia Berendes, Dr. Arndt Berson, Dr. Wilhelm Rehorn, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Dr. Feras El-Hamid, Dr. Oliver Funken, Bernd Zimmer, Prof. Dr. Bernd Bertram, Katharina Stoev, Dr. Jonathan Sorge, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Frank J. Reuther, Sylvia Otmüller und Dr. Jörg Woll (Drucksache Ic - 116) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, Stellung zu den potenziellen Auswirkungen der Krankenhausreform auf das Medizinstudium bzw. die medizinische Ausbildung zu beziehen. Der Bund und die Länder befinden sich in fortgeschrittenen Gesprächen bezüglich der Reform des deutschen Krankenhauswesens. Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit mit den unterschiedlichen Klassifikationen auch verschiedene Befugnisse bezüglich der Beteiligung an der ärztlichen Ausbildung einhergehen, beispielsweise bei der Anerkennung universitärer Lehrkrankenhäuser. Ebenso bleibt offen, wie sich eine mögliche Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft auf die Verfügbarkeit von Orten zur Ausübung des Praktischen Jahres (PJ) auswirken könnte. Bei einer Veränderung der Krankenhauslandschaft müssen Folgebedingungen für die ärztliche Ausbildung entsprechend mitgedacht werden. Im aktuellen Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) findet sich keine Berücksichtigung der Ausbildung.

In diesem Kontext sind auch die neue Approbationsordnung und die zukünftig verstärkte Einbeziehung von Lehrkrankenhäusern und -praxen sowie anderen Gesundheitseinrichtungen in Blockpraktika und PJ zu erwähnen. Es sollte daher vom Gesundheitsministerium klargestellt werden, inwieweit die möglichen Folgen der Reformen im Gesundheitswesen die ärztliche Ausbildung betreffen könnten und inwiefern die Verfügbarkeit qualitativer Ausbildungsorte garantiert werden kann.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Ärztliche Ausbildung und Weiterbildung vor Ökonomisierung schützen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Dr. Eva See, Dr. Christian Piper, Dr. Wolf Andreas Fach, Friederike Bennett, Dr. Christoph Polkowski, Carsten Mohrhardt, Dr. Susan Trittmacher, Stefanie Minkley, Anne Kandler, Dr. Klaus J. Doubek und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 118) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die beteiligten Ministerien und Kostenträger auf, die Ausbildung von Studierenden und die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten vor steigendem Druck der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems zu schützen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Keine Kommerzialisierung des Medizinstudiums

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Michael Hubmann, Dr. Chara Gravou-Apostolatu, Dr. Markus Sandrock, Dr. Margit Kollmer, Dr. Christina Wulf, Joachim Lentzkow, Georg Gärtner, Dr. Georg Deichhardt, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Susanne Bublitz und Dr. Gerald Quitterer (Drucksache Ic - 134) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 spricht sich gegen die Kommerzialisierung medizinischer Ausbildung, insbesondere der Prüfungsvorbereitung zu den Staatsexamina aus. Darum fordert der 128. Deutsche Ärztetag das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) auf, zukünftig mit allen staatlichen und nicht-kommerziellen Akteuren zu kooperieren, die hochwertige Examensvorbereitungsangebote ohne finanzielles Gewinnstreben entwickeln wollen.

Begründung:

Die Studierenden auf Prüfungen und Staatsexamina vorzubereiten, kann und muss wieder Aufgabe der Hochschulen werden. Doch in den letzten Jahren haben große Firmen quasi ein Monopol auf Examensvorbereitung. Dadurch ist der Druck auf die Universitäten erheblich, mindestens eines der beiden Angebote zu lizenzieren, da sich die Studierenden sonst gezwungen sehen, diese privat anzuschaffen und die Anschaffung aufgrund des Aufbaus der Examina geradezu alternativlos ist.

Durch massive Preissteigerungen in den letzten Jahren sind den Hochschulen bereits erhebliche Kosten entstanden, die letztlich eine Zweckentfremdung der ihnen zur Verfügung stehenden Steuergelder darstellen. Die Prüfungsvorbereitung muss wieder in den Händen der Universitäten liegen. Somit wäre hier ein hochwertiges, von den Hochschulen diesbezüglich administriertes Angebot die beste Lösung.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Suchtmedizin in die Lehre integrieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Lisa Rosch, Dr. Marco Hensel MBA, Sebastian Exner, Dr. Stefan Schröter, Dr. Constantin Janzen, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Han Hendrik Oen und Bettina Rakowitz (Drucksache Ic - 57) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die medizinischen Fakultäten - gerade auch vor dem Hintergrund der Teillegalisierung von Cannabis - auf, Suchtmedizin stärker in die Lehre zu integrieren, wie im NKLM 2.0 vorgesehen.

Begründung:

Suchtmedizin gewinnt in der Gesundheitsversorgung immer mehr an Bedeutung. Durch die Opioidkrise, die Teillegalisierung von Cannabis, Globalisierungsprozesse und die allgemeine gesellschaftliche Situation wird der Zugang zu Suchtmitteln immer leichter. Suchterkrankungen nehmen zu, sodass Ärztinnen und Ärzte deutlich häufiger mit ihnen konfrontiert sind. Um die betroffenen Patientinnen und Patienten richtig beraten und behandeln zu können, braucht es bereits im Studium entsprechende Aufklärung.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Der Umgang mit Menschen mit Behinderung sollte Teil des Medizinstudiums sein

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Lisa Rosch, Dr. Marco Hensel MBA, Sebastian Exner, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Constantin Janzen und Dr. Stefan Schröter (Drucksache Ic - 58) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die medizinischen Fakultäten auf, den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Behinderung stärker in der Lehre abzubilden.

Begründung:

Im Medizinstudium wird bisher meistens von idealen Patientinnen und Patienten ausgegangen, die zwar erkrankt (teilweise auch multimorbid) sind, aber sich sonst uneingeschränkt äußern können. Eine körperliche Behinderung stellt bei der Patientenversorgung in den meisten Fällen auch keine gesonderte Schwierigkeit dar, aber wenn eine Patientin bzw. ein Patient eine geistige Behinderung hat, gestaltet dies den Versorgungsprozess oftmals deutlich komplizierter. Um sensibel auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können, braucht es eine entsprechende Schulung und praktische Übungseinheiten für Medizinstudierende.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Annette Luther, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Heidemarie Lux, Dr. Marc Hanefeld, Dr. Johannes Albert Gehle, Dr. Susanne Bublitz, Carsten Mohrhardt, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Tom Bayer, Dr. Friederike Freiburg, Benjamin Breckwoldt, Dr. Christoph Janke und Dr. Julia Grauer (Drucksache Ic - 142) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 erkennt die dringende Notwendigkeit an, die finanziellen Bedingungen im Praktischen Jahr (PJ) für Medizinstudierende schnellstmöglich zu verbessern und ruft insbesondere die Verantwortlichen in den Ländern auf, ab sofort bis zum Eintritt der Gültigkeit der neuen Approbationsordnung (ÄApprO), die gegebenen rechtlichen Möglichkeiten vollumfänglich auszuschöpfen. An Studierende im PJ muss daher eine einheitliche und mindestens der Höhe des maximal rechtlich möglichen Rahmens entsprechende Aufwandsentschädigung als Geldleistung ausbezahlt werden. Sachleistungen sollen von diesem Betrag nicht abgezogen werden.

Begründung:

Die aktuelle Situation im PJ sieht keine einheitliche Aufwandsentschädigung vor. Die durchschnittlich gezahlte Aufwandsentschädigung gibt keine Zusicherung der Kostendeckung für existenzsichernde Leistungen wie Wohnungsmiete oder Lebensmittel. Studierende müssen für ihren Lebensunterhalt sorgen können, was bei einer Vollzeittätigkeit im Praktischen Jahr ohne adäquate Aufwandsentschädigung nicht in zumutbarer Weise möglich ist.

Darum fordert der 128. Deutsche Ärztetag die Länder und alle anderen Akteure im Gesundheitswesen dazu auf, den bestehenden rechtlichen Rahmen gänzlich auszuschöpfen und den Studierenden im PJ die momentan maximal mögliche Aufwandsentschädigung ausbezahlen.

Eine Aufwandsentschädigung in Höhe des BAföG-Höchstsatzes, der Obergrenze in der aktuellen Approbationsordnung, ermöglicht es, Studierenden unabhängig von ihrem sozioökonomischen Hintergrund mit dem nötigen Fokus und Zeit ihrer Ausbildung nachzugehen. Die Auszahlung des Maximalbetrages, ohne Abzüge durch Sachleistungen,

gibt Studierenden die Autonomie zur Selbstverwaltung dieses Betrages.

In der vom 128. Deutschen Ärztetag bereits geforderten Novellierung der Approbationsordnung ist diese Deckelung bereits aufgehoben. Sobald diese eintritt, kann erneut ein angemessener Betrag eruiert werden.

Diese Forderung wurde zuletzt auch durch den Aktionstag sowie die Petition der Bundesvertretung der Medizinstudierenden (bvmd) "Ausbildung statt Ausbeutung: Endlich ein #fairen PJ im Medizinstudium!" von mehr als 100.000 Unterschriften unterstützt. Verbesserte Bedingungen im PJ werden schon seit vielen Jahren gefordert. Bis heute finden viele dieser breit getragenen Forderungen keine Erwähnung in den Entwürfen der neuen Approbationsordnung. Hinsichtlich der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen einer national einheitlichen Regelung ist es Zeit, ein vermehrtes Engagement bei den Ländern zu fordern.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Fehlzeitenregelung im Praktischen Jahr

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Annette Luther, Dr. Christiane Groß, M.A., Anne Kandler und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 102) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 erkennt die dringende Notwendigkeit an, die Bedingungen im Praktischen Jahr (PJ) für Medizinstudierende schnellstmöglich zu verbessern und ruft insbesondere die Länder auf, die bereits vorhandenen rechtlichen Möglichkeiten bestmöglich dazu zu nutzen.

Das Recht, sich krankzumelden, soll durch die Trennung von Krankheits- und Fehltagen im PJ eingebaut werden. In jedem Bundesland soll darauf hingearbeitet werden, Fehltag auch in gesplitteten Tertialen anzuerkennen, sowie klare Richtlinien für Härtefallanträge einzuführen, damit Antragstellende eine schnelle und sichere Antwort über ihren Antrag erhalten können und soziale Härten (z. B. chronische Krankheit, Care-/Pflegearbeit für Angehörige, ...) besser als bisher ausgeglichen werden können.

Begründung:

Basierend auf den Erkenntnissen und Forderungen aus dem Sommer 2023, insbesondere aus dem bundesweiten Aktionstag und der über 100.000 Unterschriften umfassenden Petition der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) "Ausbildung statt Ausbeutung: Endlich ein #fairesPJ im Medizinstudium!", fordert der 128. Deutsche Ärztetag die Fehlzeitenregelung anzupassen. Die bestehende Regelung differenziert nicht zwischen Fehlzeiten, die ähnlich dem für Arbeitnehmer gesetzlich vorgeschriebenen Urlaub zugestanden werden, und Krankheitstagen, die derzeit davon abgezogen werden. Die bestehende Härtefallregelung ist unzuverlässig und intransparent und droht für Studierende, in der Nichtanerkennung eines gesamten Tertials und damit ggf. der Verzögerung des Abschlusses um sechs bis zwölf Monate zu münden. Das ist eine unzumutbare Unsicherheit. Die Leistungsfähigkeit eines kranken Studierenden ist beeinträchtigt, was die Qualität der Patientenversorgung und die Sicherheit im Krankenhaus gefährdet. Genauso kann in einer solchen Situation nicht mit der nötigen Kraft und Aufmerksamkeit einem Lernprozess nachgegangen werden, sodass auch die entstehenden Fehlzeiten nicht von entscheidender Relevanz wären, da mit einem

ausbleibenden Lerneffekt zu rechnen ist. In einer Umgebung, in der die Gesundheit und das Wohlergehen der Patienten oberste Priorität haben sollten, ist es unverantwortlich, Studierende zum Arbeiten zu verpflichten.

Der Antrag ist auf Initiative der bvmd entstanden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Prüfungsänderungen bei den medizinischen Staatsexamina - Chance nutzen, Fairness priorisieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sven Dreyer, Sylvia Ottmüller, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Christina Hillebrecht, Michael Lachmund und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 46) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) dazu auf, bei den kommenden Staatsexamensprüfungen den Fokus auf Prüfungsinhalte zu legen, die für den späteren ärztlichen Beruf relevant sind, sowie die Fairness der Prüfungsinhalte zu priorisieren.

Im Frühjahr 2024 hat das IMPP verkündet, die kommerzielle Lizenzierung von Prüfungsaufgaben zum Jahresende auslaufen zu lassen. Bisher wurden die Prüfungsfragen an Anbieter lizenziert und standen Studierenden zur Prüfungsvorbereitung vollumfänglich zur Verfügung. Ab 2025 solle nur noch ein Teil der Prüfungsfragen veröffentlicht werden. Ziel sei es, in Zukunft einen Pool an "Altfragen" aufzubauen, die erneut bzw. mit Modifikationen genutzt werden können. In den letzten Jahren gab es aus der Studierendenschaft vermehrte Kritik an sogenannten Kolibrifragen, welche spezifisches Fachwissen zu seltenen Erkrankungen abprüfen. Daher ist die geplante Änderung der schriftlichen Staatsexamina, die sich über das existierende Phänomen der Kolibrifragen hinaus entwickeln und relevanten Prüfungsstoff abprüfen soll, grundsätzlich zu begrüßen.

Das IMPP sollte bei der Weiterentwicklung der medizinischen Staatsexamina einen Fokus auf klinisch und versorgungsrelevante Themen legen und faire Formate im Sinne der Prüflinge gestalten. Die neuen Staatsexamensdurchgänge sollten hinsichtlich der Fairness der Prüfungsaufgaben sowie einer gerechten Bewertung evaluiert und, wenn nötig, Konsequenzen gezogen werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Versicherungsschutz für die Personengruppe der studienbegleitend Promovierenden in der Medizin

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Gerald Quitterer, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Marlene Lessel, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Karl Amann, Dr. Karl Breu, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Stefan Semmler und Dr. Markus Beck (Drucksache Ic - 30) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die medizinischen Fakultäten, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) und das die Fach- und Rechtsaufsicht ausübende Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) auf, sich mit dem Arbeitsschutz und der sozialen Sicherung der im Titel genannten Personengruppe bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheit zu beschäftigen und für eine klare rechtliche Regelung zu sorgen. Insbesondere muss sichergestellt sein, dass die studienbegleitend Promovierenden der Humanmedizin bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit während der Medizinpromotion nicht jahrelang ohne Leistungen bleiben, wenn es zu Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung kommt.

Begründung:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hält Tätigkeiten von Doktorandinnen und Doktoranden der Humanmedizin, die studienbegleitend ohne entsprechenden Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung in dieser Zeit promovieren, für nicht verantwortlich. Er teilt nicht die von Versicherungsträgern vorgebrachte Einschätzung, dass Tätigkeiten im Rahmen der Medizinpromotion dem privaten Lebensbereich oder der beruflichen Weiterbildung zuzuordnen sind, für die der gesetzliche Unfallschutz während der Aus- und Fortbildung entfällt. Es sollte parallel geprüft werden, ob weitere Promovierende, z. B. Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung, in diesen Schutz mit aufgenommen werden müssen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag

- Ic - 141 Zeitliche Planung der Tagesordnung einhalten
- Ic - 144 Anpassung der Geschäftsordnung zur Verschiebung selektierter Anträge
- Ic - 107 Beschlussanträge des Deutschen Ärztetages - Prüfung des (eventuellen)
bürokratischen Mehraufwands
- Ic - 135 Weiterentwicklung des Antragsportals
- Ic - 143 Optimierung des Online-Portals für den Deutschen Ärztetag
- Ic - 140 Weiterentwicklung Antragsportal - Verschlagwortung von Anträgen
- Ic - 93 Beratungsergebnisse ins Ärztetagsportal einstellen
- Ic - 109 Der Deutsche Ärztetag soll ressourcenschonend und klimaneutral sein
- Ic - 115 Systematische Erfassung von Patientenbeschwerden
- Ic - 82 Berufspolitischen Nachwuchs fördern, "Junge Kammern" fördern

TOP lc Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Zeitliche Planung der Tagesordnung einhalten

Vorstandsüberweisung

Der 128. Deutsche Ärztetag spricht sich für eine Sitzungsstruktur aus, welche die Tagesordnungspunkte an dem hierfür festgelegten Tag abschließt. Anträge an diesem Sitzungstag zu diesem Tagesordnungspunkt sollen damit an diesem Tag beschlossen werden. Alle nicht beschlossenen Anträge an diesem Tag können dem Vorstand überwiesen werden. Eine Fortführung des Tagesordnungspunktes am nächsten Sitzungstag soll nicht erfolgen. Damit wird für nachfolgende Tagesordnungspunkte eine gerecht verteilte Sitzungszeit geschaffen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Anpassung der Geschäftsordnung zur Verschiebung selektierter Anträge

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Lars Bodammer und PD Dr. Andreas Scholz (Drucksache Ic - 144) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, eine Anpassung der Geschäftsordnung zu prüfen und ggf. vorzubereiten, welche die Vertagung von Anträgen im Konvolut modifiziert.

Mit der Modifikation soll verhindert werden, dass eine selektierte Anzahl von Anträgen zu einem Tagesordnungspunkt, welche von unterschiedlichen Antragstellerinnen und Antragstellern kommen, im Konvolut verschoben oder nicht befasst werden. Mit nur einer Gegenrede zu einem solchen Konvolut-Antrag können die Antragsteller nicht von ihrem demokratischen Recht der Gegenrede zur Vertagung ihres eigenen Antrages Gebrauch machen.

Die Antragsverschiebung von selektierten Anträgen zu einem Tagesordnungspunkt (damit ist nicht die Verschiebung am Ende des Deutschen Ärztetages gemeint) soll nur einzeln pro Antrag möglich sein.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Beschlussanträge des Deutschen Ärztetages - Prüfung des (eventuellen) bürokratischen Mehraufwands

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Erik Bodendieck (Drucksache Ic - 107) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Jedes Jahr verabschiedet der Deutsche Ärztetag eine Vielzahl von Beschlussanträgen. Nachdem vor Jahren schon beschlossen wurde, bei den jeweiligen Anträgen eventuelle finanzielle Auswirkungen zu prüfen, sollte das Verfahren um den Punkt "Prüfung des (eventuellen) bürokratischen Mehraufwands" erweitert werden.

Begründung:

Aktuell müssen die Ärzteschaft und die Landesärztekammern schon einen erheblichen bürokratischen Aufwand betreiben, um nicht zuletzt die regelmäßigen Änderungen verschiedener Ordnungen, etwa die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO), die (Muster-)Fortbildungsordnung (MFO) oder die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO), umzusetzen bzw. die sich daraus ergebenden Vorgaben zu erfüllen. Hinzu kommen bei den Landesärztekammern Maßnahmen, resultierend aus Aktivitäten der verschiedenen Gremien der Bundesärztekammer. Genannt sei nur das aktuelle Projekt aus dem Ständigen Arbeitskreis "Versorgungsforschung" des Wissenschaftlichen Beirats oder aber Empfehlungen zur Durchführung von Aktionstagen, wie etwa zum Thema Klimaschutz.

Zukünftig sollte bei allen Beschlussanträgen des Deutschen Ärztetages eine Prüfung des (eventuellen) bürokratischen Mehraufwands (idealerweise durch Benennung von Mehrarbeitstagen/-stunden) erfolgen, um die Umsetzung für/durch die Landesärztekammern, aber auch in der Ärzteschaft, organisatorisch sowie monetär kalkulierbarer und transparenter zu machen bzw. Beschlussanträge bei einem scheinbaren Missverhältnis des Aufwands zum Nutzen gegebenenfalls auch abzulehnen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Weiterentwicklung des Antragsportals

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Matthias Marschner und Jana Reichardt (Drucksache Ic - 135) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer das Abgeordnetenportal wie folgt weiterzuentwickeln:

- Abgeordnete sollten über das Portal informiert werden, wenn sie als Mitantragsteller angegeben wurden.
- Etablierung einer Notizmöglichkeit bei den Anträgen zur persönlichen Bearbeitung und Übersicht.
- Einfügen eines Unterpunktes "Tagesordnung", auf dem jeweils die aktuelle Tagesordnung sichtbar ist.
- Anträge sollten im Abgeordnetenportal nach Veröffentlichungsdatum gefiltert werden können.
- Markierung von Anträgen im Sinne von Favoriten und Filterung nach Favoriten.

Begründung:

Das Abgeordnetenportal erleichtert und unterstützt die Arbeit der Abgeordneten jetzt schon in hohem Maße. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung trägt der verdichteten Tätigkeit beim Deutschen Ärztetag Rechnung.

Wenn man einen Antrag unterstützen soll, wird man dazu angefragt. Die Eintragung von Mitantragstellenden erfolgt aber nur nach mündlicher Vereinbarung. Mitantragstellung ist aber wesentlich relevanter als Unterstützung. Wenn es hier zu Missverständnissen kommt, ist dies für alle Beteiligten unerfreulich. Die Mitantragstellenden sollen über das Portal nur informiert und nicht angefragt werden, um die Antragstellung nicht zu verzögern. Die Informationsfunktion ermöglicht es aber den Antragstellenden im Falle eines Missverständnisses dies zu klären, bevor die Anträge lange im Portal veröffentlicht oder gar abgestimmt wurden.

Die große Anzahl von Anträgen bzw. deren teils sehr großer Umfang oder ihre Detailreichtümer stellen die Abgeordneten vor Herausforderungen. Wenn man eine persönliche Notizfunktion beim jeweiligen Antrag nutzen kann, dann kann man sich nach der Befassung mit den Anträgen die Einschätzung bis zum Abstimmungsprozess nachhalten. Dies könnte z. B. mit Buchstabenmarkierungen Ja/Nein/Enthalten/Frage erfolgen.

Die Tagesordnung ist dankenswerterweise als PDF unter dem Unterpunkt Service eingestellt. Der zeitliche Ablauf der Tagesordnung wird während des Ärztetages immer wieder angepasst. Es wäre hilfreich, wenn der aktuelle Ablauf im Portal einsehbar ist.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Optimierung des Online-Portals für den Deutschen Ärztetag

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Lars Bodammer (Drucksache Ic - 143) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer wird aufgefordert, eine Anpassung der Antragssoftware vornehmen zu lassen, sodass im Abstimmungsprozess bei Klicken auf "Nichtbefassung" oder "Vorstandsüberweisung" eine zweite Bestätigung zum Abschicken erfolgen muss. Dies verhindert ungewollte Anträge auf Nichtbefassung oder Vorstandsüberweisung.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Weiterentwicklung Antragsportal - Verschlagwortung von Anträgen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Oliver Funken und Matthias Marschner (Drucksache Ic - 140) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, das Antragsportal dahingehend weiterzuentwickeln, dass eine Verschlagwortung und Schlagwortsuche etabliert werden.

Begründung:

Um Abgeordneten eine profunde Vorbereitung des Deutschen Ärztetages zu ermöglichen und sie dabei zu unterstützen, redundante Antragstellungen zu vermeiden, soll das Antragsportal vergangener Ärztetage um eine Schlagwortsuche erweitert werden. Gleichzeitig hilft die Verschlagwortung von eingereichten Anträgen bei der Antragszuordnung des laufenden Ärztetages gerade unter dem Tagesordnungspunkt Ic.

Zudem hilft eine Verschlagwortung auch dabei, die Beschlussfassungen Deutscher Ärztetage in der inhaltlichen Arbeit gezielter und leichter zu verwenden. Bestenfalls würden die Beschlussfassungen vergangener Ärztetage in einer gemeinsamen Datenbank aufgeführt und verschlagwortet.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Beratungsergebnisse ins Ärztetagsportal einstellen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken und Dr. Katharina Partow (Drucksache Ic - 93) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, die Beratungsergebnisse zu den Beschlüssen voriger Ärztetage jeweils den entsprechenden Anträgen im dazugehörigen Portal zugeordnet zu veröffentlichen. Dies macht das Wiederauffinden der Beratungsergebnisse, vor allem aber auch die Arbeit mit Beschlussfassungen im Ehrenamt einfacher und erhöht die Sichtbarkeit des ärztlichen Diskurses.

Begründung:

Aktuell werden die Beratungsergebnisse wenige Wochen vor dem nächstfolgenden Ärztetag in einem gesonderten Druck mit dem Namen "Beratungsergebnisse" veröffentlicht. Die Anträge des Deutschen Ärztetages werden in einem anderen Druck mit dem Namen "Beschlussprotokoll" veröffentlicht. In den Beratungsergebnissen wird nur auf die Antragsnummer verwiesen und kurz der Beschluss des Vorstands erörtert.

Zum Auffinden der Anträge muss erstmals im Beschlussprotokoll der Antrag und die jeweilige Antragsnummer eruiert werden, um diese in den Beratungsergebnissen zu finden.

Dies ist aus Sicht der deutschen Ärzteschaft ein eher kompliziertes Verfahren, dass durch Nutzung des vorhandenen Portals schnell erleichtert werden könnte.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Der Deutsche Ärztetag soll ressourcenschonend und klimaneutral sein

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Katharina Partow, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Joachim Suder und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache Ic - 109) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer sowie die jeweils gastgebende Landesärztekammer, den Deutschen Ärztetag in allen Bereichen ressourcenschonend, nachhaltig und klimaneutral zu gestalten.

Begründung:

Es besteht Konsens, dass in allen Bereichen des Gesundheitswesens Nachhaltigkeit, Ressourcenschonung und Klimaneutralität hohe Priorität haben. Im Sinne einer Vorbildfunktion sowie der Glaubhaftigkeit sollte dieses Ziel auch bei der Organisation des Deutschen Ärztetages regelhaft umgesetzt werden. Die Verteilung von Informationsmaterial in Papierform sowie die Nutzung von Wegwerfartikeln sind zu vermeiden. Auch Anreise und Catering und alle weiteren Bereiche sollten dem Grundsatz der Nachhaltigkeit, Klimaneutralität und Ressourcenschonung folgen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Systematische Erfassung von Patientenbeschwerden

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Stefanie Minkley, Dr. Joachim Suder, Julian Veelken, Matthias Marschner, Dr. Irmgard Pfaffinger und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache Ic - 115) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesärztekammer auf, die Erstellung einer Musterdatenbank zu prüfen zur systematischen Erfassung von Patientenbeschwerden unterhalb der Schwelle von Gutachter- und Schlichtungsverfahren sowie der Ergebnisse der Gutachter- und Schlichtungsstellen. Diese Musterdatenbank soll als Vorlage für eine einheitliche Umsetzung in den Landesärztekammern dienen.

Ziel soll ein Monitoring von Problemsituationen in der ärztlichen Versorgung aus Patientensicht sein. Es soll einerseits die Möglichkeiten interner berufsrechtlicher Klärungen verbessern und andererseits, unter Wahrung des Datenschutzes, Aussagen zu spezifischen Versorgungskonflikten nach Fachgebiet und Region gezielt ermöglichen.

Begründung:

Vor Ort und in den Regionen gibt es immer wieder subjektive und individuelle Hinweise auf misslungene Interaktionen zwischen Ärztinnen und Ärzten, ärztlichen Einrichtungen und Versorgungsstrukturen. Strukturen zur individuellen Bearbeitung sind in Form von Ombudsstellen sowie Gutachter- und Schlichtungsstellen vorhanden. Eine systematische digitale Datenübersicht zur Entwicklung und zum Umfang von Patientenbeschwerden fehlt.

"Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenzubringen und mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen."

Über den individuellen Ansatz des o. g. § 7 Abs. 6 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ärzte) ist in Zeiten einschneidender Umwälzungen im Gesundheitswesen mit widerstreitenden wirtschaftlichen Interessen der Akteure eine digitale Datenanalyse und Transparenz zur besseren Wahrung des Patientenwohls dringend erforderlich.

Hierfür sollte es im Interesse der Patientenversorgung möglich sein, einen systematisierten Einblick in Problembereiche der Patientenbehandlung zu erlangen. Hier sollte die standardisierte Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Landesärztekammern gewährleistet sein.

Eine Fachkommission sollte hierzu ein Raster für die Datenerhebung entwickeln.

Dies könnte z. B. nach folgenden Kriterien strukturiert sein:

Alle in der jeweiligen Ärztekammer auf Bezirks- und Landesebene einlaufenden schriftlichen Patientenbeschwerden zu konkreten Sachverhalten werden einheitlich digital in folgenden Zuordnungen erfasst:

1. Region nach Postleitzahlen der Beschwerdeführenden, als auch der mit der Beschwerde belasteten Einrichtungen,
2. Fachgebiet mit Untergliederungen entsprechend der gültigen Weiterbildungsordnung (WBO),
3. Kategorisierung nach Beschwerdeanlass mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen,
 - a. Vorwurf des Behandlungsfehlers,
 - b. Vorwurf unangemessener Kommunikation,
 - c. Versagen organisatorischer Maßnahmen,
 - d. Weiterbehandlung durch Gutachter- und Schlichtungsstellen der Kammern,
 - e. Klärung auf individueller Ebene erfolgt.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Berufspolitischen Nachwuchs fördern, "Junge Kammern" fördern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Stefanie Minkley und Dr. Dr. Eva See (Drucksache Ic - 82) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert, die Beteiligung junger Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen. Daher werden alle Landesärztekammern aufgefordert, "Junge Kammern" einzurichten sowie eine bundesweite Finanzierung derer zu ermöglichen.

Begründung:

Die Ärztekammern bilden die Interessen der jungen Ärztinnen und Ärzte bisher zu wenig ab. Die "Jungen Kammern" können eine niedrigschwellige Möglichkeit sein, den ärztlichen Nachwuchs früh für die Berufspolitik zu begeistern und ihre Perspektive mit einzubinden. Hier können junge Ärztinnen und Ärzte, auch Mitglieder der Kammer, die nicht Teil der Delegierten-/Kammerversammlung sind, ihre Erfahrungen, Probleme und Lösungsideen austauschen und über entsprechende ehren- und hauptamtliche Zuständige einbringen. So können auch Impulse für inhaltliche Anträge eingebracht werden.

Wünschenswert ist eine bundesweite Vernetzung dieser Strukturen analog des Deutschen Ärztetages. Den Landesärztekammern ist freigestellt, ob sie die "Jungen Kammern" auch finanziell und infrastrukturell mit z. B. Räumlichkeiten und Fahrtkosten unterstützen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Bürokratieabbau

- Ic - 34 Die fortschreitende Bürokratie im Gesundheitswesen macht mürbe und krank
- Ic - 54 Bürokratieabbau erfordert mutige Gesetzgebung
- Ic - 31 Bürokratieabbau
- Ic - 71 Weniger Bürokratie - mehr Patientensicherheit

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Die fortschreitende Bürokratie im Gesundheitswesen macht mürbe und krank

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Sophia Blankenhorn und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 34) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Politik, die Verantwortlichen für das Gesundheitswesen und für die Gesundheitsstrukturen zur Entbürokratisierung auf, damit die Arbeit wieder auf die Menschen fokussiert werden kann.

Begründung:

Eines der schwierigsten Hindernisse im Gesundheitswesen ist die fortschreitende Bürokratie. Die fortschreitende Bürokratie macht die Menschen nicht nur im Gesundheitswesen krank und mürbe.

Warum braucht es eine Bürokratierleichterung?

- Bürokratierleichterung führt zu schnelleren und unkomplizierten Behandlungsprozessen für die Patientinnen und Patienten in Zeiten geringer werdender Ressourcen der ambulanten und stationären Versorgung,
- macht die Kolleginnen und Kollegen in der ambulanten und stationären Versorgung zufriedener,
- führt bestenfalls zu frühzeitigeren Behandlungen und noch besseren medizinischen Ergebnissen,
- führt zur Schonung finanzieller Ressourcen,
- ist nachhaltig und klimaschonend.

Beispiele für unnötige Bürokratie:

- Muster 52^{*} : Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
 - Muster 61^{*} : Beratung zur medizinischen Rehabilitationsprüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
 - Muster 22^{*} : Konsiliarbericht Psychotherapie
-

- Muster 63* : Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)
- Muster 62A und B* : Außerklinische Intensivpflege
- Anfragen der Krankenkassen: u. a. Begleitschreiben an den behandelnden Facharzt/PT/KJPT. Häusliche Krankenpflege. Chronikerbescheinigung ...
- Auskunft im Rahmen der Bedarfsprüfung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

* nach Anlage 2 Bundesmantelvertrag Ärzte

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Bürokratieabbau erfordert mutige Gesetzgebung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Matthias Fabian, Anne Kandler und Hans-Martin Wollenberg (Drucksache Ic - 54) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 appelliert an den Bundesgesundheitsminister, Prof. Karl Lauterbach, ein mutiges Bürokratieentlastungsgesetz vorzulegen, das zu einer unmittelbaren und spürbaren Entlastung insbesondere des ärztlichen und pflegerischen Personals führt.

Rasche Entbürokratisierung ist die Grundvoraussetzung, um bei zunehmendem Fachkräftemangel und in einer Gesellschaft des langen Lebens die Patientenversorgung aufrechterhalten zu können.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Bürokratieabbau

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Steffen König, M.B.A., Carola Bartzky, Silke Felgentreff, Dr. Ina Martini, Antje Meinecke, MUDr. Peter Noack, Alina Sassenberg, Ulrich Schwille und Frank-Ullrich Schulz (Drucksache Ic - 31) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, zukünftig bei allen Beschlüssen den Abbau der Bürokratie ins Zentrum zu stellen. Die ausufernde Bürokratie stiehlt nicht nur unnötigerweise Zeit, die besser für Patientinnen und Patienten verwandt werden sollte. Sie vermindert auch die Motivation der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und führt zu wachsender Unzufriedenheit und zum Rückzug ins Privatleben. Es ist unhaltbar, dass gerade das höchste Organ der Selbstverwaltung eine der Hauptquellen der Bürokratie im Gesundheitswesen ist. Qualitätsverbesserungen erreicht man nicht durch mehr, sondern durch weniger Bürokratie.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Weniger Bürokratie - mehr Patientensicherheit

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Elke Buckisch-Urbanke, MPH, Dr. Günter Meyer, Dr. Constantin Janzen und Dr. Kai Johanning (Drucksache Ic - 71) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, alle bürokratischen Maßnahmen abzuschaffen, die keinen nachgewiesenen Nutzen in der Verbesserung der Patientenversorgung und zur Förderung der Patientensicherheit haben, sondern bewirken, dass Ärztinnen und Ärzte der primären Patientenbehandlung entzogen werden.

Begründung:

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat drei Gesetzesvorhaben zur Gesundheitsreform vorgelegt. In einem ersten Schritt wurde mit dem Krankenhaustransparenzgesetz ein Transparenzverzeichnis mit Angaben zur Behandlungsqualität und dem dafür vorgehaltenen ärztlichen Personal gefordert und bereits von Bund und Ländern beschlossen. Zusammen mit zwei weiteren Referentenentwürfen, dem Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) werden laut BMG mit der Gesundheitsreform drei zentrale Ziele verfolgt: "Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung." (RefE KHVVG, 2024). Bereits das Krankenhaustransparenzgesetz enthält Anforderungen zur Veröffentlichung der Qualitätssicherungsdaten, die seit zwei Jahrzehnten erhoben werden und - wie bereits von verschiedenen Seiten immer wieder kritisiert - einen immensen bürokratischen Aufwand erzeugen, ohne dabei einen nachgewiesenen Nutzen zu haben (SVR, 2018). Darüber hinaus sollen für das Transparenzverzeichnis zusätzlich Anwesenheitszeiten der Ärztinnen und Ärzte nach neuen Leistungsgruppen minutengenau über das ganze Jahr dokumentiert werden. Dies konterkariert einen Bürokratieabbau, indem ein Bürokratieaufbau von noch nicht abschätzbarem Ausmaß stattfinden wird. Hinzu kommen die jetzt schon umfangreichen Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD), die auch auf diese strukturellen Vorgaben ausgeweitet werden sollen. Auf Seiten des MD, der alle Daten elektronisch erhalten soll, um Qualitäts- und Strukturvorgaben von Krankenhäusern zu

prüfen, wird möglicherweise Bürokratie abgebaut, nicht jedoch auf Seiten der Leistungserbringer, ganz im Gegenteil. Damit liefern die auf das Krankenhaus bezogenen neuen Gesetzesvorhaben sogar das Potenzial, die Patientenversorgung zu verschlechtern, wenn Ärztinnen und Ärzte nicht mehr ihrer eigentlichen Aufgabe, der Patientenversorgung, nachkommen können, sondern künftig noch mehr Dokumentation leisten müssen als die jetzt schon ca. 40 Prozent ihrer Arbeitszeit (Umfrage des MB, 2022).

Deshalb fordert der 128. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf, alle bürokratischen Maßnahmen abzuschaffen, die keinen nachgewiesenen Nutzen in der Verbesserung der Patientenversorgung und zur Förderung der Patientensicherheit haben.



TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

eHealth

- Ic - 06 Elektronische Patientenakte muss Versorgung unterstützen
- Ic - 28 "ePA für alle" - Nutzerfreundlichkeit muss erhöht werden
- Ic - 94 Opt-Out bei ePA nicht durch Abrechnungsregularien konterkarieren
- Ic - 07 Stabile Telematikinfrastruktur durch ausreichende Testung
- Ic - 16 Das elektronische Rezept und die Telematikinfrastruktur müssen funktionieren
- Ic - 23 Sektorübergreifende Telematikinfrastruktur
- Ic - 19 Bessere Digitalisierung der Praxen durch gute Praxisverwaltungssysteme
- Ic - 20 Digitale Anwendungen der gematik effizienter und sicherer gestalten
- Ic - 21 Sektorübergreifende Nutzbarkeit des Bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Ic - 22 Digitalisierung des Impfpasses
- Ic - 92 IT-Sicherheit in Haus- und Facharztpraxen finanziell absichern
- Ic - 96 Speicherung wesentlicher Patientendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte dient der sinnvollen Steuerung
- Ic - 87 Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin - Gewährleistung von globalen Mindeststandards für vertrauenswürdige KI

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Elektronische Patientenakte muss Versorgung unterstützen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 06) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Die elektronische Patientenakte als "ePA für alle" in Form einer Widerspruchslösung (Opt-out) wird im kommenden Jahr allen gesetzlich Versicherten angeboten. Die Ärzteschaft erwartet von einer elektronischen Patientenakte (ePA), dass sie ärztliches Handeln auf Grundlage valider und vollständiger Informationen über die Vorgeschichte des Patienten unterstützt. Die ePA soll mehr Transparenz über das häufig vielschichtige Behandlungsgeschehen der Patientinnen und Patienten schaffen, Dokumentationsaufwände minimieren sowie das Suchen und Auffinden nach Vorbefunden vereinfachen. Mit der Erfüllung dieser essenziellen ärztlichen Anforderungen steht und fällt die Akzeptanz der "ePA für alle" bei Ärztinnen und Ärzten und somit auch bei Patientinnen und Patienten.

Die "ePA für alle" sollte einen deutlichen Mehrwert zu den derzeit von den Krankenkassen angebotenen elektronischen Patientenakten vorweisen. Dieser ist in dem für den Start der "ePA für alle" vorgesehenen Funktionsumfang nicht ausreichend erkennbar. Es fehlen nach wie vor elementare Bestandteile, die für eine nutzenstiftende Verwendung im Versorgungsalltag benötigt werden:

- Es ist keine Volltextsuche über die Inhalte einer "ePA für alle" möglich.
 - Es ist kein zentraler Virens scanner für die Inhalte der ePA vorgesehen.
 - Der im Gesetz geforderte digitale Medikationsprozess wird bei der Einführung der "ePA für alle" nur rudimentär zur Verfügung stehen.
 - Es besteht keine Möglichkeit, kritische Befunde erst nach einer Einordnung dieses Befundes in einem Arzt-Patient-Gespräch in die ePA einzustellen oder für die Patientin/den Patienten sichtbar zu machen.
 - Es wird seitens der "ePA für alle" nicht protokolliert, welche Inhalte für die Ärztin oder den Arzt zum Zugriffszeitpunkt einsehbar waren und welche Inhalte die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt des Zugriffs verborgen hatte.
-

Diese Mängel sollen nach den aktuellen Plänen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) und der gematik entweder gar nicht oder erst in Nachfolgeversionen der ePA berücksichtigt werden.

Auch ist angesichts des Einführungszeitpunkts der "ePA für alle" zum 15.01.2025 davon auszugehen, dass keine hinreichende Erprobung im Feld möglich sein wird.

Schon die elektronische Patientenakte, die die Kassen seit Beginn des Jahres 2021 anbieten mussten, hat wegen unzureichender Praktikabilität bei Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten keine Akzeptanz gefunden. Das BMG sollte diese grundsätzlichen Fehler nicht wiederholen.

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert, dass das BMG gemeinsam mit den Leistungserbringerorganisationen die gematik beauftragt, die ePA im Sinne einer wirklich nutzenstiftenden Anwendung konzeptionell nachzuarbeiten und zu erproben.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: "ePA für alle" - Nutzerfreundlichkeit muss erhöht werden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sebastian Roy (Drucksache Ic - 28) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung auf, die Datenschutzanforderungen und die technischen Vorgaben der elektronischen Patientenakte (ePA) zu überarbeiten.

Begründung:

Nachdem Bundestag und Bundesrat das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen (Digitalgesetz) von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach verabschiedet haben, tritt dieses nun in Kraft. Kernelement des Gesetzes ist die elektronische Patientenakte (ePA). Diese soll ab 2025 für alle gesetzlich Versicherten Pflicht werden, es sei denn er widerspricht (Opt-Out-Regelung).

Die gematik hat die technischen Vorgaben und Datenschutzanforderungen für die "ePA für alle" öffentlich gemacht. Sie sind der Rahmen für die elektronische Patientenakte.

Die Akte muss leicht befüllbar und die Datenaufbereitung strukturiert sein, damit sie in der Versorgung nutzerfreundlich verwendet werden kann.

Die jetzige Version der "ePA für alle" erfüllt diese Anforderungen nicht.

Folgende Probleme sind erkennbar:

- eine Volltextsuche fehlt,
 - die Beschränkung der hochgeladenen Datei auf 25 Megabyte (MB) ist im Hinblick auf Bilddateien nicht praktikabel,
 - das PDF-A Format bei Dokumenten kann zu Kompatibilitätsproblemen bei den am Markt bestehenden Praxisverwaltungs- und Klinikinformationssystemen führen und
 - die Möglichkeit eines zentralen Virencanners in der ePA fehlt, um Dokumente auf das Vorhandensein von Viren zu prüfen und somit zur Verbesserung des Datenschutzes
-

beizutragen.

Die "ePA für alle" muss einen deutlichen Mehrwert zu den derzeit von den Krankenkassen angebotenen elektronischen Patientenakten vorweisen. Dies ist in der für den Start der "ePA für alle" vorgesehenen Basisversion nicht ausreichend erkennbar.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Opt-Out bei ePA nicht durch Abrechnungsregularien konterkarieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Matthias Bloechle, Dr. Klaus J. Doubek und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache Ic - 94) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Eine Verknüpfung von Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) und tragender ökonomischer Bedingungen für Arztpraxen konterkariert die von Gesetzgeber eingeräumte Opt-Out-Lösung für Patientinnen und Patienten.

Begründung:

Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) sieht für Arztpraxen Pauschalen vor, die unter Umständen ökonomisch tragend sind und die gleichzeitig u. a. an die Bedingung der Befüllung von ePAs geknüpft sind.

Eine derartige Verknüpfung würde möglicherweise Ärztinnen und Ärzten aus ökonomischen Zwängen veranlassen, dem Wunsch von Patientinnen und Patienten nach einer Opt-Out-Lösung entgegenzuwirken. In eine solche Konfliktsituation sollen Ärztinnen und Ärzte aber nicht gebracht werden. Daher verbietet sich eine derartige Verknüpfung.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Stabile Telematikinfrastuktur durch ausreichende Testung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 07) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Telematik auf, Anwendungen der Telematikinfrastuktur vor einem bundesweiten Roll-out ausgiebig unter realen Bedingungen zu erproben. Diese Erprobung hat insbesondere sicherzustellen, dass die zugelassenen Dienste und Komponenten der Anwendungen den hohen Anforderungen eines flächendeckenden Produktivbetriebs genügen. Dazu gehört explizit auch eine störungsfreie Verfügbarkeit und Stabilität der Dienste der Telematikinfrastuktur bei erhöhtem Datenaufkommen zu Spitzenzeiten.

Begründung:

Der 128. Deutsche Ärztetag begrüßt den Ausbau der Telematikinfrastuktur um versorgungsrelevante Anwendungen wie das elektronische Rezept (E-Rezept) und die elektronische Patientenakte (ePA). Nicht akzeptabel sind jedoch die insbesondere seit dem bundesweit verpflichtenden Start des E-Rezeptes teils täglich auftretenden massiven Störungen im Betriebsablauf der Telematikinfrastuktur. Sowohl beim Ausstellen als auch beim Einlösen von E-Rezepten, beim Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), aber auch bei anderen Diensten kommt es immer wieder zu längeren Ausfällen. Dadurch werden die eingespielten Praxisabläufe erheblich behindert und es geht wertvolle Zeit für die Patientenversorgung verloren, während in den medizinischen Einrichtungen ohnehin oft an der Belastungsgrenze gearbeitet wird.

Eine Sicherheits- und Kommunikationsinfrastruktur wie die Telematikinfrastuktur (TI), die alle Akteure des Gesundheitswesens miteinander vernetzen und dadurch in ihren Aufgaben unterstützen soll, muss störungsfrei laufen. Andernfalls führt sie entgegen ihrem Versprechen zu einer Mehrbelastung in der Patientenversorgung und gefährdet schlimmstenfalls die Patientensicherheit.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Das elektronische Rezept und die Telematikinfrastruktur müssen funktionieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Oliver Funken, Dr. Ulf Zitterbart, Jens Wagenknecht, Dr. Günter Meyer, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Susanne Bublitz, Michael Andor, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Stefan Semmler und Michael Niesen (Drucksache Ic - 16) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 stellt nachfolgende Forderungen an den Gesetzgeber und die Gematik:

- Die Einführung von künftigen digitalen Massenanwendungen bedarf ausreichender Test- und Erprobungsphasen, um den sicheren flächendeckenden Betrieb zu gewährleisten. Nur so kann verhindert werden, dass bestimmte Versorgungskonstellationen bei der Konzeption völlig unbeachtet bleiben.
- Die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen oder mit ambulanten Pflegediensten mit E-Rezepten ist weiterhin nicht zufriedenstellend möglich. Hier müssen umgehend die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Zuweisung des E-Rezepts entweder an den Pflegedienst oder die Apotheke technisch und rechtlich ermöglicht wird.
- Flächendeckende Ausfälle von Komponenten der Telematikinfrastruktur (TI) müssen künftig vollständig unterbunden werden, weil sie eine unzumutbare Belastung der hausärztlichen Praxen bedeuten.
- Die ärztliche Verordnung muss für alle Versorgungskontexte per E-Rezept ermöglicht werden, d. h. Privatversicherte und Heilfürsorgeberechtigte müssen E-Rezepte erhalten. Die Verordnung von Betäubungsmitteln, Praxisbedarf und Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln etc. müssen per E-Rezept ermöglicht werden.

Begründung:

Das elektronische Rezept (E-Rezept) ist die erste flächendeckende digitale Massenanwendung der TI mit Inhalten, die - anders als das Versichertenstammdatenmanagement - für die Versorgung relevant und deren Ausfall im Zweifel für die Patientinnen und Patienten kritisch ist. Leider sind die Erfahrungen in den

ärztlichen Praxen an vielen Stellen mehr als ernüchternd. Patientinnen und Patienten mussten mehrheitlich in den hausärztlichen Praxen über die neuen Prozesse informiert werden, was Zeit und Nerven insbesondere in Hochzeiten der Infektsaison gekostet hat. Die Umsetzung in vielen AIS-Systemen war und ist, insbesondere was die Umsetzung der Komfortsignatur angeht, nicht zufriedenstellend und praxistauglich und z. T. mit viel zu langen Wartezeiten verbunden. Ganze Versorgungskonstellationen, wie die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen oder mit ambulantem Pflegedienst, wurden nicht bedacht und vorbereitet. Hier fehlte eine angemessene Testphase, in der solche Defizite hätten erkannt werden können. Es besteht hier auch dringender Handlungsbedarf, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen und mit ambulantem Pflegedienst zeitnah ermöglicht wird.

Neben einzelnen Ausfällen der TI, die an sich schon intolerabel sind, fielen im März 2024 fast drei Wochen lang regelhaft zentrale Komponenten der TI aus, sodass die E-Rezepte in den Praxen und Apotheken nicht genutzt werden konnten. Solche dauerhaften systematischen Ausfälle sind vollkommen inakzeptabel und müssen durch umfassende Testung und Zertifizierung zentraler Komponenten der TI von vornherein unterbunden werden. Mit der immer weitergehenden Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland können Ausfälle der TI nicht nur die ohnehin frustrierten Nutzenden weiter demotivieren, sie können auch echten medizinischen Schaden anrichten, wenn beispielsweise die Versorgung mit Arzneimitteln deshalb nicht mehr gewährleistet werden kann.

Mit der Einführung des E-Rezepts für Arzneimittel wurde zwar ein erster Massenprozess in den Praxen digitalisiert, eine wirkliche Entlastung in den hausärztlichen Praxen wird aber erst spürbar, wenn alle Verordnungsprozesse vollständig digitalisiert sind. Im Moment müssen Praxen jedes Mal differenzieren, ob es sich um ein Arzneimittel, ein Heil- oder Hilfsmittel, Praxisbedarf o. ä. handelt und ob die Patientin/der Patient GKV- oder PKV-versichert oder Empfänger/in der Heilfürsorge ist etc. Dies ist kurzfristig verständlich, weil nicht alle Prozesse gleichzeitig umgestellt werden können, muss nun aber schnell angepasst werden, um die Praxen zu entlasten und mögliche Vorteile der Digitalisierung spürbar zu machen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Sektorübergreifende Telematikinfrastuktur

Beschluss

Auf Antrag von Christian Klein, Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Evelin Pinnow, Dr. Wilfried Schimanke, Manja Dannenberg und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 23) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, Regelungen zu schaffen, die die umgehende Einführung der Telematikinfrastuktur (TI) im öffentlichen Gesundheitswesen sowie die zügigere Umsetzung in den Kliniken forcieren, um den Austausch mit den anderen Gesundheitssektoren zu ermöglichen. Umsetzungsregelungen haben sektorübergreifend gleichermaßen zu gelten.

Begründung:

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist in vollem Gange. Aktuell findet sie hauptsächlich in den Arztpraxen und Apotheken statt und ist dort auch sanktionsbewehrt. Arztpraxen im GKV-System erhalten relevante Honorarabzüge, wenn sie Telematikanwendungen nicht vorhalten können oder nutzen.

Die Anbindung der Kliniken findet deutlich zögerlicher statt.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist so gut wie gar nicht digitalisiert. Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz erfolgen trotz datenschutzrechtlicher Probleme in weiten Teilen noch via Fax. Versorgungsämter fordern Befunde und ärztliche Gutachten weiterhin papiergebunden an.

Die Digitalisierung mittels Telematikinfrastuktur soll in Deutschland sektorübergreifend verlaufen und nicht auf einzelnen Schultern lasten. Insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst hat der Staat - auch über die Bundesländer - eine gewisse Steuerungsfunktion. Warum es dort nicht funktioniert, ist einer sanktionsbedrohten Vertragsarztpraxis nicht schlüssig zu erklären und sorgt unnötig für Misstimmung.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Bessere Digitalisierung der Praxen durch gute Praxisverwaltungssysteme

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Susanne Bublitz, Michael Andor, Dr. Oliver Funken, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Günter Meyer, Michael Niesen, Dr. Stefan Semmler, Dr. Christine Schroth der Zweite, Jens Wagenknecht und Dr. Marion Charlotte Renneberg (Drucksache Ic - 19) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Die Abgeordneten des 128. Deutschen Ärztetages 2024 fordern den Gesetzgeber auf, die bestehenden Vorgaben zur Reglementierung und Zertifizierung von Praxisverwaltungssystemen (PVS) deutlich zu verschärfen. Dies bedeutet u. a.:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und gematik bedürfen klarer und umfassender gesetzlicher Prüfaufträge hinsichtlich der Funktionen, die PVS umsetzen müssen, inklusive einer angemessenen Usability und Performance im Praxisalltag.
- Diese Prüfaufträge müssen verbunden sein mit der Verpflichtung der KBV und der gematik, diese auch entsprechend umzusetzen; Sichtprüfungen und Eigenerklärungen genügen dafür in der Regel nicht.
- Ein klarer Prüfauftrag erfordert auch die Möglichkeit von Sanktionen, die die PVS-Anbieter direkt treffen (z. B. Strafzahlungen o. ä.).
- Die PVS müssen verpflichtet werden, sich für andere digitale Anwendungen im Gesundheitswesen zu öffnen, Schnittstellen zur Verfügung zu stellen und eine maximale Interoperabilität sowie Wechselmöglichkeit zwischen diversen PVS zu gewährleisten.
- Voraussetzung für funktionierende PVS ist allerdings, dass Komponenten der Telematikinfrastruktur (TI) stabil und sicher funktionieren und dass die gesetzlichen Fristen, die Anpassungen in den PVS erfordern, realistisch gesetzt werden.

Begründung:

Die Ärztinnen und Ärzte erfahren in ihren Praxen weiterhin Tag für Tag eine massive Diskrepanz zwischen den Erwartungen, die sie mit der Digitalisierung verbinden und der erlebten Realität. Auch die Versprechungen der Industrie und das User-Erlebnis im hausärztlichen Praxisalltag stimmen leider viel zu selten überein. Das zentrale System zur

Umsetzung der Digitalisierung in den ärztlichen Praxen ist das jeweilige Praxisverwaltungssystem (PVS). Leider sind die PVS in vielen Praxen eher Teil des Problems als der Lösung. Funktionalitäten, die eigentlich umzusetzen wären, stehen nicht oder verspätet zur Verfügung oder sind in Untermenüs des PVS versteckt und damit nicht direkt zugänglich und nutzbar. Die bestehenden Systeme zur Zertifizierung der PVS durch die KBV und die gematik versagen regelhaft, weil sie auf Selbstauskünften oder kursorischen Sichtprüfungen basieren und Fragen der Usability nicht berücksichtigen. Selbst in Fällen, in denen das PVS nachweislich Anforderungen nicht umsetzt, ist die einzig mögliche Sanktion, der Entzug der Zulassung für die vertragsärztliche Abrechnung. Dies trifft jedoch letztlich nur die nutzenden Ärztinnen und Ärzte, die im schlimmsten Fall ohne zugelassenes PVS dastehen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Digitale Anwendungen der gematik effizienter und sicherer gestalten

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, Dr. Petra Bubel, Thomas Dörrer, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch und Henrik Straub (Drucksache Ic - 20) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Die Gesellschafter der gematik sollen die Telematikinfrastruktur (TI) so fortentwickeln, dass diese zeitnah effizienter, sicherer und stabiler funktioniert und einen Konnektorentausch überflüssig macht. Hierfür ist der intensive Austausch der gematik mit den Anbietern der Praxisverwaltungssysteme notwendig.

Begründung:

Für Anwendungen wie die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und das elektronische Rezept (E-Rezept) ist bereits heute die qualifizierte elektronische Signatur des ausstellenden Arztes notwendig. Allein 1,5 Millionen Rezepte werden täglich in Deutschland ausgestellt. Aktuell noch bestehende Verzögerungen innerhalb der Prozesse bedeuten einen erhöhten Zeitaufwand, der in der direkten Patientenversorgung dann fehlt.

Die elektronische Signatur, wie auch die Komfortsignatur sind aktuell noch fehlerbehaftet und arbeiten nicht stabil und sicher genug. Dieser zeitliche Mehraufwand führt zu Frustration bei Ärzten wie Patienten.

Zugleich haben physische Konnektoren in der Vergangenheit, insbesondere durch deren häufigen Austausch und Ablauf der Zertifikate, zu hohen Kosten und Frustration geführt.

Die gematik verspricht, mit der TI 2.0 die Probleme zu lösen. Die gematik bewirbt bereits heute, dass die TI 2.0 noch benutzerfreundlicher, flexibler und sicherer sein wird. Auch die physischen Konnektoren sollen damit der Vergangenheit angehören.

Für eine bessere Akzeptanz, auch künftiger digitaler Anwendungen, müssen digitale Anwendungen effizienter, sicherer und stabiler funktionieren. Die Ärzteschaft fordert daher die gematik auf, die Grundlagen hierfür schnell zu schaffen. Die Einführung der TI 2.0 muss

vor dem sonst notwendigen nächsten Konnektorentausch erfolgen.

Dabei muss die Entwicklung und Umsetzung eng mit den Anbietern der Praxissoftware erfolgen, damit die Implementierung schnell und fehlerfrei erfolgen kann. Hierfür müssen verbindliche Benchmarkziele festgelegt werden. Nur so kann die Leistungsfähigkeit und Benutzerfreundlichkeit von Praxisverwaltungssystemen verbessert werden. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Optimierung der Ladezeiten für kritische Prozesse, wie die Signaturerstellung und den Versand von Dokumenten, gelegt werden. Dies würde nicht nur die Arbeitsabläufe in den Praxen beschleunigen, sondern auch die Patientenversorgung verbessern.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Sektorübergreifende Nutzbarkeit des Bundeseinheitlichen Medikationsplans

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Evelin Pinnow, Dr. Wilfried Schimanke, Manja Dannenberg, Christian Klein und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 21) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert eine Änderung von § 115c Abs. 1 SGB V dahingehend, dass der Bundeseinheitliche Medikationsplan (BMP) im vollen Funktionsumfang und rechtssicher in der Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor Anwendung finden kann.

Begründung:

Damit der BMP funktioniert, ist das Hinterlegen einer Pharmazentralnummer für die Medikation erforderlich. Das funktioniert nur, wenn bei der Wahl des Wirkstoffs auch ein Handelsname gewählt wird.

§ 115 c SGB V regelt, wie der Therapievorschlag im Anschluss an die Krankenhausbehandlung gestaltet sein soll.

Eine Angabe von Handelsnamen auf dem BMP ist auf dieser gesetzlichen Grundlage problematisch.

Auch der Passus, dass in der Entlassmedikation ein preisgünstigerer Therapievorschlag angegeben werden muss, ist im Sinn einer Kostenreduktion sinnvoll, aber in dieser Formulierung schwer umsetzbar, da der Listenpreis über Rabattverträge der jeweiligen Krankenkasse nicht den tatsächlichen Kosten für die Versicherungsgemeinschaft entspricht.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Digitalisierung des Impfpasses

Beschluss

Auf Antrag von Christian Klein, Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Evelin Pinnow, Dr. Wilfried Schimanke, Manja Dannenberg und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 22) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, zeitnah eine digitale und anwenderfreundliche Impfdokumentation zu ermöglichen.

Zur Verhinderung von Doppelungen sollte die Dokumentation durch die impfende Stelle verpflichtend digital erfolgen; beispielsweise in einer Impfanwendung in der elektronischen Patientenakte (ePA).

Begründung:

Ein digitaler Impfpass wäre eine Anwendung, die sowohl den Praxen als auch den Kliniken und vor allem den Bürgerinnen und Bürgern nutzen würde.

Aktuell stellt sich in der Realität die Situation so dar, dass z. B. im Verletzungsfall der Impfpass zu Hause liegt und die verunfallte Person nicht sagen kann, wann die letzte Tetanusimpfung erfolgt ist. Im Zweifel erfolgt dann erneut eine Impfung. Dabei wird im Idealfall ein weiteres Kärtchen oder ein neuer Impfpass erstellt, so dass eine relevante Zahl von Bürgerinnen und Bürgern eine Sammlung mehrerer Impfpass zu Hause liegen hat.

Da inzwischen Impfungen nicht mehr unbedingt primär in Hausarztpraxen durchgeführt werden, sondern auch in spezialisierten Facharztpraxen, Apotheken oder eben Notaufnahmen, kommt es vermehrt zu Über- oder aber auch Unterversorgung, wenn der zweite oder dritte papierbasierte Impfausweis nicht aufgefunden werden kann. Mit einem digitalen Impfausweis wären auch gezieltere Ansprachen der Versicherten möglich, was die Impfquoten verbessern könnte.

Dafür ist es nötig, eine nutzerfreundliche TI-Anwendung zu erstellen.

Die Dokumentation sollte künftig ausschließlich digital erfolgen, um die Daten im Bedarfsfall



jederzeit abrufen zu können.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: IT-Sicherheit in Haus- und Facharztpraxen finanziell absichern

Beschluss

Auf Antrag von Wieland Dietrich, Christa Bartels und Dr. Ivo Grebe (Drucksache Ic - 92) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, die im Rahmen der Digitalisierung notwendigen Investitionen der Arztpraxen in ihre IT-Sicherheit fortlaufend zu gewährleisten. Auch die Arztpraxen sind Teil der systemrelevanten Infrastruktur und sie benötigen zum Aufbau und Erhalt einer resilienten IT-Sicherheitsstruktur ausreichend finanzielle Mittel, um auch fortlaufend einen ausreichenden Schutz ihrer IT-Strukturen gegen Bedrohungen aufzubauen und zu erhalten. Diese finanziellen Mittel müssen bei Gesetzesvorhaben zur Digitalisierung im Gesundheitswesen kontinuierlich bereitgestellt werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Speicherung wesentlicher Patientendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte dient der sinnvollen Steuerung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Dr. Ivo Grebe, Dr. Regine Held, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Christiane Groß, M.A., Wieland Dietrich und Dr. Matthias Bloechle (Drucksache Ic - 96) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Wesentliche Daten für die Kommunikation unter Ärztinnen und Ärzten müssen möglichst auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden. Das betrifft z. B. den Medikationsplan und von Patienten vorgenommene Einschreibungen, etwa DMP oder Versorgungsverträge, aber auch die Schwangerenvorsorge.

Auch die freiwillige Speicherung eines ärztlich definierten Notfalldatensatzes sollte möglich sein. Eine solche Speicherung auf der eGK dient der Patientenversorgung und der einer sinnvollen Patientensteuerung.

Begründung:

Eine unbekannte Anzahl von Patientinnen und Patienten nutzt die Leistungen des Gesundheitssystems ohne verlässliche Angaben über Vorbehandlungen und Einschreibungen in Programme oder Versorgungsverträge. Da bei der elektronischen Patientenakte (ePa) eine Opt-Out-Lösung vorgesehen ist und dort auch Einträge von den Patientinnen und Patienten beliebig gelöscht werden können, müssen zentrale Daten, die ansonsten eine unsinnige Mehrbelastung von Leistungserbringenden auslösen können, sinnvollerweise auf der eGK gespeichert werden und beim Einlesen dieser sofort zur Kenntnis gelangen können.

Nur so kann eine sinnvolle Digitalisierung auch für die Leistungserbringenden zielführend weiterentwickelt werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin - Gewährleistung von globalen Mindeststandards für vertrauenswürdige KI

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Claudia Ritter-Rupp (Drucksache Ic - 87) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich national und auf europäischer Ebene für eine verantwortungsvolle Entwicklung und Verwendung von KI-Systemen im Bereich der Medizin einzusetzen. Dies setzt gemeinsame, wertebasierte rechtliche Rahmenbedingungen voraus, wie sie bspw. in der KI-Verordnung der Europäischen Union sowie in der KI-Konvention des Europarates abgebildet werden. Diese sind konsequent in der Medizin und dem Gesundheitswesen umzusetzen.

Dabei sind insbesondere folgende Forderungen zu berücksichtigen:

- Einhaltung und konsequente Umsetzung der Grundprinzipien des Europarates zu Menschenrechten, Demokratie und Rechtsstaatlichkeit bei der Entwicklung und dem Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI)! Der Einsatz von KI-Systemen, die nicht im Einklang mit den gemeinsamen Werten in Deutschland und Europa stehen, muss unterbunden werden!
- Sicherstellung, dass KI ausschließlich den Interessen und dem Wohle der Menschheit dient!
- Einsatz für einen in der KI-Konvention des Europarates fehlenden sanktionsbewährten Durchsetzungsmechanismus gegenüber den Vertragspartnern.
- Der Einsatz qualitätsgesicherter Daten als Grundlage für KI muss sichergestellt sein!
- KI-Systeme, die auf mit maschinellem Lernen aus Daten gewonnenen Modellen basieren (Machine-Learning-Modell), dürfen nicht zur Blackbox werden. Es muss nachvollzogen werden können, was in der Blackbox passiert, das heißt welche Entscheidungsparameter ein Algorithmus verwendet.
- Die fortschreitende Delegation bestimmter Aufgaben an technische Systeme darf nicht zum schleichenden Verlust von ärztlichen Kompetenzen und Erfahrungswissen führen. KI-Empfehlungen darf nicht "blind gefolgt" werden (Automation Bias).

-
- Der Einsatz von KI im Gesundheitswesen muss finanzierbar bleiben und darf nicht zur "Zwei-Klassenmedizin" führen - weder für Patientinnen und Patienten noch für Ärztinnen und Ärzte.
 - KI kann den Arzt/die Ärztin unterstützen und entlasten, darf ihn/sie aber nicht ersetzen.

Begründung:

Weltweit wird an zahlreichen Ansätzen gearbeitet, um den Umgang mit künstlicher Intelligenz - in allen Lebensbereichen - vertrauenswürdig auszugestalten. Dass dies einen möglichst global verbindlichen Rechtsrahmen erfordert, liegt auf der Hand.

Zwei der Regelungsinitiativen stechen dabei durch ihren bindenden Rechtscharakter heraus: Die KI-Verordnung der Europäischen Union (auch bekannt als Artificial Intelligence [AI] Act) sowie der Entwurf des Rahmenübereinkommens des Europarates über KI und Menschenrechte, Demokratie und Rechtsstaatlichkeit (förmliche Annahme vom Ministerkomitee ist für den 17.05.2024 vorgesehen).

Bei aller Kritik im Hinblick auf mögliche Schwachstellen der Rechtsakte, so haben die beiden Regelungswerke zum Ziel, in einem ersten wichtigen Schritt den bestehenden Menschenrechtsrahmen auf KI anwendbar zu machen und festzulegen, welche Grundsätze dafür wichtig sind! Im Anschluss hat nun die konsequente Umsetzung in nationales Recht zu erfolgen, die im Bereich der Medizin aktiv von der Ärzteschaft begleitet werden sollte. Auch die vielfach aufgestellte Forderung, dass KI dem Menschen dienen muss und nicht andersherum wird vom 128. Deutschen Ärztetag unterstrichen! KI darf den Menschen nicht ersetzen!



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

EU-Themen

- Ic - 08 Gesundheit als Priorität der neuen europäischen Legislatur
- Ic - 75 Rechtssichere und insbesondere datenschutz- und urheberrechtlich einwandfreie
sowie marktgerechte Gestaltung des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (European
Health Data Space – EHDS)
- Ic - 100 Verhinderung von Gewalt gegen Frauen

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Gesundheit als Priorität der neuen europäischen Legislatur

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 08) unter Berücksichtigung des Antrags von Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Katharina Partow, Dr. Joachim Suder, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Hans-Otto Bürger und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache Ic - 08a) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Europäische Union (EU) auf, Gesundheit zu einer Priorität der Legislatur 2024 - 2029 zu machen und unter Wahrung des Prinzips der Subsidiarität und der nationalen Kompetenzen

- die berufliche Migration von Gesundheitspersonal (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Fachangestellte [MFA], Pflegefachkräfte) zu erleichtern: Anstelle der Absenkung von Qualifikationsstandards oder des Verzichts auf Prüfungen sollte das Potenzial administrativer Vereinfachungen ausgeschöpft werden.
 - Die Wissenschaftlichkeit des Medizinstudiums und die fortdauernde Gleichwertigkeit der Qualifikationen von Ärztinnen und Ärzten auf hohem Niveau sind sicherzustellen.
 - die Mitgliedstaaten an ihre Verantwortung zur Schaffung ausreichender Studien- und Ausbildungsplätze zu erinnern.
 - attraktive Arbeitsbedingungen im Gesundheitsbereich zu schaffen, um das Interesse an Heil- und Pflegeberufen zu erhalten und einen Verlust von Arbeitskraft zu verhindern.
 - die Reform des EU-Arzneimittelrechts konsequent zu Ende zu führen. Benötigt wird insbesondere ein System, das hilft, Lieferengpässe wichtiger Arzneimittel möglichst zu verhindern, jedenfalls aber frühzeitig zu erkennen und ihre Folgen für Patientinnen und Patienten zu minimieren. Voraussetzung dafür ist, dass die Resilienz der Lieferketten systematisch überprüft wird, um Schwachstellen zu beheben. Die geltenden Anforderungen an Wirksamkeit und Sicherheit im Zulassungsverfahren müssen im Interesse von Patientinnen und Patienten erhalten bleiben.
 - entschiedener Schritte zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen zu unternehmen. Auch die Entwicklung neuer Antibiotika sollte stärker unterstützt werden.
 - die Medizinprodukteverordnung (MDR) und die Verordnung zu In-vitro-Diagnostika (IVDR) nachzubessern, damit sich die wünschenswerte Steigerung der Patientensicherheit nicht nachteilig auf die Verfügbarkeit von Medizinprodukten auswirkt.
 - Initiativen für einen wirksameren Schutz insbesondere Jugendlicher vor den Schäden
-

- des Rauchens und Nikotin- sowie Alkoholkonsums zügig in Angriff zu nehmen.
- Bestrebungen von Mitgliedstaaten, Cannabis zu Konsumzwecken zu legalisieren, konsequent zu unterbinden.
 - Treibhausgase und andere schädliche Emissionen wie Feinstaub, Arzneimittelrückstände, Pestizide, Gifte und endokrin wirksame Stoffe in der Umwelt signifikant zu reduzieren.
 - das reibungslose und fristgerechte Funktionieren europäischer Portale und Datenbanken im Gesundheitsbereich sicherzustellen.
 - auch künftig von einer Normung ärztlicher Tätigkeiten Abstand zu nehmen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Rechtssichere und insbesondere datenschutz- und urheberrechtlich einwandfreie sowie marktgerechte Gestaltung des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (European Health Data Space – EHDS)

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Stefan Schröter, Christa Bartels und Wieland Dietrich (Drucksache Ic - 75) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert eine rechtssichere und insbesondere datenschutz- und urheberrechtlich einwandfreie sowie im Hinblick auf die kommerzielle Verwertung europäischer Gesundheitsdaten marktgerechte Gestaltung des von der EU-Kommission designierten Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (European Health Data Space - EHDS). Es erscheint nicht sachgerecht, dass - wie bislang vorgesehen - etwa forschenden Arzneimittelunternehmen Zugriff auf die im EHDS gesammelten und geordnet-strukturierten Gesundheitsdaten ermöglicht werden soll, ohne hierfür ein Entgelt zu bezahlen.

Begründung:

Bei den im EHDS gesammelten Daten handelt es sich um strukturierte, gewichtete und somit medizinisch bereits einer Bewertung unterzogenen Gesundheitsdaten von Millionen EU-Bürgerinnen und Bürgern, die zuvor in den einzelnen EU-Mitgliedsländern von medizinischem Fachpersonal - insbesondere von Ärztinnen und Ärzten - erhoben und in elektronische Patientenakten eingespeist worden sind. In diesem Zusammenhang sind urheberrechtliche Aspekte sowie Fragen einer auskömmlichen Vergütung nicht abschließend geklärt.

Derartige Datenschätze sind das "neue Gold"! Sie ermöglichen nicht nur neue wissenschaftliche Erkenntnisse - auch unter Anwendung von Verfahren der Künstlichen Intelligenz (KI), sondern eröffnen darüber hinaus völlig neue Möglichkeiten der marktwirtschaftlichen Wertschöpfung. Es käme einem Systembruch gleich, deren Nutzung durch kommerzielle Interessenten kostenlos zu stellen. Dies gilt umso mehr auch vor dem Hintergrund, dass die gemeinhin solidarisch finanzierten Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedsländern unter chronischer Mittelknappheit leiden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verhinderung von Gewalt gegen Frauen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Christiane Qualmann, Dr. Oliver Funken, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Norbert Smetak, Dr. Susanne Bublitz, Michael Niesen, Jens Wagenknecht, Dr. Christine Schroth der Zweite, Michael Andor, Dr. Günter Meyer und Dr. Michael Hubmann (Drucksache Ic - 100) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, gezielt auf politischer Ebene und insbesondere gegenüber dem Bundesministerium der Justiz (BMJ) sich für einen besseren Schutz vor geschlechterspezifischer Gewalt, insbesondere vor Vergewaltigung, einzusetzen. Die Bundesregierung muss eine Zusage erteilen, alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um geschlechterspezifische Gewalt zu verhindern und zu bekämpfen, Opfer zu unterstützen und zu schützen und die Täter zur Rechenschaft zu ziehen.

Eine Änderung des deutschen Strafrechts hin zu der Voraussetzung der eindeutigen Einvernehmlichkeit sexueller Handlungen - "nur Ja ist Ja" - muss erreicht werden.

Begründung:

Die Problematik sexualisierter Gewalt in Deutschland rückt mehr und mehr in den Fokus der öffentlichen und politischen Aufmerksamkeit. Als Ärztinnen und Ärzte werden wir mit den gravierenden körperlichen und vor allem psychosozialen Folgen sexualisierter Gewalt konfrontiert und kennen die oft lebenslangen Beeinträchtigungen hierdurch.

Die Vergewaltigung, als extreme Form der geschlechtsspezifischen Gewalt, bleibt in vielen EU-Staaten ein rechtliches Paradox: in 18 von 27 Mitgliedstaaten wird eine Vergewaltigung nur dann strafrechtlich verfolgt, wenn Gewalt angewendet oder angedroht wird. Ein "Nein" der betroffenen Person hat keine rechtliche Bedeutung. In Deutschland gilt seit 2016 "Nein heißt Nein". Die Realität zeigt aber, dass Vergewaltigungen häufig durch Partner und in Beziehungen mit deutlichem Machtgefälle zwischen Opfer und Täter stattfinden. Umstände, unter denen ein "Nein" schwierig sein kann. Zudem wird deutlich, dass Angst oder Schockstarre eine eindeutige Äußerung des Opfers verhindern können. Das Opfer muss vor Gericht ein "Nein" beweisen. Dieser Umstand untergräbt grundlegend die Würde und

die Sicherheit der Opfer.

Eine klare Definition des Vergewaltigungsstraftatbestandes soll ein effektives Schutzinstrument für potentielle Opfer sein. Eine angemessene Änderung des deutschen Strafrechts mit einer "Ja ist Ja"-Regelung kann zukünftig der Beitrag Deutschlands zur Umsetzung der EU-Richtlinie für einen umfassenden und effektiven Schutz vor geschlechterspezifischer Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union werden. Eine Einigung zur EU-Richtlinie zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt ist Anfang Februar im Europaparlament erzielt worden.

Am 24.04.2024 wurde die Richtlinie mit deutlicher Mehrheit im Europaparlament angenommen. Nicht aufgenommen wurde der aus dem Europaparlament unterstützte Antrag auf den Straftatbestand der Vergewaltigung bei nicht konsensuellen sexuellen Handlungen ("Nur Ja ist Ja"). Die Kontroverse um den Artikel 5, der auf die EU-weite Harmonisierung des Vergewaltigungsstraftatbestandes abzielt, wurde von Deutschland und Frankreich angeführt. Begründet wurde dies mit "erheblichen Zweifeln" an der EU-Rechtsgrundlage durch das BMJ. Hierfür berufen sich zwölf Mitgliedstaaten auf ein Gutachten des Juristischen Dienstes des Rates. Jedoch ist die Auffassung des Rates hier kritisch zu betrachten und kann widerlegt werden.

Im Koalitionsvertrag 2021 - 2025 der derzeitigen Bundesregierung auf Seite 116 steht: "Wir werden eine ressortübergreifende politische Strategie gegen Gewalt entwickeln, die Gewaltprävention und die Rechte der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt." Eine Änderung des deutschen Strafrechts mit "Ja ist Ja"-Regelung würde ein Problembewusstsein und besseren Zugang der Opfer zu rechtlichen Mitteln etablieren. Die Notwendigkeit eines eindeutigen "Ja" als Zeichen des Konsenses hat das große Potential, präventiven Charakter zu entfalten. Hier ist besonders an sexualisierte Gewalt im Zusammenhang mit Machtmissbrauch, Gruppenzwang und in Partnerschaften zu denken. Ein "Ja" des Opfers muss vom Täter bewiesen werden. Gleichzeitig wird eine sensiblere und vorurteilsfreie Behandlung der Opfer durch die Justizsysteme und besserer Zugang zur medizinischen und psychologischen Hilfe gefördert. Es müssen neue Rechtsvorschriften zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt geschaffen werden. Die Rechte der Opfer müssen in allen Phasen des Strafverfahrens gestärkt werden. Im Ergebnis kann nur eine klare Definition des Vergewaltigungsbegriffs - "nur Ja ist Ja" - Opfer effektiv schützen. Somit muss das BMJ mit Unterstützung der Ärzteschaft ersucht werden, in Einklang mit den Koalitionsvereinbarungen im Austausch mit Wissenschaft und Praxis den im deutschen Strafrecht historisch überholten Straftatbestand der Vergewaltigung im Hinblick auf die Festschreibung der Einvernehmlichkeit zu überprüfen. "Ja ist ja" ist in Spanien und Schweden bereits Gesetz.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

GKV / vertragsärztliche Versorgung / SGB V

- Ic - 35 "Off-Label-Use" von Arzneimitteln zur Sicherstellung der Patientenversorgung in begründeten Fällen zu Lasten der GKV ermöglichen
- Ic - 56 Kostenfreie Bereitstellung von Sprachmittlungsangeboten in Krankenhäusern und Arztpraxen
- Ic - 81 Finanzierung von Sprachvermittlerinnen und Sprachvermittlern jetzt!
- Ic - 84 Gerontopsychiatrie ist keine Verwahrspsychiatrie

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: "Off-Label-Use" von Arzneimitteln zur Sicherstellung der Patientenversorgung in begründeten Fällen zu Lasten der GKV ermöglichen

Beschluss

Auf Antrag von Rudolf Henke, Bernd Zimmer, Dr. Regine Arnold, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Dr. Arndt Berson, Prof. Dr. Bernd Bertram, Melissa Camara Romero, Wieland Dietrich, Dr. Sven Dreyer, Dr. Feras El-Hamid, Sebastian Exner, Thomas Franke, Dr. Oliver Funken, Dr. Ivo Grebe, Dr. Christiane Groß, M.A., Constantin Halim, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Prof. Dr. Gisbert Knichwitz, MBA, Dr. Hella Körner-Göbel, Michael Lachmund, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Stefan Schröter, Dr. Jonathan Sorge, Katharina Stoev, Dr. Birgit Timmermann, Barbara vom Stein, Dr. Joachim Wichmann, MBA und Eleonore Zergiebel (Drucksache Ic - 35) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 appelliert an den Gesetzgeber, die gesetzlichen Voraussetzungen zu überarbeiten, um einen sanktionsfreien "Off-Label-Use" mit GKV-Erstattung in fachlich begründeten Fällen zur Sicherstellung der Patientenversorgung mit Arzneimitteln zu ermöglichen, auch wenn weder eine lebensbedrohliche Erkrankung noch eine Studie mit zu Zulassungsstudien vergleichbarer Evidenz vorliegen.

Begründung:

Die aktuellen sozialgesetzlichen Regelungen ermöglichen in Kombination mit der gegenwärtigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur einen sehr restriktiven Einsatz von Medikamenten im Rahmen des "Off-Label-Use" und gefährden somit die Patientenversorgung mit bewährten Arzneimittelregimen, die ihre Wirksamkeit klinisch längst erwiesen haben. Die Option des "Off-Label-Use" steht nach derzeitiger Rechtsprechung nur bei akut lebensbedrohlichen Krankheiten, für die keine andere Therapie zur Verfügung steht, und bei Vorliegen von Studien mit zu Zulassungsstudien vergleichbarer Evidenz zur Verfügung.

In vielen Fällen der ärztlichen Versorgung ist eine erfolgversprechende Behandlung ohne "Off-Label-Use" nicht möglich und steht im Widerspruch zu den Empfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften. Ein Verzicht auf diese Option könnte zu irreversiblen Schäden führen und verhindern, dass bewährte wirksame Therapien angewendet werden können. Es ist inakzeptabel, wenn GKV-Patienten durch das

gesetzlich und gerichtlich vorgegebene Unterlassen einer Off-Label-Therapie medizinische Nachteile erleiden.

Es ist zu empfehlen, die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts in den beiden anhängigen Verfassungsbeschwerden mit den Aktenzeichen 1 BvR 2491/21 und 1 BvR 1863/23 abzuwarten und erst anschließend den Begutachtungslauf des Medizinischen Dienstes (MD) zu aktualisieren. Dem sollte eine Kommentierungsphase durch die Fachkreise, insbesondere auch der Bundesärztekammer, vorgeschaltet werden. Eine kurzfristige erneute Aktualisierung würde unnötigen bürokratischen Aufwand mit sich bringen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Kostenfreie Bereitstellung von Sprachmittlungsangeboten in Krankenhäusern und Arztpraxen

Beschluss

Auf Antrag von Christina Hillebrecht, Dr. Jan Helge Kurschel, Sonja Pieper, Bettina Rakowitz und Dr. Knut Spieker (Drucksache Ic - 56) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Politik auf, für die Sprachmittlung bei der Versorgung nichtdeutschsprachiger Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern, den Arztpraxen und im Ärztlichen Bereitschaftsdienst einen kostenfrei telefonisch erreichbaren mehrsprachigen Übersetzungsdienst bereitzustellen, der außerdem medizinisch wie psychologisch versiert ist. Alternativ sollen die Mittel für die Anschaffung sprachlich wie datenschutzrechtlich geeigneter IT-Lösungen bereitgestellt werden.

Der den Krankenhäusern, Arztpraxen und dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst bei der Versorgung nicht deutschsprachiger Patientinnen und Patienten entstehende zusätzliche zeitliche und sonstige Aufwand für die Verständigung muss in der Vergütung vollständig ersetzt werden.

Begründung:

Die Bundesrepublik Deutschland entwickelt sich mehr und mehr zu einem Einwanderungsland und ist Ziel multinationaler Flüchtlingsströme. Dies macht sich durch einen stetig steigenden Anteil der deutschen oder englischen Sprache nicht mächtiger Patientinnen und Patienten in den Praxen und Gesundheitseinrichtungen bemerkbar. Häufig fehlt es bei solchen Patientinnen und Patienten an eigenständigen Lösungen der Sprachmittlung. Einzelne regionale Projekte, welche für Praxen bestimmter Fachrichtungen (z. B. Psychotherapie) eine kostenfreie mehrsprachige Sprachmittlung anbieten, sind bereits mit Erfolg erprobt worden. Solche Angebote sollten ergänzend zu einer zu verbessernden Integration der Einwandernden kurzfristig flächendeckend und fachübergreifend verstetigt und ausgebaut werden. Außerdem muss der Mehraufwand kompensiert werden, der den Krankenhäusern und Arztpraxen durch die erschwerte und zeitaufwendigere Verständigung entsteht.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Finanzierung von Sprachvermittlerinnen und Sprachvermittlern jetzt!

Beschluss

Auf Antrag von Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. (Drucksache Ic - 81) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert erneut den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sich für die Übernahme der Kosten für Sprach- und Kulturvermittlerinnen und -vermittlern im Gesundheitswesen bei dem Gesetzgeber mit Nachdruck einzusetzen und eine diesbezügliche Erweiterung des SGB V zu fordern.

Begründung:

Wie im Koalitionsvertrag 2021 festgelegt, sollte im Laufe der Legislatur die Kostenübernahme von Sprachvermittlerinnen und -vermittler geregelt werden. Im November 2023 haben die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) und die Bundeskonferenz der Migrantenorganisationen (BKMO) die Regierungsparteien nochmals aufgefordert, die Finanzierung voranzutreiben.

Fakt ist: Wir Ärztinnen und Ärzte betreuen jeden Tag Patientinnen und Patienten, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Oft kann eine Verständigung nur mit Hilfe der Familie oder Kolleginnen und Kollegen aus der Ärzteschaft, Pflegefachkräften oder dem Servicepersonal erfolgen. Diese unprofessionelle Sprachvermittlung ist nicht nur für die übersetzende Person, sondern auch für das Behandlungsteam und die Patientinnen und Patienten eine Zumutung und erschwert die Diagnostik oder auch die entsprechende Behandlung. Daher ist eine zeitnahe Umsetzung der Finanzierung dringend notwendig.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Gerontopsychiatrie ist keine Verwahrspsychiatrie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Stefanie Oberfeld (Drucksache Ic - 84) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert eine Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Das Gesundheitssystem braucht die Gleichstellung von psychisch Kranken und somatisch Kranken. Dazu gehört eine auskömmliche Finanzierung präventiver, diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen psychischer Erkrankungen im ambulanten und stationären Sektor, z .B. durch die Einführung von Hybrid-OPS auch in der Psychiatrie durch eine entsprechende Änderung im § 115 SGB V. Ohne derartige Anpassungen droht einer aktuell leistungsstarken und an modernen Konzepten orientierten Gerontopsychiatrie die Degeneration in eine reine Pflege- und Verwahrspsychiatrie.

Begründung:

Der Paradigmenwechsel in der Psychiatrie - weg von der Anstalts- und hin zur Gemeindepsychiatrie - droht zu stocken. Je komplexer der Hilfebedarf ist - dies gilt umso mehr für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten umso geringer ist die Chance einer professionellen und wohnortnahen Versorgung.

Eine leitliniengerechte Erstdiagnose psychischer Erkrankungen (z. B. Demenzerkrankungen) erfordert neben der ärztlichen Spezialkompetenz spezielle apparative und laborchemische Verfahren. Bei einer Alzheimererkrankung wären dies u. U. neuropsychologische Testdiagnostik, cMRT, Liquordiagnostik, FDG-Hirn-PET, Amyloid-PET, genetische Untersuchung. Es sind Maßnahmen, die manchmal ambulant, aber häufig auch in Abhängigkeit von der Situation der Patientinnen und Patienten teilstationär oder vollstationär durchgeführt werden müssen.

Die frühzeitige und hoch spezifische Diagnostik ist erforderlich, um neue Therapieverfahren einschließlich präventiv nicht-medikamentöser Therapien zur Aufrechterhaltung von Lebensqualität und Verhinderung von Überlastung der pflegenden Angehörigen anwenden zu können. Die Kosten sind im Paneuropäischen Privaten Pensionsprodukt (PEPP) nicht

abgebildet. Außerdem gibt es zahlreiche Konzepte, um auch komplexe psychische Erkrankungen (z. B. Schizophrenie, Delir je nach Ausprägung und Ursache, herausforderndes Verhalten bei Demenzerkrankungen etc.) ambulant zu behandeln. Die Möglichkeit zur Durchführung solcher Komplexbehandlungen ist aufgrund unzureichender Kostendeckung kaum gegeben.



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Klima- und Gesundheitsschutz

- Ic - 02 Klimaneutraler Gesundheitssektor: Taten statt weiterer Worte
- Ic - 51 Verpflichtende Hitzeaktionspläne in allen Städten und Gemeinden umsetzen
- Ic - 41 Verbesserung des UV- und Hitzeschutzes bei der Arbeit im Freien

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Klimaneutraler Gesundheitssektor: Taten statt weiterer Worte

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 02) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der Gesundheitssektor muss klimaneutral werden. Aktuell ist er für ca. sechs Prozent der deutschlandweiten Treibhausgasemissionen verantwortlich. Vor diesem Hintergrund bekräftigt der 128. Deutsche Ärztetag 2024 seine bereits 2021 aufgestellte Zielsetzung.

Viele Organisationen und Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegewesen sind bereits dabei, ihre Treibhausgasemissionen zu reduzieren. Um das gesteckte Ziel zu erreichen, bedarf es jedoch besserer Rahmenbedingungen und noch konsequenterer Maßnahmen. Dringend erforderlich sind folgende Schritte:

1. Die Reduzierung des eigenen CO₂-Fußabdrucks muss für alle Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen in den Unternehmenszielen und der Unternehmenskultur verankert werden.
2. Klimaneutralität kann nur erreicht werden, wenn ausreichend Ressourcen für die erforderlichen Veränderungsprozesse bereitgestellt werden. Auf Bundes- und Landesebene sind Programme zur Schaffung der erforderlichen Rahmenbedingungen und der finanziellen Unterstützung der Einrichtungen bei ihren Maßnahmen zur Erreichung von Klimaneutralität aufzulegen und gesetzlich zu verankern.
3. Eine notwendige Voraussetzung für gezielte Maßnahmen zur Emissionsminderung ist eine Treibhausgasbilanzierung auf Einrichtungsebene. Eine Erstellung der Treibhausgasbilanz sollte nach einheitlichen Kriterien und mit Hilfe einheitlicher Instrumente erfolgen. Auf der Grundlage der Treibhausgasbilanz sind dann Ziele, Strategien und Projekte zur Reduzierung der CO₂-Emissionen festzulegen. Erforderlich sind klare Maßnahmenpläne und Zeitpläne für deren Umsetzung.
4. Bei allen anstehenden Reformen und Umstrukturierungen im Gesundheitswesen ist der Aspekt der Klimaneutralität mitzudenken. Dies gilt ebenso bei Initiativen zur Überprüfung von Indikationsstellungen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen wie beispielsweise "Klug entscheiden", die unter dem Aspekt der Klimaneutralität nochmals zu intensivieren sind.

Die Umsetzung von Klimaneutralität ist ein schrittweiser Prozess. Er muss jetzt konsequent



und schnell umgesetzt werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verpflichtende Hitzeaktionspläne in allen Städten und Gemeinden umsetzen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Margit Kollmer, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Andreas Schießl und Dr. Sibylle Freifrau von Bibra (Drucksache Ic - 51) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesländer zur Umsetzung des Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 30.09.2020 auf, der eine Erstellung von Hitzeaktionsplänen innerhalb von fünf Jahren für erforderlich hält. An der Vorbereitung und Umsetzung der entsprechenden Regulierungen sollte die deutsche Ärzteschaft beteiligt werden.

Begründung:

2023 war der heißeste Sommer seit Beginn der Wetteraufzeichnungen. Aufgrund des Klimawandels sind zukünftig immer extremere und häufigere Hitzeperioden zu erwarten, die der Gesundheit der Menschen in Deutschland erheblich schaden können.

Obwohl die Gesundheitsministerkonferenz bereits im September 2020 die Umsetzung von Hitzeschutzplänen bis 2025 beschlossen hatte, liegen bislang nur in wenigen Kommunen und Landkreisen Hitzeaktionspläne vor.

Mittels verpflichtender Aktionspläne können die Menschen vor den gesundheitlichen Folgen von Hitzewellen geschützt werden. Dabei können zahlreiche Maßnahmen mit geringen Investitionen realisiert werden. Dazu gehört etwa das Ausweisen von kühlen Aufenthaltsmöglichkeiten für vulnerable Personengruppen, die Schaffung von Trinkbrunnen und die Erstellung von Alarmplänen für Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Kindergärten und Schulen, die das Ergreifen entsprechender Schutzmaßnahmen bei Hitzewellen vorsehen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verbesserung des UV- und Hitzeschutzes bei der Arbeit im Freien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Margit Kollmer, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Joachim Suder, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Andreas Schießl und Dr. Sibylle Freifrau von Bibra (Drucksache Ic - 41) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 appelliert an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, auf eine deutliche Stärkung des UV- und Hitzeschutzes bei der Arbeit im Freien hinzuwirken, etwa durch konzertierte mediale Kampagnen in der Öffentlichkeit und in den Betrieben. Dabei sollte das Ministerium eng mit Repräsentantinnen und Repräsentanten der Ärzteschaft und der verschiedenen Berufsgenossenschaften zusammenarbeiten.

Begründung:

2023 war der heißeste Sommer seit Beginn der Wetteraufzeichnungen. Aufgrund des Klimawandels sind zukünftig immer extremere und häufigere Hitzeperioden zu erwarten, die der Gesundheit der Menschen in Deutschland erheblich schaden können. Ebenso steigt aufgrund des Klimawandels die UV-Strahlungsbelastung in Deutschland tendenziell an, vor allem an heißen Sommertagen.

Hitzebelastungen können die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit von Menschen in jedem Arbeitsumfeld beeinträchtigen. Besonders vulnerabel sind aber Menschen, die bei Hitze und hoher UV-Konzentration im Freien arbeiten. Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern kommt eine besondere Rolle bei der UV- und Hitzeprävention zu, denn sie haben ihre Beschäftigten am Arbeitsplatz gegen gesundheitliche Gefahr zu schützen. Den gesetzlichen Rahmen hierzu bilden das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und die zugehörigen Verordnungen, insbesondere die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV).

Ein Teil der Betriebe in Deutschland setzt die gesetzlichen Vorgaben zum UV- und Hitzeschutz jedoch nicht in ausreichendem Maße um. Vielfach ist dies auf eine mangelnde Kenntnis der gesundheitlichen Folgen von Hitze und hoher UV-Belastung zurückzuführen. Konzertierte mediale Kampagnen zum Thema "UV- und Hitzeschutz bei der Arbeit im Freien" in der Öffentlichkeit und in den Betrieben könnten dem abhelfen. Dabei können

viele Maßnahmen zum UV- und Hitzeschutz mit einfachen Mitteln umgesetzt werden. Dazu gehören etwa regelmäßige Pausenmöglichkeiten in kühlerer Umgebung, das Tragen einer Kopfbedeckung mit angefeuchtetem Nackenschutz, oder die Bereitstellung von ausreichend Getränken.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Kommerzialisierung

- Ic - 12 Investorenbetriebene MVZ endlich regulieren
- Ic - 98 Das Praxisschild stärken für Transparenz
- Ic - 123 Keine Boni für Ziele mit finanziellen Auswirkungen

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Investorenbetriebene MVZ endlich regulieren

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 12) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Die 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung und den Deutschen Bundestag auf, die mehrfach angekündigte gesetzliche Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ) im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) umzusetzen.

Begründung:

Die hohe Dynamik bei der Gründung von iMVZ sowie iMVZ-Ketten erfordert zeitnah wirksame Rahmenvorgaben für den Betrieb von MVZ, um einerseits die Vorteile von MVZ weiter nutzen zu können und andererseits die Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen in iMVZ aus kommerziellen Gründen zu erschweren.

Der Handlungsbedarf bezüglich der iMVZ ergibt sich aus dem sowohl im ärztlichen Gelöbnis als auch in der ärztlichen Berufsordnung verbrieften Primat des Patientenwohls sowie aus der Gemeinwohlorientierung als wesentlichem Merkmal der Freiberuflichkeit und muss drei grundlegende Ziele verfolgen:

- die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen muss strukturell besser abgesichert werden,
- es muss einer Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen, die sich zulasten einer patientenzentrierten und zuwendungsorientierten Versorgung auswirken würde, entgegengewirkt werden,
- die aus Solidarbeiträgen aufgebrauchten Mittel für die Patientenversorgung müssen vor einem Abfluss zu fachfremden nationalen oder internationalen Finanzinvestoren geschützt werden.

Die Bundesärztekammer hat am 09.01.2023 die "Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ

hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung" veröffentlicht. Darin sind konkrete Formulierungsvorschläge für entsprechende gesetzliche Regelungen enthalten (**Anlage**). Diese umfassen unter anderem die folgenden Positionen:

- Einen verpflichtenden örtlichen und fachlichen Bezug des Krankenhauses zum MVZ
- Die Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen des jeweiligen Fachgebietes
- Die Möglichkeit, eine Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen zu entziehen
- Die Begrenzung von Marktanteilen für ein Fachgebiet in einer Region
- Das Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen
- Die Herstellung von Transparenz über Inhaberschaft eines MVZ
- Stärkung der Stellung des ärztlichen Leiters
- Die Schaffung von Regelungen zu Bonusvereinbarungen in Verträgen mit ärztlichen Leitern von MVZ

Der Bundesrat hat im Juni 2023 eine EntschlieÙung "Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes" gefasst und die Bundesregierung aufgefordert, MVZ stärker zu regulieren (Drucksache 211/23).

Der Bundesminister für Gesundheit hat mehrfach eine Regulierung von iMVZ angekündigt. Gemäß dem Arbeitsprogramm des BMG war dies für eines der Versorgungsgesetze vorgesehen. In dem am 12.04.2024 offiziell versandten Referentenentwurf für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) mit Stand vom 08.04.2024 fehlt jedoch eine entsprechende Regelung.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Das Praxisschild stärken für Transparenz

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Regine Held, Dr. Matthias Bloechle, PD Dr. Heiner van Randenborgh und Dr. Christian Messer (Drucksache Ic - 98) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, im Rahmen der angekündigten Regulierung investorenbetriebener MVZ (iMVZ) folgende Praxis-Schild-Angaben zur Verpflichtung zu machen, um die Transparenz zu fördern:

1. Fachgebiet
2. Besitzer/Eigentümer der Institution
3. Ärztlicher Leiter
4. Webseite mit konkreter Information zu allen beschäftigten Ärztinnen und Ärzten sowie der Leitungs- und Inhaberstruktur.

Begründung:

Das Praxisschild muss die geforderten Angaben enthalten, um den Patientinnen und Patienten eine Orientierung zu geben. Die Angabe der Webseite erweitert die Informationsmöglichkeit nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern auch für Kolleginnen und Kollegen. Diese ist zeitgemäß und entspricht der Digitalisierung. Die Webseite sollte auch konkrete Informationen zu allen beschäftigten Ärztinnen und Ärzten mit den jeweils zugelassenen ärztlichen Leistungen enthalten.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Keine Boni für Ziele mit finanziellen Auswirkungen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka (Drucksache Ic - 123) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 spricht sich entschieden gegen Boni mit Zielen aus, die finanzielle Auswirkungen haben. Anstelle von Boni sind verbesserte Gehälter zu vereinbaren. Zusätzliche Boni bei verbesserten Gehältern dürfen nur qualitätsbezogene Ziele haben.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Krankenhaus

- Ic - 40 Energieeffizienz und Nachhaltigkeit von Kliniken steigern
- Ic - 49 IT-Sicherheit in Krankenhäusern gewährleisten
- Ic - 60 Etablierung von New Work in Kliniken

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Energieeffizienz und Nachhaltigkeit von Kliniken steigern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Margit Kollmer, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Andreas Schießl, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Joachim Suder, Dr. Marlene Lessel und Dr. Sibylle Freifrau von Bibra (Drucksache Ic - 40) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung auf, einen Sonderfonds zu schaffen, aus dem der Umbau deutscher Krankenhäuser zu klimaschonender Infrastruktur ("Green Hospitals") unterstützt wird. Alle deutschen Krankenhäuser sollen in die Lage versetzt werden, zeitnah ein Umweltzertifikat zu erwerben, das mit dem EMAS-Zertifikat des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit vergleichbar ist.

Begründung:

Das Gesundheitswesen ist derzeit für etwa fünf Prozent der klimaschädlichen CO₂-Emissionen in Deutschland verantwortlich. Um Emissionen einzusparen, ist unter anderem der Umbau von Kliniken zu klimaschonender Infrastruktur erforderlich. Dazu gehört beispielsweise der Einbau einer effizienten Wärmedämmung oder von Photovoltaikanlagen. Den Umbau zu klimaschonender Infrastruktur können die Kliniken jedoch nicht alleine stemmen. Der notwendige Transformationsprozess sollte deshalb durch einen Sonderfonds der Bundesregierung unterstützt werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: IT-Sicherheit in Krankenhäusern gewährleisten

Beschluss

Auf Antrag von PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Matthias Fabian, Dr. Feras El-Hamid und Dr. Frank J. Reuther (Drucksache Ic - 49) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, in Zeiten der Krankenhausreform stets notwendige Investitionen der Krankenhäuser in ihre IT-Sicherheit zu gewährleisten. Die Krankenhäuser benötigen als Teil der kritischen Infrastruktur zum Aufbau und Erhalt einer resilienten IT-Sicherheitsstruktur ausreichend finanzielle Mittel, die bedarfsgerecht in die IT investiert werden, um auch langfristig einen ausreichenden Schutz ihrer IT-Struktur gegen Angriffe aufzubauen und zu erhalten. Diese finanziellen Mittel müssen stets Teil der Gesetzesvorhaben sein, die die Krankenhauslandschaft gestalten.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Etablierung von New Work in Kliniken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lisa Rosch, Dr. Marco Hensel MBA, Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ic - 60) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 appelliert an die Klinikträger, die Prinzipien von New Work - Selbstverantwortung, partizipative Hierarchie und hybride Führung, Sinn, Entwicklung und Kooperation der Professionen - an ihren Kliniken zu etablieren.

Begründung:

Die Transformation der Arbeitswelt macht auch vor dem ärztlichen Arbeiten nicht Halt. Durch Digitalisierung verändern sich Arbeitsprozesse und neue Arbeits(zeit)modelle werden möglich. Zurzeit ist Patientenversorgung noch überwiegend geprägt von einer hohen Arbeitsbelastung und emotionalem Stress. Zunehmender Fachkräftemangel erfordert bessere Strukturen. Mithilfe moderner Technologien, partizipativen Hierarchien und hybrider Führung, abteilungsübergreifendem Teamwork und einer flexibleren Arbeitsgestaltung können Verbesserungen erzielt werden, die ein selbstverantwortliches, fokussiertes und sinnhaftes ärztliches Arbeiten ermöglichen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Menschenrechte

- Ic - 114 Barrierefreier Zugang zum Gesundheitssystem ist ein Menschenrecht
- Ic - 44 Gesundheit ist ein Menschenrecht
- Ic - 68 Verbesserung der zukünftigen gesundheitlichen Versorgung durch flächendeckende
Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete
- Ic - 99 Schutz der Kinder und ihrer Rechte im Krieg
- Ic - 133 Kinderrechte im Grundgesetz verankern

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Barrierefreier Zugang zum Gesundheitssystem ist ein Menschenrecht

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Matthias Marschner, Dr. Katharina Partow und Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. (Drucksache Ic - 114) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention kommt teilweise nur schleppend und bundesweit sehr ungleichmäßig voran. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, flächendeckend für eine gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen an gesundheitlicher Versorgung zu sorgen. Insbesondere die baulichen Vorgaben für den barrierefreien Zugang zu gesundheitlichen Einrichtungen müssen auch im ländlichen Bereich eingehalten werden, damit der diskriminierungsfreie Zugang zur ambulanten Versorgung sichergestellt wird.

Begründung:

Menschen mit Behinderungen haben vor allem außerhalb von Großstädten keinen adäquaten Zugang zu den Regelversorgungen der ambulanten Medizin, da der barrierefreie Zugang für Menschen mit Behinderung fehlt. Dies beinhaltet z. B. einen fehlenden Aufzug zu Praxisräumen in einem höheren Geschoss oder eine Tür, die nach außen aufgeht, oder fehlende barrierefreie Sanitäreinrichtungen. Dadurch ist die freie Arztwahl für Patientinnen und Patienten mit Behinderungen deutlich eingeschränkt. Nur durch die verlässliche Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention kann die gleichberechtigte Teilhabe in allen Bereichen sichergestellt werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Gesundheit ist ein Menschenrecht

Beschluss

Auf Antrag von Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Katharina Partow, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Joachim Suder, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Florian Gerheuser und Dr. Detlef Lorenzen (Drucksache Ic - 44) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung auf, bei jeder Gesetzgebung zur Reform des Gesundheitswesens zu beachten, dass der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ein Menschenrecht ist. Kein Mensch darf aufgrund von sozioökonomischem Status, sexueller Orientierung, Nationalität, Geschlecht, Sprache, politischer, religiöser oder irgendeiner anderen Überzeugung der gerechte Zugang verwehrt werden.

Begründung:

Der ungehinderte Zugang zum Gesundheitswesen ist weiterhin nicht allen Menschen möglich.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verbesserung der zukünftigen gesundheitlichen Versorgung durch flächendeckende Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Dr. Joachim Suder, Dr. Detlef Lorenzen, Matthias Marschner, Dr. Florian Gerheuser und Dr. Irmgard Pfaffinger (Drucksache Ic - 68) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, auf eine flächendeckende Versorgung Geflüchteter mit einer elektronischen Gesundheitskarte hinzuwirken. Die Bundesärztekammer wird gebeten, diesbezüglich bei der Bundesregierung um Unterstützung zu bitten, die Landesärztekammern werden gebeten, in dieser Frage bei den zuständigen Landesbehörden zu intervenieren.

Begründung:

Bis zum Abschluss ihres Asylverfahrens haben Geflüchtete nur einen eingeschränkten Anspruch auf die Gewährung von Gesundheitsleistungen. Nach § 4 und § 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) werden nur Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen, Schmerzzuständen oder medizinisch gebotener Vorsorgeuntersuchungen übernommen; der bürokratische Aufwand ist erheblich (Behandlungsscheine). Weitere Leistungen können nur im Einzelfall gewährt werden, wenn diese zur "Sicherung der Gesundheit" unerlässlich sind. Ende Februar 2024 wurde die maximale Dauer dieser Einschränkung von 18 auf 36 Monate verlängert. Es wird erwartet, dass diese Änderung zur erheblichen Verlängerung der derzeit bereits hohen Wartezeiten im Gesundheitsbereich führt. Es besteht die Gefahr, dass die Verschleppung notwendiger Behandlungen zur vermeidbaren Verschlimmerung von Krankheitsverläufen und Chronifizierung von Krankheiten führt. Dies hat nicht nur negative Konsequenzen für die Gesundheit der betroffenen Menschen. Auch der Staat und die Gesellschaft haben Nachteile, denn eine spätere Behandlung erfordert oft einen teureren und intensiveren Behandlungsansatz. Von den negativen Auswirkungen sind besonders Geflüchtete mit niedriger Bildung und geringen Deutschkenntnissen betroffen.

Mit der bisherigen Vorgehensweise ist der administrative Aufwand für Ämter und Behörden

enorm. Auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind die Umsetzungen der komplizierten Leistungsabrechnung sowie die einschränkenden Bestimmungen zeitaufwendig und mit hohen bürokratischen Hürden verbunden. Für Geflüchtete selbst birgt der komplizierte Zugang erhebliche Schwierigkeiten bei der Erlangung medizinischer Leistungen.

Eine elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete mit definierten Leistungs- und Abrechnungskriterien vereinfacht und verbessert die Behandlung Geflüchteter. Sie erleichtert den Zugang zur Gesundheitsversorgung während der Wartezeit, wird bislang aber nur in sechs Bundesländern flächendeckend eingesetzt, in drei weiteren wird sie in einzelnen Kreisen/Kommunen eingesetzt. Die bundesweite Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte wurde bereits von früheren Ärztetagen gefordert (126. Deutscher Ärztetag 2022, Beschluss Ic - 109) ist nun aber umso dringlicher, damit die negativen Konsequenzen der jetzt beschlossenen Ausweitung der Einschränkung des AsylbLG für die Gesundheit geflüchteter Menschen abgemildert werden könnten.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Schutz der Kinder und ihrer Rechte im Krieg

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Michael Hubmann, Dr. Markus Sandrock, Dr. Christina Wulf, Dr. Chara Gravou-Apostolatou, Dr. Susanne Bublitz, Christian Wantzen, Dr. Tilman Kaethner, Georg Gärtner, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Gerald Quitterer, Dr. Margit Kollmer, Dr. Torben Ostendorf, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Birgit Timmermann, Antje Meinecke, Dr. Georg Deichhardt, Dr. Oliver Funken, Dr. Reinhard Hochstetter und Bernd Balloff (Drucksache Ic - 99) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 verurteilt auf das Schärfste jegliche Form von Gewalt gegen Kinder in Kriegs- und Krisengebieten, einschließlich der Rekrutierung als Kindersoldaten und der Indoktrinierung zu Gewalt, den Missbrauch als menschliche Schutzschilder, sexuelle Gewalt, Verschleppung und Entführung, Zwangsarbeit und jede andere Form von Missbrauch und Ausbeutung.

Der 128. Deutsche Ärztetag unterstreicht nachdrücklich das unveräußerliche Recht aller Kinder auf Leben, Gesundheit und Fürsorge und fordert den uneingeschränkten Zugang zu Nahrung und medizinischer Versorgung für alle Kinder in Kriegsgebieten. Ärztinnen und Ärzte müssen in die Lage versetzt werden, überall notwendige medizinische Hilfe zu leisten, ohne Gefahr für Leib und Leben. Der 128. Deutsche Ärztetag verurteilt den Missbrauch von Schulen, Krankenhäusern und anderen Schutzräumen für militärische Zwecke, wie auch die Behinderung und die unrechtmäßige Aneignung von Hilfslieferungen, die für notleidende Bevölkerungen bestimmt sind.

Der 128. Deutsche Ärztetag appelliert an alle Regierungen und Parteien bewaffneter Konflikte, sich für dauerhaften Frieden und Sicherheit einzusetzen und Maßnahmen zu ergreifen, die das Leid von Kindern in Kriegsgebieten beenden. Er ruft zu verstärkter internationaler Zusammenarbeit auf, um den Schutz und die Versorgung von Kindern in Kriegsgebieten zu gewährleisten. Er betont die Notwendigkeit, von Krieg und Flucht traumatisierten Kindern umfassende Betreuung zukommen zu lassen, um langfristige psychische Schäden zu verhindern oder zu mildern. Er ruft dazu auf, diejenigen Organisationen, die sich für die Rechte und das Wohlergehen von Kindern einsetzen, in ihrer humanitären Arbeit zu stärken.

In Anbetracht der schrecklichen Auswirkungen von Kriegen, terroristischen Angriffen und bewaffneten Konflikten auf Kinder weltweit ruft der 128. Deutsche Ärztetag dazu auf, die



unveräußerlichen Rechte aller Kinder auf Leben, Gesundheit und Wohlergehen zu schützen.

Der 128. Deutsche Ärztetag ist erschüttert angesichts der Verherrlichung von Gewalt und Hetze auch in Deutschland, die das friedliche Miteinander von Menschen unterschiedlicher Religion und Herkunft in unserem Land stören und verwahrt sich gegen Angriffe auf unsere freiheitliche demokratische Grundordnung.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Kinderrechte im Grundgesetz verankern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sibylle Freifrau von Bibra, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Florian Gerheuser und Dr. Heidemarie Lux (Drucksache Ic - 133) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung erneut auf, die Kinderrechte im Grundgesetz zu verankern.

Begründung:

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Sie sind eigene Persönlichkeiten und brauchen besondere Rechte und besonderen Schutz. Sie brauchen dazu die Eltern, Betreuer, Lehrer, usw.

Auch wenn sie noch nicht für sich verantwortlich sein können, haben sie ihre Würde. Und dieser Würde ist geschuldet, dass sie alles das bekommen, was sie für ihre gesunde Entwicklung brauchen. Das ist die einzige Chance, dass sie sich zu gesunden Erwachsenen im körperlichen und psychischen Sinn entwickeln können. Was eine ungesunde Entwicklung bringen kann, sieht man z. B. jetzt mit der zunehmenden Gewalt unter Jugendlichen, Erwachsenen, usw.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Minderjährige

- Ic - 48 Behandlung einer Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen
- Ic - 128 Änderung der Geschlechtsidentität bei Minderjährigen

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Behandlung einer Geschlechtsdysphorie bei Minderjährigen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Evelin Pinnow, Dr. Wilfried Schimanke, Manja Dannenberg, Christian Klein und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 48) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung auf, Pubertätsblocker, geschlechtsumwandelnde Hormontherapien oder ebensolche Operationen bei unter 18-Jährigen mit Geschlechtsinkongruenz (GI) bzw. Geschlechtsdysphorie (GD) nur im Rahmen kontrollierter wissenschaftlicher Studien und unter Hinzuziehen eines multidisziplinären Teams sowie einer klinischen Ethikkommission und nach abgeschlossener medizinischer und insbesondere psychiatrischer Diagnostik und Behandlung eventueller psychischer Störungen zu gestatten.

Dabei müssen die Therapieergebnisse jeglicher Interventionen dieser Art soziologisch, medizinisch, kinder- und jugendpsychiatrisch, sozial und psychologisch über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren nachverfolgt werden und die Evaluationsergebnisse in die Überarbeitung der "Leitlinie Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung" einfließen.

Begründung:

Die aktuelle medizinische Evidenzlage besagt klar und eindeutig, pubertätsblockierende Medikamente (PB), gegengeschlechtliche Hormonbehandlungen (sog. Cross-Sex-Hormon-Gabe [CSH]) und auch geschlechtsverändernde Operationen (z. B. eine Mastektomie) verbessern bei Minderjährigen mit GI/GD nicht die GI-/GD-Symptomatik und auch nicht die psychische Gesundheit. Es handelt sich um irreversible Eingriffe in den menschlichen Körper bei physiologisch primär gesunden Minderjährigen, die hierfür bei fehlender Evidenz für derartige Maßnahmen kein informiertes Einverständnis geben können. Solche Eingriffe beeinflussen auch die menschliche Psyche, gerade bei Minderjährigen in der Entwicklung. Die meisten Minderjährigen, die eine PB- und CSH-Gabe erhalten, wünschen später eine Geschlechtsoperation.

Der Einsatz von Interventionen wie die PB- oder CSH-Gabe sind eine Form experimenteller

Medizin an Kindern, der sich mit hoher Wahrscheinlichkeit Eingriffe in den kindlichen Körper anschließen, wie die Amputation von Brust oder Penis, und die den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit und die Verminderung der sexuellen Erlebensfähigkeit bis hin zur Anorgasmie zur Folge haben. Ein Kind oder ein Jugendlicher ist nicht in der Lage, noch vor dem Ende der Pubertät und des körperlichen Reifungsprozesses und bevor die alterstypischen Altersrollenkonflikte oder Körperbildstörungen der Pubertät überwunden sind, selbst - ohne ärztliche Beratung und elterliche Einwilligung - über die Einnahme von PB oder CSH zu entscheiden, insbesondere in Abwesenheit medizinischer Evidenz für deren jeweiligen klaren und nachhaltigen Nutzen in ebendieser Population. Eine Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit findet sich am häufigsten im Alter von ca. elf Jahren, die Häufigkeit dieser Symptomatik nimmt dann im weiteren Verlauf mit dem Alter ab. Die eindeutige Mehrheit der Minderjährigen zeigt im Verlauf keine fortbestehende Gender- bzw. Geschlechtsunzufriedenheit.

Die Gabe von PB, CSH und die Durchführung geschlechtsverändernder Operationen darf nicht nur vom Willen eines sich in der Entwicklung befindenden Kindes bzw. Jugendlichen abhängig gemacht werden. Bei der bestehenden Evidenzlage zur Behandlung der GI/GD muss die Sorge um das Kindeswohl überwiegen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Änderung der Geschlechtsidentität bei Minderjährigen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Evelin Pinnow, Dr. Wilfried Schimanke, Manja Dannenberg, Christian Klein und Dr. Jens Placke (Drucksache Ic - 128) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Bundestag zu einer Änderung des Selbstbestimmungsgesetzes dahingehend auf, dass es unter Achtzehnjährigen nicht gestattet werden darf, ohne vorherige fachärztliche kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Beratung Angaben zu ihrem Geschlecht und Personenstand im Personenregister vorzunehmen oder vornehmen zu lassen.

Begründung:

Am 12.04.2024 hat der Bundestag das Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (sog. Selbstbestimmungsgesetz) beschlossen. Es sieht die Aufhebung des seit 1981 geltenden Transsexuellengesetzes (TSG) vor. Die Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen wird - entgegen der anderslautenden Empfehlung der Bundesärztekammer - für "transgeschlechtliche" sowie "nichtbinäre" und intergeschlechtliche Personen in einem gemeinsamen Verwaltungsverfahren geregelt, also nicht mehr wie bisher in zwei verschiedenen Gesetzen mit je unterschiedlichen Voraussetzungen. Beschlossen wurde, dass künftig jede Person mit Vollendung des 14. Lebensjahres gegenüber dem Standesamt rechtskräftig erwirken können soll, dass die Angabe zu ihrem Geschlecht und Personenstand im Personenregister durch eine andere Bezeichnung ersetzt oder gestrichen wird - voraussetzungslos, d. h. ohne jede Prüfung der Ernsthaftigkeit, Wahrhaftigkeit und Beständigkeit des Wunsches und ohne eine obligate psychiatrisch-psychotherapeutische Beratung. Für eine Person, die geschäftsunfähig ist oder das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sollen ihre gesetzlichen Vertreter die Erklärung abgeben. In dem Fall, dass Letztere dies verweigern, soll die Abgabe der Erklärung, sofern die Änderung der Angabe zum Geschlecht und der Vornamen dem Kindeswohl nicht widerspricht, ersatzweise durch das Familiengericht erfolgen.

Aus medizinischer, sexualwissenschaftlicher wie auch aus biologischer Perspektive ist das Geschlecht eines Menschen eine am Körper feststellbare und in den allermeisten Fällen

eindeutig zu bestimmende, keineswegs frei verfügbare, sondern unveränderbare Realität. Das Geschlecht ist biologisch binär, der Begriff ist zu trennen von dem der Geschlechtsidentität. In seltenen Fällen weicht die subjektiv empfundene Geschlechtsidentität einer Person von ihrem objektiv gegebenen körperlichen Geschlecht ab. Das Selbstbestimmungsgesetz versucht eine Lösung für die damit verbundene innere Konflikthaftigkeit (Geschlechtsinkongruenz) und ein primärverfahrensrechtliches Problem zu finden, indem er die personenstandsrechtliche Kategorie Geschlecht - logisch unschlüssig - mit dem psychologischen Konstrukt "Geschlechtsidentität" gleichsetzt. Daran ist zu kritisieren:

- die fehlende Differenzierung zwischen subjektivem Zugehörigkeitsgefühl inklusive der daraus abgeleiteten Selbstkategorisierung einer Person und ihrem faktisch gegebenen körperlich-biologischen Geschlecht,
- die Gleichsetzung von geschlechtsbezogenem Identitätsempfinden und personenstandsrechtlicher Zuordnung im amtlichen Geburtsregister,
- die unzureichend vorgenommene Abgrenzung von Intersexualität/DSD ("Varianten der Geschlechtsentwicklung") zu Transsexualität.

Das Personenstandsrecht ist aus ärztlich-/psychotherapeutischer und sexualwissenschaftlicher Sicht nicht das richtige Instrument, um die Selbstbestimmung der von Geschlechtsinkongruenz betroffenen Menschen zu gewährleisten, deren egalitäre Behandlung zu befördern und sie vor Diskriminierung im Alltag zu schützen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Notfallversorgung

- Ic - 01 Indikationskatalog für den Notarzteinsatz schafft einen bundeseinheitlichen Rahmen für Patientenversorgung und Forschung
- Ic - 15 Transparenz der Kosten im Not- und Rettungsdienst
- Ic - 33 Befreiung des Bereitschaftsdiensts von der Sozialversicherungspflicht
- Ic - 137 Flächendeckende Notfallverfügung

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Indikationskatalog für den Notarzteinsatz schafft einen bundeseinheitlichen Rahmen für Patientenversorgung und Forschung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Verantwortlichen auf Landes- und Bundesebene auf, die Empfehlungen der Bundesärztekammer für einen "Indikationskatalog für den Notarzteinsatz - Handreichung für Disponenten in Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen" (NAIK) zügig anzuwenden. Der seit Dezember 2023 vorliegende Notarztindikationskatalog soll Disponenten in integrierten Regionalleitstellen, Rettungsleitstellen und Notdienstzentralen als Handlungsgrundlage für einen bedarfsgerechten Einsatz von Notärztinnen und Notärzten in Deutschland dienen. Der NAIK 2023 bildet bei Verwendung von strukturierten Notrufabfrageschemata die Grundlage für die Notarztalarmierung. Ziel ist die Reduzierung von Fehlalarmierungen und der bedarfsgerechte Einsatz der Notärztinnen und Notärzte im Interesse einer weiterhin qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten Notfallversorgung in Deutschland. Zudem ist der NAIK, der die Notarzt-disposition bundesweit weitgehend vereinheitlicht und zur Klarstellung ärztlicher Kompetenzen in der präklinischen Versorgung beiträgt, für wissenschaftliche Untersuchungen (u. a. telemedizinische Zuschaltung, Übertragung einzelner ärztlicher Maßnahmen an Notfallsanitäter) von Bedeutung.

Begründung:

Angesichts komplexer rechtlicher Regelungen durch Landes-, Bundes- und Europarecht, der entsprechenden föderalen Organisationsstrukturen sowie daraus resultierender regionaler Unterschiede verfolgt der seit Jahrzehnten von der Bundesärztekammer erstellte NAIK das Ziel, unter Bezug auf den Patientenzustand und notfallbezogene Klarheit bzgl. der Notwendigkeit einer notärztlichen Versorgung zu schaffen. Unabhängig von der aktuellen politischen Diskussion um eine Reform der Notfallversorgung und von der Entwicklung der Kompetenzen nichtärztlicher Fachberufe in der Notfallmedizin stellt der NAIK 2023 (<https://www.bundesaerztekammer.de/naik2023>) einen wesentlichen Eckpfeiler der Notfallversorgung dar. Er konkretisiert auf der Basis des aktuellen Standes der medizinisch-



wissenschaftlichen Erkenntnisse, welche Aufgaben von Notärztinnen und Notärzten wahrgenommen werden müssen, um weiterhin eine sichere und hochwertige notfallmedizinische Patientenversorgung zu gewährleisten.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Transparenz der Kosten im Not- und Rettungsdienst

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Torben Ostendorf, Dr. Oliver Funken, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Michael Andor, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Susanne Bublitz, Jens Wagenknecht, Dr. Stefan Semmler, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Günter Meyer und Michael Niesen (Drucksache Ic - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, die Länder zu verpflichten, quartalsweise die Entwicklung der Kosten des Notdienstes, des Rettungsdienstes, der Krankenhausambulanzen und des KV-Bereitschaftsdienstes zu erfassen und zu veröffentlichen. Eine Auflistung der jeweiligen Kosten, die auch die Kostenstruktur der einzelnen Notfallpraxen nachvollziehbar macht, ist in einem halbjährlichen Benchmark-Bericht für die einzelnen Versorgungsregionen zu veröffentlichen.

Begründung:

Die Inanspruchnahme im Rettungsdienst und außerhalb der Regelversorgung in Krankenhäusern und Notfallpraxen ist seit Jahren steigend. Die hierfür notwendigen finanziellen Ressourcen werden aber durch die demographiebedingte Kostensteigerung nicht mehr ausreichen. Zudem findet eine Umverteilung der Finanzmittel aus der Regelversorgung in den Notdienst statt. Hierdurch kommt es zu einer Schieflage im System mit falschen Leistungsanreizen.

Die Einführung einer Benchmark mit halbjährlichen Berichterstattungen ermöglicht eine Analyse und auf deren Grundlage eine Gegensteuerung bei Fehlentwicklungen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Befreiung des Bereitschaftsdiensts von der Sozialversicherungspflicht

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Torben Ostendorf, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Norbert Smetak, Dr. Ulf Zitterbart, Ute Taube, Dr. Oliver Funken, Michael Andor, Dr. Susanna Colopi-Glage, Daniela-Ursula Ibach, Dr. Susanne Bublitz, Dr. Gerald Qwitterer und Dr. Michael Hubmann (Drucksache Ic - 33) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, umgehend gleichrangig und analog zu Notärztinnen und Notärzten im Rettungsdienst im § 23c Absatz 2 SGB IV die Tätigkeit im allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst auch als beitragsfreie Tätigkeit aufzunehmen.

Begründung:

Der allgemeine ärztliche Bereitschaftsdienst ist analog und identisch zum notärztlichen Rettungsdienst essenzieller Bestandteil der Daseinsfürsorge und direkte Erfüllung einer hoheitlichen Aufgabe. Analog der damaligen Gesetzesbegründung bei der Ergänzung des Absatz 2 § 23c SGB IV ist es nun erforderlich, zur aktuellen und zukünftigen Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung die Ärztinnen und Ärzte, die am organisierten allgemeinen Bereitschaftsdienst teilnehmen, mit im § 23c Abs. 2 SGB IV aufzunehmen.

Das am 24.10.2023 ergangene Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) (B 12 R 9/21 R) zum zahnärztlichen Bereitschaftsdienst lässt Fragen zum ambulanten Bereitschaftsdienst unbeantwortet, so dass hier dringender Klärungsbedarf besteht, wenn die flächendeckende Notfallversorgung weiterhin erhalten bleiben soll.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Flächendeckende Notfallverordnung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Matthias Albrecht, Friederike Bennett, Dr. Susanne von der Heydt, Dr. Innokentij Jurastow, Dr. Irmgard Landgraf, Matthias Marschner, Jana Reichardt, Dr. Laura Schaad und Dr. Thomas Werner (Drucksache Ic - 137) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Politik auf, sich für eine möglichst flächendeckende Verbreitung einer Notfallverordnung - z. B. nach dem Vorbild des Düsseldorfer Notfallausweises oder der Berliner Notfallverordnung - einzusetzen.

Ziel ist das Verhindern nicht (mehr) gewünschter Therapiemaßnahmen vor allem in der letzten Lebensphase sowohl im Sinne unserer Patientinnen und Patienten, aber auch zur Vermeidung von Fehlallokationen ambulanter und stationärer Strukturen des Gesundheitswesens.



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Organspende, Transplantation

Ic - 27 Organentnahme: Widerspruchslösung statt Entscheidungslösung

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Organentnahme: Widerspruchslösung statt Entscheidungslösung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, Dr. Petra Bubel, Thomas Dörrer, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch und Henrik Straub (Drucksache Ic - 27) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, mit einer Änderung des § 2 Abs. 2 Transplantationsgesetz (TPG) die Widerspruchslösung einzuführen.

Begründung:

Im vergangenen Jahr haben 965 Menschen in Deutschland nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe gespendet. Dem gegenüber stehen 8.500 Menschen, die auf ein oder mehrere neue Organe warten. Allein diese Zahlen zeigen die enorme Diskrepanz und die Dringlichkeit, die Parameter für den künftigen Umgang mit lebensrettenden Organ- und Gewebespenden neu zu verhandeln.

Eine Organentnahme ohne ausdrückliche Zustimmung der betreffenden Person zu Lebzeiten ist derzeit nicht zulässig. Das wiederum schließt Menschen, die der Organspende grundsätzlich positiv gegenüberstehen, von der Organspende aus, weil sie dieser nicht aktiv zugestimmt haben. Die Widerspruchslösung würde diese Fälle minimieren und ermöglicht mehr Menschen, nach ihrem Tod Organe zu spenden und so Leben zu retten.

Fakt ist: In etlichen europäischen Ländern gilt die Widerspruchslösung - die Zahl der Organspenden ist in diesen Ländern ungleich höher als in Deutschland.

Die Widerspruchslösung verlangt zudem eine aktive und intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende. Dies schafft entsprechend mehr Sensibilität des Einzelnen und für Ärztinnen und Ärzte in Entnahmekliniken deutlich mehr Handlungssicherheit bei gleichzeitig weniger Bürokratie und höherer Effizienz. Auch entlastet es die Angehörigen in einer bereits belastenden Situation.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

ÖGD / Arbeits- und Betriebsmedizin

- Ic - 04 Sektorenverbindende Versorgung mit der Arbeitsmedizin - Eine Chance für die
Gesundheit der Menschen in der Lebenswelt "Arbeit"
- Ic - 104 Leitung von Gesundheitsämtern nur von Fachärztinnen und Fachärzten, insbesondere
für Öffentliches Gesundheitswesen (ÖGD)

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Sektorenverbindende Versorgung mit der Arbeitsmedizin - Eine Chance für die Gesundheit der Menschen in der Lebenswelt "Arbeit"

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 04) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert, dass die medizinische Versorgung in Deutschland an den individuellen Präventions- und Versorgungspfaden sektorenverbindend ausgerichtet werden muss. Die Zusammenarbeit der in den Versorgungssektoren der ambulanten und stationären Medizin sowie der Arbeitswelt, Rehabilitation und im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) tätigen Ärztinnen und Ärzte muss ausgebaut und die sektoralen Grenzen müssen überwunden werden. Das Wissen über gesundheitsrelevante Faktoren aus allen Lebensbereichen in der Arbeitswelt muss daher in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation immer mitgedacht und berücksichtigt werden. Eine umfassende arbeitsmedizinische Versorgung ist ein unverzichtbarer Beitrag zur Versorgung der Menschen über die Arbeitswelt hinaus. Vorhaben zur sektorenverbindenden Versorgung unter Einbeziehung der Arbeitsmedizin sollten gefördert werden.

Begründung:

Die Präventions- und Versorgungspfade müssen sich an den individuellen Lebensbedingungen und Lebenswelten des Einzelnen orientieren. Für berufstätige Personen ist hierbei sowohl für die Prävention als auch für die Therapie und Rehabilitation unter Berücksichtigung der Lebenswelt "Arbeit" eine sektorenverbindende Versorgung von besonderer Bedeutung.

In Deutschland sind täglich 46 Millionen Erwerbstätige mit beruflichen Belastungen und Beanspruchungen konfrontiert, die bei der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen sind. Der Versorgungssektor Arbeitswelt stellt damit das größte Präventionssetting in unserer Gesellschaft dar. Mit dem Präventionsgesetz (PrävG) und dessen Umsetzung seit 2015 sowie insbesondere in der COVID-19-Pandemie wurde die Bedeutung von medizinischen Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz offensichtlich. Denn die Arbeitswelt ist aufgrund der Belastungen und Beanspruchungen, die auf den Erwerbstätigen lasten,

nicht nur der größte gesellschaftliche Präventionskontext, vielmehr ist durch die Gestaltung der konkreten Arbeitsbedingungen vor Ort für jeden Erwerbstätigen ein wesentlicher Wirkmechanismus für gesundheitsförderliche Maßnahmen gegeben.

Beim Präventionsgesetz handelt es sich um ein Artikelgesetz, dessen Potenzial für eine sektorenverbindende Versorgung der Gesellschaft in der Ärzteschaft noch nicht in seiner ganzen Bedeutung wahrgenommen und umgesetzt wird. Eine Vermittlung entsprechender Kenntnisse hierzu, auch unter Einbeziehung der Inhalte weiterer relevanter Gesetze, Verordnungen und Vorschriften (SGB II, SGB V, SGB VII, SGB IX, SGB XI, ArbSchG, ASiG, Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge, Arbeitsmedizinische Regel 3.3 [Ganzheitliche Vorsorge]), muss daher verstärkt in die Fort- und Weiterbildung eingebunden werden, um eine sektorenverbindende Versorgung der Gesellschaft sicherzustellen.

Es muss bedacht werden, dass wir in einer alternden Gesellschaft, bei gleichzeitiger Zunahme von chronischen Krankheiten wie etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, muskulo-skelettalen Beschwerden, aber auch psychischen Erkrankungen leben. Die Möglichkeiten der Arbeitswelt müssen genutzt werden, frühzeitig entstehende und bestehende Erkrankungen zu entdecken, damit unser leistungsfähiges ambulantes und stationäres Gesundheitssystem ein Fortschreiten der Erkrankung möglichst verhindern und kompetente Therapien rasch einleiten kann. Bei einem solchen sektorenverbindenden Ansatz kann durch eine frühzeitige Intervention auch bei jüngeren Erwerbstätigen ein wesentlicher Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung der Krankheitslast in der Bevölkerung erzielt werden.

Auch die betriebliche Wiedereingliederung nach Arbeitsunfähigkeit ist von hoher Relevanz, da diese die gesellschaftliche Teilhabe durch Arbeit ermöglicht. Hierbei kommt der Arbeitsmedizin im Rahmen der sektorenverbindenden Versorgung eine wichtige Lotsenfunktion zu. Der Gesetzgeber hat zu Recht ein betriebliches Eingliederungsmanagement vorgesehen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Leitung von Gesundheitsämtern nur von Fachärztinnen und Fachärzten, insbesondere für Öffentliches Gesundheitswesen (ÖGD)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jana Gärtner und Petra Albrecht (Drucksache Ic - 104) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Gesundheitsämter sollten grundsätzlich von Fachärztinnen und Fachärzten, insbesondere für Öffentliches Gesundheitswesen, geleitet und die ärztliche Vergütung an die ambulante und stationäre Versorgung angepasst werden.

Begründung:

Das umfangreiche und vielfältige Tätigkeitsgebiet des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), von der Sicherstellung des Infektionsschutzes und der öffentlichen Hygiene, die Kinder- und Jugendgesundheit, über die Zahngesundheit bis hin zur Gesundheitsförderung und Prävention, erfordert gerade von der Leitungsfunktion entsprechende medizinische Expertise. Grundlage dafür ist die fünfjährige Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen.

Bestrebungen wie aktuell in Sachsen, diese Vorgabe aufzuweichen und Nichtärzte mit dieser Funktion zu betrauen, ist eine Absage zu erteilen.

Um mehr Ärztinnen und Ärzte für die Leitungsfunktion zu gewinnen, sind die Arbeitsbedingungen im ÖGD zu verbessern und die Gehälter entsprechend anzupassen, um die herrschenden Wettbewerbsnachteile im Vergleich zu den Krankenhäusern, Praxen oder medizinischen Diensten auszugleichen.



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Pandemie und Katastrophenschutz

Ic - 47 Katastrophenschutz in der Krankenhausreform festlegen

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Katastrophenschutz in der Krankenhausreform festlegen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Susanne Johna, Prof. Dr. Henrik Herrmann, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Sylvia Ottmüller, Dr. Lydia Berendes, Dr. Frank J. Reuther und Anne Kandler (Drucksache Ic - 47) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung und die Bundesländer auf, die notwendigen Ressourcen und Kapazitäten für einen wirkungsvollen Katastrophenschutz festzulegen. Dies muss jetzt im Rahmen der Umsetzung der Krankenhausreform durch die Länder erfolgen. Dazu ist die Vorhaltung zusätzlicher struktureller Vorkehrungen einzuplanen und zu finanzieren. Die Festlegungen struktureller und personeller Ressourcen muss bereits vor Eintritt einer Gefahren- und Schadenslage getroffen werden.

Begründung:

Das Gesundheitssystem spielt im Bevölkerungsschutz und in der Vorsorge auf außergewöhnliche Ereignisse eine entscheidende Rolle. Die Lehren aus der Corona-Pandemie haben gezeigt, dass die Bewältigung von Gefahren- und Schadenslagen nur möglich ist mit einer guten Vorbereitung, die sowohl die Ressourcen, die Strukturen als auch die Abläufe betrifft.

In einem hoffentlich nie eintretenden Bündnis- oder Verteidigungsfall käme den Krankenhäusern eine noch weitaus bedeutendere Rolle im Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz zu. Dann müsste ggf. nicht nur eine große Zahl verletzter oder erkrankter Zivilpersonen, sondern auch Soldaten durch die zivilen Kliniken versorgt werden. Darauf verweisen auch die Handlungsempfehlungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Prävention / Gesundheitsförderung / Gesundheitskompetenz

- Ic - 42 Einführung eines Schulfachs "Gesundheit" an deutschen Schulen
- Ic - 52 Einführung einer eigenen Ziffer im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für
Präventionsgespräche in der Patientenberatung
- Ic - 53 Einführung einer eigenen Ziffer in der Gebührenordnung für Ärzte für
Präventionsgespräche in der Patientenberatung

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Einführung eines Schulfachs "Gesundheit" an deutschen Schulen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Margit Kollmer, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Gerald Qwitterer (Drucksache Ic - 42) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesländer auf, an deutschen Schulen das Fach "Gesundheit" ab der ersten Jahrgangsstufe bis zum Schulabschluss einzuführen. Das Fach sollte Themen aus den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention umfassen, die altersgerecht und den Entwicklungsschritten angepasst unterrichtet werden. Hierfür müssen die erforderlichen Zeitfenster bereitgestellt und die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Für die Umsetzung sollte die Sachkompetenz von Ärztinnen und Ärzten hinzugezogen werden.

Begründung:

Viele der gesundheitlichen Probleme, die in den Kliniken und ärztlichen Praxen diagnostiziert werden, sind gesellschaftlich bedingt und könnten durch eine frühzeitige Förderung gesundheitlicher Kompetenzen im Kindes- und Jugendalter verhindert oder zumindest abgemildert werden.

Die Etablierung eines Unterrichtsfachs "Gesundheit" könnte dazu beitragen, Kinder und Jugendliche für die Themen "Gesundheitsförderung" und "Prävention" zu sensibilisieren. Dazu gehört u. a. die Vermittlung altersgerechten Wissens über Erste Hilfe, die Möglichkeiten zur Suchtvermeidung, die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, sowie die Bedeutung einer ausgewogenen und gesunden Ernährung und ausreichender Bewegung. Aufklärung über Funktionen und angemessene Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen könnte darüber hinaus zu einer Entlastung des medizinischen Personals führen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Einführung einer eigenen Ziffer im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Präventionsgespräche in der Patientenberatung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Margit Kollmer, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Matthias Marschner, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Marlene Lessel, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Yvonne Jäger und Dr. Sibylle Freifrau von Bibra (Drucksache Ic - 52) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Zuständigen der gemeinsamen Selbstverwaltung dazu auf, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine eigene Gebührenziffer für Präventionsgespräche in der Patientenberatung zu schaffen.

Begründung:

Viele chronische Erkrankungen - gerade etwa die sogenannten Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen - können durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil vermieden oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden.

Ähnliches gilt für zahlreiche klimawandelbedingte und hitzeassoziierte Erkrankungen.

Im Rahmen von Präventionsgesprächen können Ärztinnen und Ärzte die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten steigern und verdeutlichen, wie durch einfache Maßnahmen, etwa ausreichend Sport, eine gesunde Ernährung, das Vermeiden von Alkohol- oder Tabakkonsum und konsequenten Hitzeschutz die eigene Gesundheit langfristig erhalten oder verbessert werden kann. Als positiver Nebeneffekt könnten auch zahlreiche Krankheitsfolgekosten vermieden werden.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Einführung einer eigenen Ziffer in der Gebührenordnung für Ärzte für Präventionsgespräche in der Patientenberatung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Margit Kollmer, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Christine Schroth der Zweite, Matthias Marschner, Dr. Joachim Suder, Dr. Marlene Lessel, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Dr. Sibylle Freifrau von Bibra (Drucksache Ic - 53) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dazu auf, in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) eine eigene Gebührenziffer für Präventionsgespräche in der Patientenberatung zu schaffen. Selbiges gilt für die angestrebte Novellierung der GOÄ.

Begründung:

Viele chronische Erkrankungen - gerade etwa die sogenannten Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen - können durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil vermieden oder in ihrem Verlauf positiv beeinflusst werden. Ähnliches gilt für zahlreiche klimawandelbedingte und hitzeassoziierte Erkrankungen. Im Rahmen von Präventionsgesprächen können Ärztinnen und Ärzte die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten steigern und verdeutlichen, wie durch einfache Maßnahmen, etwa ausreichend Sport, eine gesunde Ernährung, das Vermeiden von Alkohol- oder Tabakkonsum und konsequenten Hitzeschutz, die eigene Gesundheit langfristig erhalten oder verbessert werden kann. Als positiver Nebeneffekt könnten auch zahlreiche Krankheitsfolgekosten vermieden werden.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Psychotherapie

- Ic - 79 Konsequente Stärkung der ärztlichen Psychotherapie
- Ic - 78 Erhalt der ärztlichen Psychotherapie
- Ic - 77 Ärztliche Überweisung ersetzt keine Konsiliarberichte für Behandlungen bei
nicht-ärztlichen Psychotherapeuten

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Konsequente Stärkung der ärztlichen Psychotherapie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Claudia Ritter-Rupp (Drucksache Ic - 79) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, sämtliche in seiner Macht stehenden Maßnahmen zu ergreifen, um die ärztliche Psychotherapie zu erhalten und zu stärken. Ärztliche Psychotherapie in ihrer Vielfalt und spezifischen Kompetenz darf nicht aus der Versorgung verschwinden. Neben mehr Medizinstudienplätzen sind eine deutlich stärkere inhaltliche Beachtung von Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie in der Lehre und verbesserte Weiterbildungsbedingungen sowie eine adäquate Vergütung der Sprechenden Medizin notwendig.

Trotz des erheblichen Versorgungsbedarfs ist die Psychotherapie aus ärztlicher Hand stark gefährdet und gerät zunehmend in eine nachgeordnete Position. Es besteht die Gefahr, dass aufgrund des Nachwuchsmangels die sogenannten P-Fachärztinnen (Fachärztinnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und andere ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sogar vollständig aus der ambulanten psychotherapeutischen/-psychiatrischen Versorgung verschwinden.

Begründung:

Vor allem im ambulanten Sektor stehen immer weniger Fachärztinnen zur Verfügung, die mit ihrer besonderen Kompetenz zur Einbeziehung somatischer Prozesse psychisch und psychiatrisch erkrankte Menschen psychotherapeutisch, psychosomatisch und ärztlich ganzheitlich behandeln.

Die moderne ärztliche Psychotherapie/Psychosomatik erfasst Krankheiten als Folge von sich wechselseitig beeinflussenden biologischen, psychologischen und sozialen Prozessen und beachtet in den psychosozialen Therapieansätzen immer auch somatische Prozesse - in dem Wissen, dass seelische Prozesse eine unabdingbare körperliche Fundierung

beinhalten. Der Altersdurchschnitt fachärztlicher Psychotherapeutinnen und Physiotherapeuten liegt derzeit bei über 60 Jahren und viele werden in Kürze aus der Versorgung ausscheiden, so dass ein dringender Bedarf an ärztlichen Nachwuchspsychotherapeuten entsteht. Jedoch gibt es diese nicht!

Die Weiterbildung zu P-Fachärzten muss auch im ambulanten Bereich dringend gefördert werden. Die hohen Kosten für die vorgeschriebene Selbsterfahrung und teilweise auch theoretische Curriculum-Bausteine müssen weiterhin selbst getragen werden, häufig in der Freizeit neben der Klinik- bzw. Weiterbildungspraxistätigkeit. Aufgrund der im Fachgruppenvergleich immer noch bestehenden geringeren Vergütung der Sprechenden Medizin/Psychotherapie, massiven Hürden in der Praxisbürokratie sowie einer gesundheitspolitischen Misstrauenskultur gegenüber der ambulanten Freiberuflichkeit fehlen den Nachwuchsärzten wesentliche Anreize für die Wahl dieses Fachgebietes bzw. Niederlassung in P-Fächern.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Erhalt der ärztlichen Psychotherapie

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Stefanie Oberfeld, Christa Bartels und Dr. Christiane Groß, M.A. (Drucksache Ic - 78) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Gesundheits- und Berufspolitik sowie die zuständigen Gremien in den Landesärztekammern auf, ihre Bemühungen um eine ausdrückliche Stärkung der ärztlichen Psychotherapie zu intensivieren. Die Abgeordneten unterstützen damit die Forderung einer bundesweiten Unterschriftenaktion von 500 Ärztinnen und Ärzten der sogenannten P-Fächer zur Förderung der Attraktivität ihres Berufes und für den Erhalt der Qualität in der differenzierten Behandlung psychisch kranker Menschen.

Begründung:

Vor dem Hintergrund eines allgemeinen Ärzte- und damit Fachärztemangels ist ein stummes und alarmierendes Verschwinden ärztlicher Psychotherapie zu beobachten. Dem gegenüber steht eine wachsende Zahl psychisch kranker Menschen mit oftmals komplexen psychischen Erkrankungen und Krankheitsverläufen. Ärztliche Psychotherapie beschäftigt sich sehr häufig mit schwerstkranken Patientinnen und Patienten und findet entsprechend häufig im stationären Rahmen statt. Sie ist eingebettet in eine Vielzahl institutioneller, aber auch situativer Settings wie in Notdiensten am Wochenende, Konsiliar- oder Nachtdiensten und anderen. Dieses Kompetenzspektrum überblickt keine andere Berufsgruppe. Aufgrund oft chronifizierender Verläufe und aufgrund oft vorliegender multipler auch somatischer Komorbiditäten, häufig verbunden mit einer notwendigen Polypharmazie, benötigen diese Erkrankten eine komplexe, integrative diagnostische und differenzialdiagnostische ärztliche Expertise. Ihre Behandlung erfordert eine hohe Flexibilität der ärztlichen Haltung, von der supportiv psychoedukativen Haltung bei z. B. an einer wahnhaften Depression oder an einer Demenz Erkrankten, bis zur verlaufs- und kompetenzangemessenen Verantwortungsübergabe in der Ergründung und Bearbeitung auslösender und aufrechterhaltender Faktoren. Die zweifache Ausbildung ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - als Medizinerinnen und Mediziner und als Psychotherapeutinnen

und Psychotherapeuten - ermöglicht ihnen im besten Sinne integrativ zu arbeiten. Sie sind in der Lage, wissenschaftlich fundiert die neurobiologischen Grundlagen der Störungsgenese einschließlich somatischer Krankheitsbilder sowie die erforderlichen pharmakologischen Interventionen einzuordnen und gleichzeitig psychotherapeutische Interventionen durchzuführen. Aufgrund dieser in den Facharzt integrierten Weiterbildung können sie wie keine andere Berufsgruppe die Grundlagen der Wechselwirkungen somatopsychischer wie auch psychosomatischer Art durchdringen und einordnen und auf dieser Basis eine umfassende Therapieplanung erstellen und sind als ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Lage, Indikationsstellungen und Fallführungen unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Wirk- und Einflussfaktoren sowie der aktuellen wissenschaftlichen und ökonomischen Standards vorzunehmen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Ärztliche Überweisung ersetzt keine Konsiliarberichte für Behandlungen bei nicht-ärztlichen Psychotherapeuten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Petra Bubel, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Ivo Grebe, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Regine Held, Dr. Norbert Smetak und Wieland Dietrich (Drucksache Ic - 77) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Ein Eckpunkte-Papier "Bürokratie-Abbau" des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) von Anfang 2024 enthält den Vorschlag, zukünftig den Konsiliarbericht bei ärztlicher Überweisung zur Psychotherapie bei nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu streichen. Der ärztliche Konsiliarbericht bei Psychotherapie durch Psychologinnen und Psychologen dient jedoch der Abklärung körperlicher Ursachen bei psychischen Störungen und damit der Patientensicherheit, denn eine psychische Symptomatik kann auch durch eine somatische Erkrankung ausgelöst werden. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 sieht diesen Vorschlag kritisch und setzt sich dafür ein, die bisherige Regelung beizubehalten. Er fordert - im Gegenteil - eine Aufwertung des Konsiliarberichts durch eine höhere und extrabudgetäre Vergütung.

Begründung:

Der ärztliche Konsiliarbericht soll darlegen, ob fachärztliche Mitbehandlung oder weitere Abklärung erforderlich ist. Das kann eine Überweisung nicht leisten; sie anstatt eines Konsiliarberichts heranzuziehen wirft haftungsrechtliche Fragen auf. Es könnte für alle Überweiser bedeuten: Um auf der rechtlich sicheren Seite zu sein, muss eine Ausschlussdiagnostik körperlicher Ursachen für die psychischen Symptome erfolgen. Das bedeutet Mehrleistung ohne Honorierung. Im Übrigen wurde die Pflicht zum Konsiliarbericht im Rahmen des neuen Psychotherapeutengesetzes ausführlich in der Fachöffentlichkeit diskutiert und mit zahlreichen Beschlüssen der Ärzteschaft inhaltlich begründet. Insofern ist es bemerkenswert, dass dieser Aspekt nun unter dem Gesichtspunkt des Bürokratieabbaus geführt wird.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Qualitätssicherung / Patientensicherheit

Ic - 03 Paradigmenwechsel in der Qualitätssicherung

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Paradigmenwechsel in der Qualitätssicherung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 03) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert einen Paradigmenwechsel in der gesetzlichen Qualitätssicherung (QS). Der überbordende QS-Kontroll- und Sanktionsapparat, der vor allem zusätzliche ärztliche Arbeitszeit kostet, anstatt Versorgungsqualität zu fördern, muss dringend gestoppt werden. Stattdessen muss sich Qualitätssicherung am Nutzen für die Versorgung orientieren und von Ärztinnen und Ärzten als konkrete Hilfestellung für die ärztliche Tätigkeit am Patienten erlebt werden. Ärztlicher Sachverstand, aktiver, dialogorientierter Einbezug der Expertise vor Ort, an regionalen Gegebenheiten angepasstes Vorgehen und Entbürokratisierung sind dabei essenziell. Aktiv gefördert werden sollte das interne Qualitätsmanagement beispielsweise in Form von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie Peer-Review-Verfahren.

Begründung:

Die gesetzliche Qualitätssicherung gehört dringend auf den Prüfstand. Praxisferner Zentralismus in Kombination mit einem institutionalisierten Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft führen zu immer weiter ausufernden Dokumentationslasten für Kliniken und Praxen, ohne dass dieser Datensammelwut erkennbare Fortschritte bei der Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten gegenüberstünden. Die siebente Stellungnahme der Regierungskommission zur Krankenhausreform bringt das Dilemma mit dem Titel "Mehr Qualität - weniger Bürokratie" treffend auf den Punkt. Auch Qualitätssicherung muss evidenzbasiert erfolgen.

Eine aktuelle Befragung der Ärztekammern zur Lage der Qualitätssicherung durch die Bundesärztekammer bestätigt diese Einschätzung. Demnach wird in den auf Basis der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zuständigen Landesarbeitsgemeinschaften die Qualitätssicherung zunehmend nur noch verwaltet. Ärztliche Expertise gerät dabei zur Randerscheinung, regionale Besonderheiten haben hinter starren bundeseinheitlichen Vorgaben zurückzustehen. Statt konstruktivem Dialog lähmen formalistische Stellungnahmeverfahren den praxisbezogenen Austausch. Längst

ausgereizte QS-Verfahren laufen zwanghaft weiter, Vollerhebungen wird der Vorzug gegenüber Stichproben gegeben, um auch den letzten mutmaßlichen "bad apple" fassen und sanktionieren zu können. Dies alles verbessert die Qualität der Versorgung nicht, sondern raubt der Patientenversorgung Zeit und zerstört die letzte Motivation von Ärztinnen und Ärzten, sich neben ihrer eigentlichen klinischen Tätigkeit auch noch für Qualitätssicherung einzusetzen. Dringend notwendig ist ein Paradigmenwechsel, wonach sich Qualitätssicherung wieder darauf fokussieren muss, zur Qualitätsverbesserung beizutragen und die Zusammenarbeit der Beteiligten vor Ort im Sinne eines vertrauensvollen Miteinanders zu fördern. Leitmaxime muss das Gebot der Datensparsamkeit und die Senkung der Dokumentationslast sein.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Rehabilitation

- Ic - 05 Implementierung einer mobilen indikationsübergreifenden Rehabilitation
- Ic - 11 Implementierung von frührehabitativer Versorgung an allen Krankenhäusern mit
Versorgung komplexer Fälle

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Implementierung einer mobilen indikationsübergreifenden Rehabilitation

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 05) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert zur Schließung von Versorgungslücken die Weiterentwicklung der mobilen Rehabilitation durch ein Konzept einer mobilen indikationsübergreifenden Rehabilitation auch für nicht geriatrische Patientinnen und Patienten.

Begründung:

Aufgrund von besseren Überlebenschancen bei schweren und schwersten Erkrankungen kommt es zu einer hohen Zahl von Menschen mit anhaltenden komplexen Schädigungen, erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen und Pflegebedürftigkeit – nicht nur im Alter. Für diese Patientengruppe besteht eine rehabilitative Versorgungslücke. Deswegen müssen Rehabilitationseinrichtungen und -dienste in ausreichendem Umfang bereitstehen, die konzeptionell auf diese besonderen Bedarfe zugeschnitten sind. Die Rehabilitation und Inklusion dieser Patientengruppe stellt sowohl zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) als auch gesundheits- und sozialpolitisch eine zunehmende Herausforderung dar.

Basierend auf den konzeptionellen Grundlagen der mobilen Rehabilitation, verabschiedet in den Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur mobilen Rehabilitation vom 01.06.2021, muss die Konzeption für eine indikationsübergreifende mobile Rehabilitation neben dem geriatrischen Schwerpunkt auch für nicht geriatrische Patientinnen und Patienten entwickelt und erprobt werden. Dies ist aus fachlicher und versorgungspolitischer Sicht geboten (vgl. DÄT-Drs. Ic - 01, 126. Deutscher Ärztetag 2022).

Zielsetzung ist die bedarfsdeckende Etablierung mobiler Rehabilitation als wirksamer Beitrag für ein inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. Sie ist notwendig, um alle Bürgerinnen und Bürger mit Rehabilitationsbedarf zu erreichen, Pflegebedürftigkeit zu vermindern, die Teilhabesicherung nachhaltig zu unterstützen und einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit auch als Beitrag zur langfristigen Kostensenkung im



Gesundheitswesen zu unterstützen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Implementierung von frührehabitativer Versorgung an allen Krankenhäusern mit Versorgung komplexer Fälle

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 11) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 setzt sich für eine Frührehabilitation in allen Krankenhäusern mit Versorgung komplexer Fälle ein. Hochleistungsmedizin benötigt Hochleistungsrehabilitation. Für komplexe Fälle sollte frühestmöglich noch im Akutkrankenhaus die nahtlose Rehabilitationskette beginnen.

Begründung:

Insbesondere in Krankenhäusern der Maximalversorgung können Patientinnen und Patienten heute Erkrankungen und Verletzungen überleben, die früher eine infauste Prognose gehabt hätten. Dies bringt bereits im Akutverlauf einen hohen Rehabilitationsbedarf mit sich, der nicht allein durch die Frühmobilisierung oder eine Anschlussverlegung in eine Fachklinik gedeckt werden kann.

Im Jahr 2001 wurde die Frührehabilitation als Teil der Krankenhausbehandlung im SGB V (§ 39 SGB V) verankert. Deutschland hat auch die WHO-Resolution "Strengthening rehabilitation in health systems" vom 01.01.2023 ratifiziert. In deren Kontext wurde bereits im Jahr 2017 gefordert: "Hospitals should include specialized rehabilitation units for inpatients with complex needs."

Die Vorteile von neurologischer, geriatrischer und fachübergreifender Frührehabilitation sind belegt. Mit dem Abbau von Krankenhausbetten ist die Notwendigkeit frührehabitativer Versorgung - schon in der Akutklinik - bei schwer betroffenen Fällen umso entscheidender, nicht zuletzt, um die Fähigkeit zu einer Anschlussrehabilitation zu erreichen und um den Anstieg der Anzahl der Menschen mit hohem Pflegebedarf entgegenzuwirken und Behinderung abzuwenden.



Diese Versorgungsstruktur soll daher in allen Krankenhäusern, die an der Versorgung komplexer Fälle beteiligt sind, angestrebt werden.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Sanitätsdienst der Bundeswehr

- Ic - 14 Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr durch Stärkung und
strukturelle Weiterentwicklung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr
- Ic - 59 Sanitätsdienst der Bundeswehr - Unabhängigkeit stärken, zivil-militärische
Zusammenarbeit ausbauen, Chief Medical Officer (CMO) einsetzen

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr durch Stärkung und strukturelle Weiterentwicklung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 14) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Die Gesundheitsversorgung der Bundeswehr hat erheblichen Einfluss auf die Einsatzbereitschaft, Moral und Wirksamkeit der Soldatinnen und Soldaten und ist hochgradig mit dem zivilen Gesundheitswesen in Deutschland vernetzt. Die deutsche Ärzteschaft hat die konstruktive Diskussion einer Vielzahl von Repräsentanten des deutschen Gesundheitswesens mit Bundesminister Pistorius um die zukünftige Struktur, Führung sowie fachliche, personelle und militärische Verantwortlichkeiten des Sanitätsdienstes der Bundeswehr positiv wahrgenommen.

Die angekündigte Ausbringung eines hochrangigen „Chief Medical Officer im Bundesministerium der Verteidigung (CMO)“, der dessen Leitung berät sowie militärischer und fachlicher Vorgesetzter des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist, wird ausdrücklich begrüßt. Die Präsenz des CMO in wichtigen Gremien wie dem Militärischen Führungsrat ist dabei hilfreich und zielführend.

Bei der nun erforderlichen Restrukturierung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr fordert der 128. Deutsche Ärztetag das Bundesministerium der Verteidigung auf:

1. auch weiterhin die durchgängige fachliche und organisatorische Führung aller Angehörigen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr durch Approbierte mit angemessener Dienstgradhöhe sicherzustellen,
2. in dem neu aufzustellenden Operativen Führungskommando den Sanitätsdienst mit einer Abteilung (JMED) zu repräsentieren, die in der Lage ist, alle medizinischen Einsätze und Aufträge fachkompetent und durchhaltefähig zu begleiten, um so die medizinische Versorgung in hoher Qualität und Verlässlichkeit sicherzustellen. Durch die komplexe Zusammenarbeit in Krise und Konflikt mit dem zivilen Gesundheitssystem, ist diese Abteilung durch einen verantwortlichen Approbationsträger im Rang eines Generalarztes/-ärztin, zu führen.
3. dem Sanitätsdienst in der Führung des neu aufzustellenden Unterstützungskommandos eine wirkungsvolle und durchsetzungsfähige Position

zuzuweisen. Sanitätsdienstliche Mittel und Kräfte müssen stets einheitlich und zusammengefasst für die Streitkräfte und zivil-militärische Aufgaben eingesetzt werden können.

4. Reservisten in allen Ebenen als wichtige Akteure und belastbare Verbindungen zum zivilen Gesundheitssystem einzuplanen und personelle Durchlässigkeit zwischen zivilen Gesundheitssystem und Zentralem Sanitätsdienst zu schaffen.

Begründung:

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr ist durch die Sicherstellung einer ausgezeichneten Gesundheitsversorgung der Bundeswehr nicht nur ein wesentlicher Faktor der Einsatzfähigkeit der Bundeswehr. Er hat darüber hinaus tiefgreifende Vernetzungen mit der zivilen Gesundheitsversorgung unseres Landes, ist wesentlicher Nukleus und Kompetenzträger für eine krisenfeste und in Katastrophen resiliente Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Seine Fach- und Führungskompetenz hat er in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten im In- und Ausland - nicht zuletzt in der Pandemie - eindrucksvoll unter Beweis gestellt.

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr genießt national hohes fachliches Ansehen sowie international höchste Reputation. Ausdruck findet das in der hervorragenden Zusammenarbeit mit den zivilen Körperschaften, Standesorganisationen und Fachgesellschaften auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene sowie in der Rolle als "Framework Nation Medical" im Bündnis.

Die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen im Sanitätsdienst sind neben der Zugehörigkeit zur Bundeswehr gleichsam Mitglieder der Landesärztekammern und unterliegen - wie alle Heilberufler - neben den Regularien des Soldatengesetzes und den Vorschriften der Bundeswehr auch berufs- und standesrechtlichen Pflichten. Exemplarisch sind dazu die Regelungen zur Weiter- und Fortbildung sowie die Pflicht zur sorgfältigen, patientenorientierten und ethischen Berufsausübung anzuführen. Die fachlich unabhängige Ausübung der Heilkunde ist auch für Ärztinnen und Ärzte der Bundeswehr obligat.

Die Führung von Ärztinnen und Ärzten durch entsprechend aus- und weitergebildete sowie erfahrene Angehörige des eigenen Berufsstandes hat sich im zivilen ebenso wie im militärischen Arbeitsfeld über Jahrzehnte bewährt und wird auch zukünftig für den Sanitätsdienst gefordert.

Eine agile und leistungsfähige Organisation des Sanitätsdienstes ist viel mehr als in der Vergangenheit wesentlicher Attraktor für Ärztinnen und Ärzte zum beruflichen Engagement in der Bundeswehr. Dies trägt aber auch zur Sicherstellung der Ausbildung ausreichenden Fachkräftenachwuchses im gesamten deutschen Gesundheitssystem bei.

Nicht zu vernachlässigen ist die personelle Durchlässigkeit von zivilem zu militärischen Gesundheitswesen, u. a. durch Reservisten, die im Bedarfsfall einen zügigen Aufwuchs und eine "Kaltstartfähigkeit" des jeweilig anderen Sektors ermöglichen. Das ist nur möglich, wenn Führungsstrukturen ähnlich aufgebaut sind und zivil-militärische Zusammenarbeit gelebt wird. Dazu sind Reservisten als fester und aktiver Systembestandteil auszubringen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Sanitätsdienst der Bundeswehr - Unabhängigkeit stärken, zivil-militärische Zusammenarbeit ausbauen, Chief Medical Officer (CMO) einsetzen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Lisa Rosch, Sebastian Exner, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Stefan Schröter und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ic - 59) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Im Kontext der aktuellen Diskussionen über die Struktur der Bundeswehr fordert der 128. Deutsche Ärztetag 2024 den Bundesverteidigungsminister Boris Pistorius auf, die Weiterentwicklung und Stärkung der medizinischen Versorgung innerhalb der Bundeswehr fortzusetzen.

In diesem Zusammenhang begrüßen wir die Einrichtung eines Chief Medical Officers (CMO) und Befehlshabers Zentraler Sanitätsdienst ausdrücklich. Jetzt kommt es darauf an, diesen Dienstposten als höchstrangigen Sanitätsoffizier schnellstmöglich im Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) einzurichten. Entscheidend ist hierbei, dem CMO die notwendigen Leitungs- und Führungsfunktionen zuzuweisen, um eine effektive, effiziente und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Bei den geplanten strukturellen Anpassungen muss die fachliche Autonomie des Sanitätsdienstes, insbesondere in medizinischen Entscheidungsprozessen und in der sanitätsdienstlichen Einsatzplanung gewahrt bleiben.

Darüber hinaus muss die zivil-militärische Zusammenarbeit ausgebaut werden. Dies erfordert die Fortführung und Intensivierung der Kooperation in der Gesundheitsversorgung verknüpft mit der Aus-, Fort- und Weiterbildung von medizinischem Personal sowie der Ausbildung und Förderung in der wissenschaftlichen Forschung. Eine zuverlässige Zusammenarbeit in Friedenszeiten ist die beste Voraussetzung für eine gemeinsame Bewältigung von Krisen.

Begründung:

Die umfassende Neustrukturierung erfordert eine besondere Sorgfalt in der Ausgestaltung, um die fachliche Autonomie des Sanitätsdienstes in medizinischen

Entscheidungsprozessen, in der sanitätsdienstlichen Einsatz- und Ressourcenplanung auch zukünftig zu sichern. Die Bedeutung eines eigenständigen, hochqualifizierten und effektiv geführten Sanitätsdienstes innerhalb der Bundeswehr kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Die Gesundheit und Einsatzbereitschaft des Personals hängen unmittelbar von der Qualität der medizinischen Versorgung ab. Die Schaffung eines CMO im BMVg wird sicherstellen, dass medizinische Fachkompetenz direkt in den obersten Führungsebenen der Bundeswehr bei allen relevanten Entscheidungen berücksichtigt wird. Die Rolle des Sanitätsdienstes in der Zusammenarbeit mit zivilen Gesundheitsstrukturen, insbesondere in Krisensituationen, sollte weiter ausgebaut und gestärkt werden. Die enge Kooperation mit zivilen Gesundheitseinrichtungen hat sich insbesondere in Krisenzeiten als unverzichtbar erwiesen. Eine Stärkung dieser Zusammenarbeit würde nicht nur die Kapazitäten in Notfällen und in Bezug auf die gesamtstaatliche Resilienz in Gesundheitsfragen erhöhen, sondern auch einen wichtigen Beitrag zur Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals leisten.

Wichtig sind in diesem Kontext auch die Weiterführung und Intensivierung der zivil-militärischen Zusammenarbeit in wissenschaftlicher Forschung. Wir betonen die Dringlichkeit dieser Maßnahmen, um die medizinische Versorgung in der Bundeswehr zukunftsfähig zu gestalten und die Gesundheit sowie Einsatzfähigkeit des Personals zu sichern.



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Schwangerschaftsabbruch und -konflikt

Ic - 121 Diskussion der Liberalisierung des Abtreibungsrechtes als Tagesordnungspunkt des
129. Deutschen Ärztetages 2025

Ic - 124 Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel kostenlos

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Diskussion der Liberalisierung des Abtreibungsrechtes als Tagesordnungspunkt des 129. Deutschen Ärztetages 2025

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Dr. Birgit Timmermann, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Arndt Berson, Christa Bartels, Dr. Herbert Sülz, Barbara vom Stein, Dr. Regine Arnold, Eleonore Zergiebel und Katharina Stoev (Drucksache Ic - 121) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, beim 129. Deutschen Ärztetag 2025 den Tagesordnungspunkt "Liberalisierung des Abtreibungsrechtes" zu diskutieren.

Begründung:

Die Expertenkommission der Bundesregierung empfiehlt eine Liberalisierung des Abtreibungsrechtes. Dieses Thema wird kontrovers diskutiert und ist sehr komplex. Die Thematik ist bedeutsam und sollte daher intensiv vorbereitet und dargestellt werden. Dazu schlagen wir die Befassung mit dem Thema beim nächsten Deutschen Ärztetag vor.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Verschreibungspflichtige Verhütungsmittel kostenlos

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Margit Kollmer, Dr. Susanne Johna, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Heidemarie Lux, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Susanne Bublitz, Dr. Christiane Qualmann, Anne Kandler, Antje Meinecke, Dr. Lydia Berendes, Dr. Susanna Colopi-Glage, Christa Bartels und Dr. Paula Hezler-Rusch (Drucksache Ic - 124) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 setzt sich dafür ein, dass die Kosten für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel künftig unabhängig vom Alter der Versicherten von den Krankenkassen übernommen werden. Diese Maßnahme zielt darauf ab, die primäre Prävention zu stärken, indem sie Personen jeden Alters einen uneingeschränkten Zugang zu Verhütungsmitteln ermöglicht.

Begründung:

Durch diese Änderung könnte die Zahl der unbeabsichtigten Schwangerschaften reduziert und in der Folge die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche verringert werden.

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland ist im Jahr 2023 mit 106.218 gemeldeten Fällen um 2,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Bereits im Jahr 2022 war mit rund 104.000 Fällen ein Anstieg um 9,9 Prozent zu verzeichnen gewesen. Höher als 2023 war die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zuletzt 2012 mit 107.000 Fällen.

Die von der Regierung eingesetzte Expertenkommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin hat sich in ihrem abschließenden Bericht Mitte April 2024 ebenfalls dafür ausgesprochen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Selbstverwaltung

- Ic - 38 Monitoring der Kammerinitiativen zur besseren Einbindung junger Ärztinnen und Ärzte in die Kammerarbeit
- Ic - 86 Schaffung einer unabhängigen Anlaufstelle für Ärztinnen und Ärzte in Fällen von Diskriminierung
- Ic - 105 Aktivitäten anderer Heilberufekammern, die die Rechte der Ärztinnen und Ärzte tangieren, frühzeitig erkennen und dagegen intervenieren
- Ic - 37 Do-No-Harm-Prinzip in den Kapitalanlagestrategien der Versorgungswerke

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Monitoring der Kammerinitiativen zur besseren Einbindung junger Ärztinnen und Ärzte in die Kammerarbeit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Torben Ostendorf, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Norbert Smetak, Dr. Gerald Qwitterer, Dr. Oliver Funken, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Christine Schroth der Zweite, Michael Andor, Dr. Stefan Semmler, Dr. Günter Meyer, Dr. Susanne Bublitz und Dr. Michael Hubmann (Drucksache Ic - 38) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, ein Monitoring zu erarbeiten und zu veröffentlichen, welches die Maßnahmen der einzelnen Landesärztekammern zur Steigerung der Attraktivität der Kammerarbeit für junge Ärztinnen und Ärzte transparent darstellt und im Sinne eines Best-Practice-Ansatzes Impulse für die übrigen Landesärztekammern liefern kann.

Begründung:

Obgleich die innerärztliche aber auch die gesellschaftliche Bedeutung der Ärztekammern unbestritten ist, tun sich viele Landesärztekammern schwer damit, junge Ärztinnen und Ärzte für die ehrenamtliche Arbeit in den Kammern zu gewinnen. Eine breite Beteiligung aller Ärztinnen und Ärzte in den Landesärztekammern ist jedoch Grundvoraussetzung für ihre Akzeptanz und Legitimität.

Es muss gelingen, auch zukünftig genügend Ärztinnen und Ärzte zu finden, die bereit sind, sich ehrenamtlich in den Landesärztekammern zu engagieren.

Einige Landesärztekammern führen bereits heute Maßnahmen durch, die insbesondere darauf abzielen, die Arbeit in den Kammern auch für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv zu gestalten. Dies sind u. a.

- "Die Junge Kammer" in der z. T. bereits Studierende der Humanmedizin die Arbeit in der Landesärztekammer kennenlernen können.
- Sitzungstermine außerhalb der Abendstunden, um jungen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu geben, die Arbeit in der Kammer besser mit familiären und anderen

Verpflichtungen vereinbaren zu können.

- Das Angebot einer Kinderbetreuung im Rahmen großer Veranstaltungen, um insbesondere jungen Eltern die Teilnahme zu ermöglichen.
- u. v. m.

Leider findet hierzu allerdings kein systematischer Austausch zwischen den Landesärztekammern statt, um von den guten Erfahrungen anderer Kammern ggf. lernen zu können. Die Bundesärztekammer wird deshalb beauftragt, diese Maßnahmen der Landesärztekammern strukturiert zu erheben und zu systematisieren. Im Sinne eines Best-Practice-Ansatzes soll die Übersicht zudem veröffentlicht werden, um insbesondere jene Landesärztekammern zu motivieren, die bisher noch zurückhaltend agieren.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Schaffung einer unabhängigen Anlaufstelle für Ärztinnen und Ärzte in Fällen von Diskriminierung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Dr. Eva See, Dr. Dorothea Sophie Kerner, Prof. Dr. Doreen Richardt, LL.M., Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Victoria Witt, Dr. Ina Martini, Dr. Heidemarie Lux und Dr. Susan Trittmacher (Drucksache Ic - 86) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Landesärztekammern auf, eine zentrale Anlaufstelle für Ärztinnen und Ärzte in Fällen von Diskriminierung zu schaffen.

Begründung:

Zur Ermöglichung eines für alle sicheren Arbeitsumfeldes sowie zur Erhöhung der Attraktivität des ärztlichen Berufes ist die Schaffung einer zentralen Anlaufstelle bzw. Ombudsstelle für Fälle von im beruflichen Kontext erlebtem Sexismus, Rassismus oder anderweitiger Diskriminierung notwendig. Diese muss u. a. eine rechtliche Beratung umfassen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Aktivitäten anderer Heilberufekammern, die die Rechte der Ärztinnen und Ärzte tangieren, frühzeitig erkennen und dagegen intervenieren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Dr. Katharina Partow, Christa Bartels, Dr. Norbert Smetak, Dr. Petra Bubel, Dr. Martin Eichenlaub, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Matthias Bloechle, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Regine Held und Wieland Dietrich (Drucksache Ic - 105) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Es ist erforderlich, dass die Landesärztekammern frühzeitig Gremien bilden, die sich mit Satzungsprojekten anderer Heilberufekammern beschäftigen, um rechtzeitig gegen Satzungsregelungen intervenieren zu können, die die Rechte der Ärztinnen und Ärzte tangieren. Das zeigt nicht zuletzt die mittlerweile von allen Landesbehörden genehmigte Zusatzbezeichnung "Sozialmedizin" für nichtärztliche Psychotherapeuten.

Mitglieder der Organe und Gremien der Landesärztekammern sollen ihre Interessenverknüpfungen offenlegen.

Begründung:

Vornehmlich das Kammersystem der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat durch die als Satzungen erlassenen Weiterbildungsordnungen auf Länderebene erhebliche Auswirkungen auch auf den ärztlichen Beruf. Da mitunter Zuständigkeiten der Ärztekammern berührt werden, muss sichergestellt sein, dass die Landesärztekammern für die notwendigen Meinungsbildungsprozesse zum Erhalt des ärztlichen Zuständigkeitsbereiches tragfähige Strukturen vorhalten.

Da Weiterbildungsordnungen erst auf Länderebene rechtlich verbindlich werden, sind die erforderlichen Gremien bei den Landesärztekammern anzusiedeln. Die in allen Ländern mittlerweile vollzogene Einführung der Bereichsbezeichnung "Sozialmedizin" in den Weiterbildungsordnungen der nichtärztlichen Psychotherapeuten, die der 126. Deutsche Ärztetag 2022 einstimmig abgelehnt hat und der 127. Deutsche Ärztetag 2023 an den Vorstand überwiesen hat, zeigt mehr als deutlich, dass sich die ärztliche Selbstverwaltung hier besser aufstellen muss. Ein solcher Vorgang darf sich nicht wiederholen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Do-No-Harm-Prinzip in den Kapitalanlagestrategien der Versorgungswerke

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Matthias Marschner, Dr. Katharina Partow und Stefanie Minkley (Drucksache Ic - 37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert alle ärztlichen Versorgungswerke dazu auf, in ihren Kapitalanlagestrategien darauf zu achten, gesundheitliche und ökologische Schäden infolge ihrer Investitionstätigkeit sowohl jetzt als auch für zukünftige Generationen (Do-No-Harm-Prinzip) zu vermeiden. Zur Sicherstellung einer derartig ausgerichteten Anlagestrategie sollen geeignete Erhebungsinstrumente eingesetzt werden. Über geplante und erreichte Zwischenziele bei der Anpassung der Kapitalanlagestrategien informieren die ärztlichen Versorgungswerke ihre Mitglieder regelmäßig.

Begründung:

Zweck der Versorgungswerke ist es, langfristig die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung ihrer Mitglieder sicherzustellen und dabei Generationengerechtigkeit zu gewährleisten. Nur innerhalb planetarer Grenzen sind die Voraussetzungen für die Gesundheit der Menschen und wirtschaftliche Prosperität gegeben. Daher wird den ärztlichen Versorgungswerken empfohlen, Sektoren von Investitionen auszuschließen, die gesundheitliche bzw. ökologische Schäden verursachen. Die Grundsätze ärztlicher Ethik sind auch für die Kapitalanlagen der Gesundheitsberufe leitend.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Sucht und Drogen

- Ic - 09 Umfassendes Werbeverbot für Nikotin- und Tabakprodukte, Alkohol und Glücksspiel
auch im Internet und den sozialen Medien
- Ic - 64 Unterstützung neuer Versorgungsformen - videogestützte Substitution
- Ic - 63 Prävention gesundheitlicher Auswirkungen der Teillegalisierung von Cannabis sowie
deren ganzheitliche und transparente Evaluation
- Ic - 106 Die Partydroge Lachgas ist kein Spaß!

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Umfassendes Werbeverbot für Nikotin- und Tabakprodukte, Alkohol und Glücksspiel auch im Internet und den sozialen Medien

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 09) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert Bund und Länder auf, umfassende Werbeverbote für Alkohol, für Nikotin- und Tabakprodukte und für Glücksspiele zu erlassen und durchzusetzen.

Dazu fordert er die Bundesregierung auf, die im Koalitionsvertrag angekündigte Verschärfung der Regelungen für Marketing und Sponsoring von Alkohol, Tabak- und Nikotinprodukten endlich umzusetzen.

Für alle genannten Werbeverbote fordert der 128. Deutsche Ärztetag die zuständigen Behörden auf, gerade in Hinblick auf die Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen für die Einhaltung in den sozialen Medien Sorge zu tragen.

Begründung:

Abhängigkeit und problematischer Konsum bewegen sich sowohl bei Alkohol als auch bei Nikotin und Tabak und auch beim Glücksspiel in Deutschland auf einem zu hohen Niveau und verursachen große gesundheitliche und soziale Schäden. Umfassende Werbeverbote sind ein wirksamer Beitrag zur Bekämpfung dieser Probleme.

Alkohol: Bei 17,6 Prozent der 18- bis 64-Jährigen in Deutschland liegt ein problematischer Alkoholkonsum vor. Zwar nimmt der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol ab, jedoch ist Deutschland immer noch ein Hochkonsumland.

Alkoholwerbung ist in Deutschland allgegenwärtig. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Regulierung von Alkoholwerbung ein kosteneffektives Mittel mit großer Wirkung und eindeutiger Evidenz zur Reduktion des Alkoholkonsums. Die WHO empfiehlt deswegen für Europa u. a. umfassende Werbebeschränkungen oder -verbote in den verschiedenen Medien inklusive sozialer Medien. Die in Deutschland gemäß Rundfunk-

oder Jugendmedienschutz-Staatsvertrag bestehenden Werbebeschränkungen sind jedoch nicht ausreichend. Die daneben existierenden freiwilligen Selbstbeschränkungen der Industrie zur Werbung für alkoholische Getränke sind ungenügend für einen effektiven Schutz vulnerabler Gruppen.

Nikotin und Tabak: Laut der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA) rauchten Ende 2023 in Deutschland 33,7 Prozent der Bevölkerung ab 14 Jahren. Besonders besorgniserregend ist, dass auch die Zahl der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die rauchen oder E-Zigaretten konsumieren, im Jahr 2022 wieder stark gestiegen ist. Deutschland hatte sich im Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs 2004 zur Umsetzung eines umfassenden Verbotes für Werbung und Sponsoring für Tabakprodukte verpflichtet. Im internationalen Vergleich sind Maßnahmen der Tabakkontrolle jedoch nicht ausreichend umgesetzt. Erlaubt sind weiterhin das Sponsoring von nicht grenzüberschreitenden Veranstaltungen durch Hersteller von Tabak- und Nikotinprodukten, die Außenwerbung für Tabakerzeugnisse und E-Zigaretten an Geschäftsstellen sowie die Promotion (Verkaufsaktionen o. Ä.) von Nikotinprodukten wie Tabakerhitzern. Bestehende Werbeverbote in den sozialen Medien werden nur unzureichend umgesetzt. Dies ist umso problematischer, als gerade hier viele Jugendliche aktiv sind, die durch Werbeverbote geschützt werden sollen.

Glücksspiel: Laut Glücksspiel-Survey 2021 ist bei 2,3 Prozent der erwachsenen Deutschen im Alter von 18 bis 70 Jahren eine Störung durch Glücksspiel gemäß DSM-V erkennbar. Bei weiteren 5,7 Prozent ist von einem riskanten Spielverhalten auszugehen. Der Survey belegt zudem einen Zusammenhang zwischen Glücksspielproblemen und riskantem Alkoholkonsum. Zwar legt der Glücksspielstaatsvertrag aus dem Jahr 2021 beispielsweise zeitliche Beschränkungen für Glücksspielwerbung fest, jedoch sind Sportwetten weitestgehend davon ausgenommen. Insbesondere im Bereich des Sponsorings in Verbindung mit Sport sind Sportwetten- oder Glücksspielanbieter omnipräsent.

Laut einer Befragung des Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen 2022 fordern zwei Drittel der Bevölkerung ein Sponsoring-Stopp für Sportwettenanbieter (und Alkoholproduzenten) beim Fußball und 57 Prozent wünschen sich ein generelles Werbeverbot für Glücksspiel.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Unterstützung neuer Versorgungsformen - videogestützte Substitution

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Paula Hezler-Rusch, Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Joachim Suder (Drucksache Ic - 64) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Kostenträger nachdrücklich auf, die zügige Entwicklung und Finanzierung innovativer Versorgungsformen wie die telemedizinisch gestützte Substitutionsbehandlung zu fördern und mit einer adäquaten Vergütungszusage zu unterstützen, um die eklatant unzureichende Versorgung opioidabhängiger Menschen im Sinne einer teilhabeorientierten Versorgung zu verbessern.

Begründung:

Die bereits unzureichende Anzahl substituierender Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ist weiter rückläufig. Die medizinische und psychiatrische Versorgung der meist multimorbiden Patientinnen und Patienten, insbesondere die Substitutionsbehandlung ist im gesamten Bundesgebiet unzureichend.

Über neue Versorgungsformen ist eine teilhabeorientierte und eine hinreichend suffiziente Versorgung dieser Patientengruppe gemäß dem Stand der medizinischen Wissenschaft möglich und sowohl aus ethischen wie aus wirtschaftlichen Gründen geboten. Die Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und die Richtlinie der Bundesärztekammer haben den Weg zu neuen Versorgungsformen geebnet. Dazu zählen sowohl der Einsatz telemedizinischer Möglichkeiten in Verbindung mit ärztlicher Diagnostik und Versorgung vor Ort, wie auch die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen, wie geschulter Mitarbeiter der psychosozialen Beratungsstellen. Sie können neben der psychosozialen Beratung, wenn erforderlich unter Videozuschaltung die Tagesvergabe der Substitutionsmedikamente übernehmen, analog der videogestützten Substitutionsbehandlung in Justizvollzugsanstalten.

Zu einer Teilhabeorientierung zählt eine wohnortnahe Versorgung auch in der Fläche, die neben der medizinischen Behandlung eine berufliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglicht und den Patienten nicht mehr zumutet, z. T. täglich weite Strecken zu fahren,

um ihr Substitut zu erhalten. Dieser Aspekt sowie die erforderlichen Qualitätsmerkkriterien für eine sichere und gute medizinische Behandlung sind in dem Modellprojekt, das vom Sozialministerium in Baden-Württemberg wie auch der AOK Baden-Württemberg unterstützt wird, gewährleistet. Das Modell hat das Potenzial, in die Regelversorgung übernommen zu werden. Eine wissenschaftliche Evaluation ist Teil des Projektes.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Prävention gesundheitlicher Auswirkungen der Teillegalisierung von Cannabis sowie deren ganzheitliche und transparente Evaluation

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Lisa Rosch, Sebastian Exner, Alexander Fuchs, Dr. Thomas Lipp, Dr. Tilman Kaethner, Bettina Rakowitz, Ulrich Schwille und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ic - 63) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, eine transparente Evaluierung der gesundheitlichen Auswirkungen des Cannabisgesetzes (CanG) unter Einbindung bereits vorhandener Suchtberatungsstellen sowie ärztlicher Expertise aus ambulanten und vollstationären Einrichtungen jährlich vorzunehmen. Die Evaluation muss Daten über den Cannabiskonsum von Kindern und Jugendlichen sowie mögliche Zusammenhänge mit psychischen Störungen und Entwicklungsstörungen erfassen.

Eine regelmäßige Überprüfung ist notwendig, um die Langzeitfolgen des Gesetzes angemessen zu berücksichtigen und sicherzustellen, dass die Gesundheit der Bevölkerung geschützt wird. Der angekündigte Evaluationszeitraum von vier Jahren wird als unzureichend bewertet.

Der 128. Deutsche Ärztetag kritisiert des Weiteren die fehlende Kontinuität und Langfristigkeit, die sich in der Protokollerklärung zum CanG offenbart. Bislang werden nur Mittel für das Haushaltsjahr 2024 verbindlich angekündigt. Um die gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums abzumildern, braucht es ein flächendeckendes Präventionsprogramm, das mediale Aufklärung und aufsuchende Angebote vereint. Die langfristige Finanzierung und kontinuierliche Unterstützung für Präventionsprogramme muss bis zur abschließenden Evaluation in vier Jahren ausreichend gesichert werden. Es bedarf langfristiger Strategien und keiner kurzfristigen Finanzspritzen.

Begründung:

In der Protokollerklärung zum CanG ist eine erste Evaluation der Auswirkungen des Gesetzes auf das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen erst 18 Monate nach

Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehen. In den weiteren Evaluationsschritten findet dieser Aspekt keine Berücksichtigung. Der 128. Deutsche Ärztetag fordert aus diesem Grund eine jährliche Evaluierung des Gesetzes mit Fokus auf das Konsumverhalten sowie gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche.

Die das Cannabisgesetz flankierende Informationskampagne des BMG ist ausweislich der Protokollerklärung der Bundesregierung wesentliches Element, um die gesundheitlichen Risiken in Folge der Cannabislegalisierung abzumildern. Die gute Sichtbarkeit ist somit entscheidend, jedoch sind die bisher eingestellten Haushaltsmittel für die Cannabisprävention in Höhe von 6 Millionen Euro offensichtlich unzureichend für eine flächendeckende deutschlandweite Informationskampagne mit relevanter Reichweite. Die Kampagne ist daher dringend zu intensivieren, verbunden mit einer Aufstockung der benötigten finanziellen Mittel.

Darüber hinaus fordert der 128. Deutsche Ärztetag das BMG dazu auf, Ressourcen nicht nur für präventive Maßnahmen bereitzustellen. Auch Behandlungsangebote im Bereich der Drogenabhängigkeit müssen konsequent gefördert werden. So können mögliche negative Folgen eines erhöhten Cannabiskonsums bewältigt und die Gesundheit der Bevölkerung in einem besseren Maße geschützt werden.

Bislang ist nicht definiert, welche Fachexpertise von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in die Entwicklung und Umsetzung der geplanten Präventionsmaßnahmen einbezogen werden soll. Ärztinnen und Ärzte arbeiten direkt mit Patientinnen und Patienten, die von gesundheitlichen Folgen von Drogenkonsum betroffen sind und sollten nach Auffassung des 128. Deutschen Ärztetages bei der Entwicklung von Präventions- sowie Suchtberatungsprogrammen einbezogen werden. Ebenso ist unklar, inwiefern die bereits laufende Aufklärungskampagne des BMG laut Protokollerklärung "intensiviert" werden soll. Der 128. Deutsche Ärztetag fordert aus diesem Grund Aufklärungskampagnen über die Risiken des Drogenkonsums in Schulen und Gemeinschaften sowie einen sichergestellten Zugang zu qualifizierten Behandlungseinrichtungen sowie Therapeutinnen und Therapeuten.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Die Partydroge Lachgas ist kein Spaß!

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Tilman Kaethner und Uwe Lange (Drucksache Ic - 106) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, den Verkauf von Lachgas an Privatpersonen stark einzuschränken sowie den Verkauf an Personen unter 18 Jahren grundsätzlich zu verbieten und damit dem Beispiel von Großbritannien und den Niederlanden zu folgen, wo Lachgas als Droge eingestuft wird und die private Nutzung stark reglementiert ist.

Um die Bevölkerung auf das Gefahrenpotenzial von Lachgas aufmerksam zu machen und um die gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung durch dessen Verfügbarkeit einzugrenzen, fordert der 128. Deutsche Ärztetag konkret:

- Verbot des Verkaufs von Lachgas an Personen unter 18 Jahren
- Verbot des Verkaufs von Lachgaskartuschen mit mehr als 8 Gramm Inhalt an Privatpersonen
- Aufbau und Stärkung von Präventionsangeboten

Begründung:

Der Konsum von Lachgas als Party- und Freizeitdroge nimmt in Deutschland stark zu. Die neurologischen Folgen reichen von Bewusstlosigkeit über Lähmungserscheinungen bis hin zu hypoxischen Hirnschäden. Bei chronischem Konsum kommt es möglicherweise zu schweren, auch lebenslangen Folgen.

Lachgas ist in Deutschland allgemein frei verkäuflich. Vor allem in Großstädten bieten Kioske und andere Verkaufsstellen große Mengen an Kartuschen in Größen an, die für den privaten Nutzen, etwa zur Herstellung von Schlagsahne, überdimensioniert sind. Bisher wird der Konsum und Missbrauch von Lachgas (N₂O, Distickstoffmonoxid) nicht regelhaft abgefragt oder erfasst, weil es offiziell im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) nicht als Droge eingestuft ist. Nach Angaben des Landeskriminalamtes Nordrhein-

Westfalen aber hat sich beispielsweise die Zahl der bekannt gewordenen missbräuchlichen Anwendungen von 2022 auf 2023 mehr als verdreifacht. Auch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) hat vor kurzem auf die steigende Zahl von Patientinnen und Patienten mit neurologischen Beschwerden oder Blutbildstörungen aufgrund von Lachgaskonsum hingewiesen.

Trotz der schwerwiegenden gesundheitlichen Risiken wird der Konsum von Lachgas von vielen Nutzerinnen und Nutzern als relativ harmlos eingeschätzt - vermutlich auch aufgrund der absolut freien Verfügbarkeit. Andere europäische Länder wie beispielsweise Großbritannien oder die Niederlande haben auf den bei ihnen ebenfalls steigenden missbräuchlichen Konsum bereits reagiert und den Verkauf von Lachgas an Privatpersonen verboten beziehungsweise stark eingeschränkt.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Suizidprävention

- Ic - 13 Suizidprävention gesetzlich verankern und ausreichend finanzieren
- Ic - 70 Assistierter Suizid ist keine ärztliche Aufgabe
- Ic - 69 Gesetzliche Regelung zum assistierten Suizid

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Suizidprävention gesetzlich verankern und ausreichend finanzieren

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache Ic - 13) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung auf, den Auftrag des Deutschen Bundestages umzusetzen und einen Gesetzentwurf zur Suizidprävention vorzulegen. Die vom Bundesgesundheitsminister am 02.05.2024 vorgestellte Suizidpräventionsstrategie ist dafür kein Ersatz, weil sie zwar richtige Ansätze enthält, aber die Frage der Finanzierung offenhält und sich ohne eine gesetzliche Grundlage keine verbindliche Umsetzung der Strategie erreichen lässt.

Der 128. Deutsche Ärztetag bekräftigt, dass ein Gesetz zur Suizidprävention entscheidend dafür ist, dann auch die Beihilfe zum Suizid in Deutschland gesetzlich zu regeln. Ein Suizidpräventionsgesetz muss deswegen vor oder mindestens zeitgleich mit einer gesetzlichen Regelung zur Suizidbeihilfe beschlossen werden. Die Suizidprävention in Deutschland muss endlich auch auf eine dauerhaft finanziell verlässliche Grundlage gestellt werden.

Bei der Erarbeitung des Gesetzes sind die Bundesärztekammer und die Fachkreise der Suizidprävention deutlich stärker einzubeziehen als es bei der Entwicklung der jetzt vorgestellten Strategie durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) der Fall war. Auch die Bundesländer sind intensiv einzubeziehen, denn Suizidprävention erfordert ein gemeinsames Handeln von Bund und Ländern.

Begründung:

In Deutschland sterben im Schnitt täglich mehr als 25 Personen durch Suizid. Im Jahr 2022 lag die Zahl der Suizide erstmals seit acht Jahren wieder höher als 10.000 (10.119). Das entspricht einer Rate von 12,1 je 100.000 Einwohner und einer Steigerung von 9,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Damit sterben mehr Menschen durch Selbsttötung als durch Verkehrsunfälle, Mord, AIDS/HIV und illegale Drogen zusammen.

Bereits der 124. Deutsche Ärztetag 2021 hatte dazu aufgefordert, die Suizidprävention in

Deutschland in den Fokus zu nehmen, auszubauen und zu verstetigen.

Am 06.07.2023 hat der Deutsche Bundestag einem Entschließungsantrag zur Förderung der Suizidprävention (BT-Drs. 20/7630) mit überwältigender Mehrheit zugestimmt und die Bundesregierung aufgefordert, bis Ende Juni 2024 ein Suizidpräventionsgesetz zu erarbeiten. Der Bundesgesundheitsminister hat am 02.05.2024 zwar eine Suizidpräventionsstrategie vorgestellt, dabei die Frage der Finanzierung und der verbindlichen gesetzlichen Absicherung jedoch offengelassen.

Die Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe in verschiedenen Bereichen wie z. B. Schule, Ausbildung, Arbeitsplatz, Medien und Familien. Diese kann nur ressortübergreifend und in einem gemeinsamen Handeln von Bund und Ländern wahrgenommen werden. Damit jeder Mensch, der in einer suizidalen Krise Hilfe sucht, auch Hilfe findet, reicht die jetzt vorgestellte Suizidpräventionsstrategie nicht aus. Nur durch eine gesetzliche Verankerung erhält die Suizidprävention die notwendige Absicherung und Dauerhaftigkeit.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Assistierter Suizid ist keine ärztliche Aufgabe

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Regine Held, Matthias Marschner, Dr. Laura Schaad, Julian Veelken, Dr. Thomas Werner und Dr. Innokentij Jurastow (Drucksache Ic - 70) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen, laufender Strafprozesse und weiterhin fehlender gesetzlicher Regelungen bekräftigt der 128. Deutsche Ärztetag 2024 seine beim 124. Deutschen Ärztetag 2021 gefasste Haltung zum assistierten Suizid. Die Mitwirkung bei der Selbsttötung (assistierter Suizid) ist grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe.

Begründung:

Beim 124. Deutschen Ärztetag 2021 hatte die Ärzteschaft in Reaktion auf die Nichtigerklärung des § 217 StGB durch das Bundesverfassungsgericht ihre (Muster-)Berufsordnung (MBO) angepasst, aber neben der Forderung nach einer Stärkung der Suizidprävention ihre Haltung durch Beschluss (IVa - 03) klargemacht: Die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.

Wie auch in anderen europäischen Ländern nimmt die Suizidassistenz auch in Deutschland ständig zu. Extrapoliert man die aktuellen Zahlen aus der Schweiz und Belgien auf Deutschland, so ist absehbar mit 15.000 bis 25.000 assistierten Suiziden pro Jahr zu rechnen - nimmt man die Niederlande als Vergleich wären es 42.600 assistierte Suizide pro Jahr. Diese Fälle addieren sich zu den sog. harten Suiziden, deren Zahl sich in Deutschland 2023 auf 10.119 belief.

Derzeit laufende Strafverfahren beschäftigen sich u. a. mit der Frage, ob die Freiverantwortlichkeit vor der Umsetzung eines Suizidwunsches ausreichend geprüft wurde. Hierfür gibt es - nach Scheitern von zwei Gesetzentwürfen 2023 - nach wie vor kein gesetzlich vorgeschriebenes Prozedere.

Ob und warum die Suizidassistenz - abgesehen von vorheriger Beratung, Aufzeigen von möglichen Alternativen bzw. Ausschluss der Einschränkung der Freiverantwortlichkeit

durch Krankheit - zu den ärztlichen Aufgaben gehören soll, wie offenbar in Politik und Gesellschaft fälschlich als gegeben angenommen wird, bleibt unklar, v. a. vor dem Hintergrund der derzeit in Deutschland gültigen, weltweit einmaligen Rechtslage, dass Suizidhilfe auch dann in Anspruch genommen werden können soll, wenn Krankheit nicht Grundlage des Suizidwunsches ist.

Würde Suizidassistenz tatsächlich als ärztliche Aufgabe akzeptiert werden, müssten weitreichende Regelungen getroffen werden: Welcher Ausbildung bedarf es, für eine sachgerechte Suizidassistenz durch Ärztinnen und Ärzte? Ist sie Teil der Approbation, Teil welcher Fachgebiete, eine Zusatz-Weiterbildung oder lediglich eine Fortbildung (mit Zertifikat)? Wie kann eine Qualitätssicherung bei Suizidassistenz aussehen? Handelt es sich um eine KV-Leistung und wie ist sie dann zu bewerten? Welche haftungsrechtlichen Fragen müssen geklärt werden?

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Gesetzliche Regelung zum assistierten Suizid

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Regine Held, Matthias Marschner, Dr. Laura Schaad, Julian Veelken, Dr. Thomas Werner und Dr. Innokentij Jurastow (Drucksache Ic - 69) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber dringend auf, eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizid zu erlassen.

In dieser müssen die Bedingungen für die Durchführung eines assistierten Suizids und das Prozedere zu deren Einhaltung klar benannt werden.

Begründung:

Ohne gesetzliche Regelung besteht auch weiterhin die Gefahr, dass insbesondere die Freiverantwortlichkeit bei der Umsetzung eines Suizidwunsches unzureichend geprüft werden könnte, wie derzeit laufende Strafverfahren zeigen.

Diese Sorge war wesentlicher Hintergrund der Einführung des § 217 Strafgesetzbuch (StGB) im Jahr 2015 und auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) stellte in seinem Urteil von 2020 klar, dass dem Gesetzgeber sehr wohl die Möglichkeit einer gesetzlichen Regelung offen steht. Gerade wegen des Scheiterns zweier entsprechender Gesetzentwürfe 2023 im Bundestag ist die gesetzliche Regelung des assistierten Suizids in Deutschland nun überfällig.

Im Blick sollte hierbei insbesondere der Schutz von Menschen stehen, deren Suizidwunsch auf dem Boden mangelnder Informiertheit, Druck von außen oder eben einer - z. B. krankheitsbedingten Einschränkung - ihrer Freiverantwortlichkeit beruht. Wie auch in anderen europäischen Ländern nimmt die Suizidassistenz auch in Deutschland ständig zu. Extrapoliert man die aktuellen Zahlen aus der Schweiz und Belgien auf Deutschland, so ist absehbar mit 15.000 bis 25.000 assistierten Suiziden pro Jahr zu rechnen - nimmt man die Niederlande als Vergleich wären es 42.600 assistierte Suizide pro Jahr. Diese Fälle addieren sich zu den sogenannten harten Suiziden, deren Zahl sich in Deutschland 2023



auf 10.119 belief.

Abgesehen von Beiträgen für die Mitgliedschaft in einer Sterbehilfeorganisation ist von einem "Jahresumsatz" für Honorare für die Durchführung eines assistierten Suizids von ca. 80 Millionen Euro (20.000 Fälle x 4.000 Euro) auszugehen.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Vergütung ärztlicher Leistungen

- Ic - 111 Adäquate Berücksichtigung aktueller Kostenentwicklungen für Arztpraxen in den Verhandlungen zum Orientierungswert
- Ic - 113 Entbudgetierung aller zeitbezogenen Einzelleistungen
- Ic - 26 Vergütung von ärztlichen Befundberichten und Gutachten
- Ic - 67 Ethik-Beratungen vergüten
- Ic - 66 Aufklärung über Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht vergüten

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Adäquate Berücksichtigung aktueller Kostenentwicklungen für Arztpraxen in den Verhandlungen zum Orientierungswert

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Lisa Rosch, Sebastian Exner, Alexander Fuchs, Dr. Thomas Lipp, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz und Dr. Constantin Janzen (Drucksache Ic - 111) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Verhandlungspartner auf Bundesebene auf, im Rahmen der Verhandlungen zum Orientierungswert EBM (OW) für das Jahr 2025 eine vollständige Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen der Medizinischen Fachangestellten (MFA) umzusetzen. Außerdem wird gefordert, dass die künftigen Verhandlungen zum OW nicht mehr auf Grundlage einer retrospektiven Betrachtung durchgeführt werden, sondern ein Verfahren zur Berechnung der Veränderungsrate entwickelt wird, das für die Zukunft feststehende Kostensteigerungen abbildet.

Begründung:

Im Verhandlungsjahr für 2024 war es der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gelungen, dass Tarifänderungen bei den MFA künftig direkt in den Verhandlungen um den OW Berücksichtigung finden. Es wird begrüßt, dass bei der Festlegung des OW für das Jahr 2025 zusätzlich zur Entwicklung der MFA-Tarifverträge in der Jahresscheibe 2022/2023 auch die Entwicklung in der Jahresscheibe 2023/2024 Berücksichtigung findet. Berücksichtigung darf dabei nur im Sinne einer kompletten Gegenfinanzierung der Tarifsteigerung verstanden werden.

Zudem müssen bei künftigen Verhandlungen um den OW aktuelle Kostenentwicklungen oder besondere Belastungen - analog dem stationären Bereich - Berücksichtigung finden. Eine Gegenfinanzierung von Personal- und Betriebskosten, insbesondere wenn sie für alle Arztpraxen deutlich steigen, muss zeitnah erfolgen. Es ist nicht adäquat, auf Grundlage einer retrospektiven Betrachtung zu entscheiden. Es muss vielmehr möglich sein, ein Verfahren zur Berechnung der Veränderungsrate im Rahmen der Festlegung des OW zu entwickeln, welches den feststehenden Kostensteigerungen gerecht wird.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Entbudgetierung aller zeitbezogenen Einzelleistungen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Ivo Grebe, Dr. Matthias Bloechle, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Martin Eichenlaub, Wieland Dietrich und Friederike Bennett (Drucksache Ic - 113) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die sofortige Umsetzung der Entbudgetierung aller zeitbezogenen Einzelleistungen - wie beispielsweise Gesprächsleistungen - , da sie zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung - unabhängig von weiteren Maßnahmen zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung - beiträgt.

Begründung:

Zeitbezogene Einzelleistungen wie Gesprächsleistungen tragen zu einer Kalkulierbarkeit der Vergütung von Weiterzubildenden bei. Insofern bildet diese Maßnahme einen sinnvollen Baustein zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung. Selbstverständlich werden dadurch nicht alle Probleme der Finanzierung der Weiterbildung gelöst. Je nach EBM-Kapitel sind die Fachgebiete unterschiedlich betroffen. Jedoch hilft das Prinzip bei der Kalkulation und fördert zudem die Patient-Arzt-Beziehung in der Weiterbildung.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Vergütung von ärztlichen Befundberichten und Gutachten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, Dr. Petra Bubel, Thomas Dörrer, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch und Henrik Straub (Drucksache Ic - 26) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert eine Anpassung der Vergütung von ärztlichen Gutachten und Befundberichten, die diese gegenüber verschiedenen Institutionen erbringen. Hierzu soll die Bundesärztekammer auch Verhandlungen mit entsprechenden Vertragspartnern aufnehmen.

Der 128. Deutsche Ärztetag fordert, die jeweiligen Vertragspartner, Gesetzgeber und Fachgruppen auf, den notwendigen Umfang der ärztlichen Tätigkeit zu würdigen und einer angemessenen Vergütung als Gegenleistung entgegenzustellen.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte erhalten von verschiedenen Institutionen, wie den Rentenversicherungsträgern, der Bundesagentur für Arbeit oder Versorgungsämtern, Nachfragen nach benötigten Befundberichten.

Unseren Patientinnen und Patienten gegenüber sind wir verpflichtet, diese Anfragen umzusetzen. Auch aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft und dem weiter erhöhten Patientenkontingent führen die Anfragen zu einem erheblichen Arbeitsaufwand.

Die hierfür getroffenen Vereinbarungen und gesetzlichen Grundlagen, wie das Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) oder die Vereinbarung der BÄK mit der Bundesagentur für Arbeit, stellen eine mittlerweile nicht mehr angemessene Vergütung des damit verbundenen ärztlichen Arbeitsaufwandes dar.

Zugleich sollen bestehende Regelungen über die Verwendung eines erhöhten Aufwandes so geregelt werden, dass diese bei bestehendem Mehraufwand ohne bürokratischen Aufwand und oft notwendige Rechtsmittel (Widerspruchsverfahren) zum Ansatz gebracht



werden können.

Der 128. Deutsche Ärztetag fordert daher eine angemessene Vergütung und beauftragt die Bundesärztekammer hierfür mit den jeweiligen Verantwortlichen in Verhandlung zu treten.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Ethik-Beratungen vergüten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Lisa Rosch, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Stefan Schröter, Dr. Constantin Janzen, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz und Sebastian Exner (Drucksache Ic - 67) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, eine Vergütung für ethische Beratungen und innerärztliche Konsultationen zu medizinisch-ethischen Fragestellungen zu prüfen.

Begründung:

Medizinisch-ethische Bewertungen und Beratungen werden in einer Gesellschaft des langen Lebens - Stichwort Entscheidungen über Leben und Tod am Lebensende - und angesichts der neuen Fragen im Zusammenhang mit dem technologischen Fortschritt - Stichwort Künstliche Intelligenz - in ihrer Bedeutung zunehmen. Diese Entwicklung wird durch den Verlust gesellschaftlich akzeptierter Orientierungspunkte weiter verstärkt. Damit geht eine Individualisierung ethischer Fragestellungen und auch ein steigender persönlicher Beratungsbedarf auf Seiten von Patientinnen und Patienten wie auch Ärztinnen und Ärzten einher.

Die ärztliche Spezialisierung in diesem Bereich, etwa in Form der medizinethischen Ausbildung, kann Patientinnen und Patienten und Kolleginnen und Kollegen entsprechende Orientierung und Beratung bieten. Dies erfordert jedoch ärztlicherseits einen hohen zeitlichen Aufwand, da Fälle hochgradig individuell sind und einen hohen Erklärungsbedarf mitbringen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Aufklärung über Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht vergüten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Thomas Lipp, Dr. Lisa Rosch, Dr. Marco Hensel MBA, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Stefan Schröter, Dr. Constantin Janzen, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz und Sebastian Exner (Drucksache Ic - 66) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, die Gesellschaft durch Aufklärungskampagnen und andere Maßnahmen für das Thema Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zu sensibilisieren analog zur Organ- und Gewebespende. Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten zum Nachdenken zu diesem Thema anzuregen. Die neu zu schaffende Ziffer soll sich an der EBM-Ziffer 01480 "Beratung über Organ- und Gewebespenden" orientieren.

Begründung:

Die Frage lebenserhaltender intensivmedizinischer Maßnahmen gerade bei hochaltrigen, multimorbiden Patientinnen und Patienten ist eine Frage von höchster sozialer und ethischer Relevanz. Es kommt immer noch zu häufig vor, dass eine Maximalversorgung betrieben wird, die von allen Beteiligten, insbesondere vom Patientinnen und Patienten selbst, erkennbar als quälend und leidenverursachend empfunden wird. Dies könnte durch eine Patientenverfügung wirksam verhindert werden - doch scheitert es häufig auch am fehlenden Wissen um selbige. Die politischen Aufklärungskampagnen könnten dabei mit Hilfe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) umgesetzt werden. Zudem ist die ärztliche Aufklärung in diesem Bereich kostendeckend zu vergüten, wie oben dargestellt.



**TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Weiterbildung

- Ic - 89 Bundesweite Erhebung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung
- Ic - 97 Ärztliche Weiterbildung bei gesundheitspolitischer Gesetzgebung immer berücksichtigen
- Ic - 112 Keine Finanzierung der Leistungen von psychologischen Weiterbildenden und deren Strukturen durch Ärztinnen und Ärzte

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Bundesweite Erhebung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jörg Focke, Dr. Christian Piper, Dr. Wolf Andreas Fach, Prof. Dr. Ulrich Finke, Dr. Sabine Olischläger, Dr. Dr. Eva See, Dr. Susan Trittmacher, Dr. Christoph Polkowski, Dr. Detlev Steininger, Jan Henniger, Christiane Hoppe, Anne Kandler, Stefanie Minkley und Yvonne Jäger (Drucksache Ic - 89) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer in Benehmen mit den Landesärztekammern auf, die jährliche Ärztestatistik um die Erfassung der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte zu erweitern. Darin fehlt derzeit eine Erhebung der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte, deren fachliche Orientierung und der tatsächlichen Weiterbildungsdauer.

Begründung:

Die seit dem 126. Deutschen Ärztetag 2022 eingeführte Evaluation der Weiterbildung war ein wichtiger Schritt zur konsequenten Verbesserung der Weiterbildung. Eine jährliche statistische Erhebung über aktuell in Weiterbildung befindliche Ärztinnen und Ärzte, welche eine Aussage über zukünftige Fachärztinnen und Fachärzte in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung ermöglicht, ist derzeit nur in Hessen etabliert.

Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) führt demgegenüber jährlich sowohl eine Evaluations- als auch eine statistische Erhebung aller Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zur Qualitätssicherung durch. Eine bundesweit einheitliche Erhebung durch alle Ärztekammern würde auch in Deutschland einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Weiterbildung und für die Versorgungsplanung leisten.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Ärztliche Weiterbildung bei gesundheitspolitischer Gesetzgebung immer berücksichtigen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Matthias Marschner und Dr. Katharina Partow (Drucksache Ic - 97) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Landes- und Bundespolitik dazu auf, bei allen Gesetzesvorhaben im Gesundheitsbereich zu prüfen und sicherzustellen, dass Rahmenbedingungen und Bedarfe ärztlicher Weiterbildung vollumfänglich berücksichtigt werden. Gute ärztliche Weiterbildung ist Voraussetzung für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Zukunft. Das herausragende öffentliche Interesse an ärztlicher Weiterbildung muss sich in allen Reformen und Regelungen des Gesundheitswesens und so auch in den Gesetzestexten widerspiegeln.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Keine Finanzierung der Leistungen von psychologischen Weiterbildenden und deren Strukturen durch Ärztinnen und Ärzte

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Norbert Smetak, Dr. Petra Bubel, Dr. Ivo Grebe, Dr. Matthias Bloechle, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Regine Held und Wieland Dietrich (Drucksache Ic - 112) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 möge beschließen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sich nicht an der Finanzierung psychologisch-psychotherapeutischer Weiterbildung beteiligen sollen, die außerhalb der Regularien des KV-Systems (Abrechnung und Kontrolle durch die KV) gestaltet wird.

Begründung:

Aus der Psychologie kommende Psychotherapeuten, die nach dem neuen Psychotherapeutengesetz eine Weiterbildung nach ärztlichem Vorbild zum Erwerb der Fachkunde benötigen, entwickeln derzeit über ihre Kammern autonom Modelle für diese Weiterbildung und deren Finanzierung. Dabei soll das Weiterbildungsgeschehen an Instituten verortet werden, die direkt mit den Krankenkassen abrechnen und nicht den Regularien und dem Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen. Eine Finanzierung der Leistung der psychologischen Weiterbilderinnen und Weiterbilder sowie deren Institutionen außerhalb des Gestaltungsbereichs der Kassenärztlichen Vereinigungen ist zwar optional denkbar, aber keinesfalls durch die Vertragsärztinnen und -ärzte aus deren erwirtschafteten Honoraren zu finanzieren, etwa im Rahmen des § 75 SGB V, wo die gemeinsame Förderung der Weiterbildung durch Krankenkassen und Vertragsärztinnen und -ärzte geregelt ist. Krankenkassen müssen die Kosten der direkt von ihnen finanzierten Strukturen auch finanziell allein tragen.

Im Falle der extrabudgetären Vergütung zeitbezogener Leistungen, wie beispielhaft in der Psychotherapie, ist hauptberufliche Weiterbildung nach § 4 der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) bereits jetzt möglich und wird auch durch ärztliche Weiterbildungsverbände bereits erfolgreich durchgeführt. Selbstverständlich gibt es auch hier dringenden Optimierungsbedarf, etwa die Entbudgetierung aller zeitbezogenen



Einzelleistungen.



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

TOP Ic **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des
Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung**

Weiteres

- Ic - 39 Tempolimits im Straßenverkehr
- Ic - 55 Subventionen in fossile Energieträger jetzt beenden

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Tempolimits im Straßenverkehr

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Margit Kollmer, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Joachim Suder, Dr. Hans-Otto Bürger und Dr. Sibylle Freifrau von Bibra (Drucksache Ic - 39) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Bund und die Länder erneut auf, Tempolimits auf deutschen Autobahnen, Bundes- wie auch auf Land- und Ortsstraßen zu erlassen, um die Belastung von Gesundheit und Klima durch den Verkehrssektor abzumildern. Darüber hinaus sollte neben der Verkehrssicherheit auch die Nachhaltigkeit als Ziel der Straßenverkehrsordnung verankert werden.

Begründung:

Der motorisierte Verkehr hat multiple negative gesundheitliche Auswirkungen. So sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2023 in Deutschland mehr als 2.800 Menschen im Straßenverkehr tödlich verunglückt, über 364.000 Personen wurden verletzt. Außerdem ist der Verkehr eine wesentliche Ursache für die hohe Feinstaub- und Stickoxidbelastung in den Städten, die jedes Jahr zu zahlreichen chronischen Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten führt und auch viele vorzeitige Todesfälle nach sich zieht.

Ein differenziertes Tempolimit auf Autobahnen, Bundes- wie auch auf Land- und Ortsstraßen könnte die Zahl der vorzeitigen Todesfälle und der Verletzten im Verkehr reduzieren, die Lebens- und Schlafqualität einer Vielzahl von Bürgerinnen und Bürgern erhöhen und zur Absenkung der durch den Verkehrssektor verursachten CO₂-Emissionen beitragen.

TOP Ic Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung

Titel: Subventionen in fossile Energieträger jetzt beenden

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Claudia Ritter-Rupp, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Margit Kollmer, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Julian Veelken, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Joachim Suder und Dr. Sibylle Freifrau von Bibra (Drucksache Ic - 55) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 stellt erneut fest, dass jeder Tag, an dem fossile Energien verbrannt werden, das gesundheitliche Risiko der Menschen und des Planeten erhöht und dass die damit verbundene CO₂-Emission zu einer Verschlimmerung der Klimakrise beiträgt.

Der 128. Deutsche Ärztetag fordert daher die politisch Verantwortlichen auf, hier politisch Verantwortung zu übernehmen und die Subventionen in fossile Energieträger im Sinne der planetaren Gesundheit abzuschaffen.

Begründung:

Die menschengemachte Klimakrise verschärft sich durch fossile Emissionen täglich mit dramatischen Folgen für unsere Gesundheit und die unserer Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig werden jährlich Milliarden von Steuergeldern ausgegeben für Subventionen in fossile Energieträger. Diese entfallen zu fast 50 Prozent auf den Bereich Verkehr, zu weiteren knapp 40 Prozent auf den Bereich der Energiebereitstellung und -nutzung, darunter z. B. weiterhin direkte Subventionen des Stein- und Braunkohleabbaus.

Viele dieser Subventionen implizieren neben den Gesundheitsrisiken durch Emission klimaschädlichen CO₂ (Herz- Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, Hauterkrankungen, Allergien ...) auch weitere direkte oder indirekte Gesundheitsschädigungen durch Feinstaub oder andere Toxine.



Der Abbau der Subventionen in fossile Energieträger würde neben dem Wegfall der direkten und indirekten Gesundheitsschädigungen den staatlichen finanziellen Spielraum zur Bewältigung klimabedingter Gesundheitsgefährdungen vergrößern.



TOP II

**Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr
Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für
Patientinnen und Patienten**

Übergeordnete Anträge zur Steuerung

Spezielle Anträge zur Steuerung der Notfallversorgung

*Spezielle Anträge zur Steuerung im Bereich Psychosomatik und
Psychotherapie*



TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten

Übergeordnete Anträge zur Steuerung

- II - 01 Koordinieren und Kooperieren in der ambulanten Versorgung - für ein bedarfsgerechtes und sektorenverbindendes Gesundheitssystem
- II - 09 Flatrate-Suggestion der Politik und Kassen bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ist unvereinbar mit den WANZ-Kriterien in § 12 des SGB V
- II - 13 Gute Gesundheit für alle ist im Interesse aller
- II - 11 Ärztliche Versorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens
- II - 02 Primärversorgungszentren
- II - 03 Nachwuchssicherung im hausärztlichen Bereich
- II - 06 Forderung nach Entbudgetierung - Abkehr von der Quartalsbindung
- II - 08 Abschaffung der Budgetierung der fachärztlichen Vergütung im niedergelassenen Bereich
- II - 14 Konzept für Versorgungssteuerung unter Berücksichtigung der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten entwickeln

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Koordinieren und Kooperieren in der ambulanten Versorgung - für ein
bedarfsgerechtes und sektorenverbindendes Gesundheitssystem

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache II - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Prof. Dr. Bernd Bertram (Drucksache II - 01b) sowie des Antrags von Dr. Gisbert Voigt, Dr. Helmut Anderten, Dr. Christiane Qualmann, Ernst-Dieter Boisch, Prof. Dr. Bernd Haubitz, Dr. Karl Hubert Hoffschulte, Dr. Constantin Janzen, Dr. Kai Johanning, Dr. Tilman Kaethner, Prof. Dr. Djordje Lazovic, Uwe Lange, Dr. Günter Meyer und Dr. Alexander Nowicki (Drucksache II - 01c) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht angesichts eines wachsenden Versorgungsbedarfs in einer Gesellschaft des langen Lebens, eines zunehmenden Fachkräftemangels und zugleich wachsender Versorgungsmöglichkeiten durch den medizinischen Fortschritt vor immensen Herausforderungen. Schon derzeit arbeiten Ärztinnen und Ärzte sowie die anderen Gesundheitsfachberufe an der Belastungsgrenze und oft darüber hinaus.

Deshalb ist es unbedingt erforderlich, die vorhandenen Versorgungskapazitäten stärker als bisher zielgerichtet einzusetzen. Das deutsche Gesundheitswesen ist wie wenige andere von einem kaum gesteuerten Zugang und einer unstrukturierten Inanspruchnahme gekennzeichnet. Dies ist auch zum Nachteil der Patientinnen und Patienten, denn unter diesen Bedingungen wird es immer schwieriger, eine abgestimmte und sichere Versorgung zu gewährleisten.

Ziel der Gesundheitsversorgung muss es sein, die vorhandenen Ressourcen so effektiv, aufeinander abgestimmt und effizient einzusetzen, dass sie dem tatsächlichen Behandlungsbedarf gerecht werden.

Zugang zur Regelversorgung steuern - klare Strukturen für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung

Die Patientinnen und Patienten in Deutschland sollten für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen. Dieser "erste Anlaufpunkt" übernimmt für alle gesundheitlichen Anliegen die primärärztliche Versorgung sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen.

Die primärärztliche Versorgung erfolgt durch eine Hausärztin/einen Hausarzt. Das SGB V ermöglicht schon heute die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V, die die qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Koordinations- und Integrationsfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten fördert. Dies hat sich bewährt und ist weiter auszubauen.

Dabei bleibt z. B. in der gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung der unmittelbare Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten. Bei Patientinnen und Patienten mit einer besonders im Vordergrund stehenden chronischen Erkrankung, die eine intensive und kontinuierliche fachärztliche Versorgung erfordert, kann die Behandlungskoordination durch die behandelnde Fachärztin bzw. den behandelnden Facharzt erfolgen.

Die freie Arztwahl bleibt im Rahmen dieser Vorgaben erhalten.

Leistungen, die in der primärärztlichen Versorgung erbracht werden, müssen sowohl im hausärztlichen wie auch konsekutiv auf Überweisung im fachärztlichen Bereich entbudgetiert werden.

Zugang zur Notfallversorgung steuern - vernetzte Leitstellen und standardisierte Ersteinschätzung

Entscheidend für die Steuerung des Zugangs in die Notfallversorgung ist die bundesweite Einrichtung gemeinsamer bzw. vernetzter Leitstellen von ärztlichem Bereitschaftsdienst (116 117) und Rettungsdienst (112).

Wesentlich sind zudem digitale Strukturen, die den Daten- und Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten der Notfallversorgung, eine Anzeige verfügbarer Versorgungskapazitäten in Echtzeit und direkte Online-Terminvergaben ermöglichen.

Davon ausgehend muss konsequent das Prinzip umgesetzt werden, nach dem alle Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden und in Notfällen zunächst über die Telefonnummer 116 117 bzw. 112 die gemeinsame bzw. vernetzte Leitstelle kontaktieren.

Über eine validierte standardisierte medizinische Ersteinschätzung muss eine Zugangssteuerung erstens nach medizinischer Dringlichkeit und zweitens verbindlich in die adäquate Versorgungsebene erfolgen. Versorgungsebenen sind z. B. die Vertragsarztpraxen, Notdienstpraxen, integrierte Notfallzentren (INZ), Notaufnahmen und komplementäre Angebote, wie psychosoziale, pflegerische und palliative Leistungen. Zudem muss ein bedarfsgerechter Einsatz telemedizinischer Versorgungsangebote in der Notfallversorgung ermöglicht werden.

Voraussetzungen für eine funktionierende Zugangssteuerung

Eine grundlegende Voraussetzung ist, die Gesundheitskompetenz der Menschen sowie ihr

Wissen über die Strukturen des Gesundheitswesens und deren sachgerechte Inanspruchnahme zu fördern. Beginnen muss dies schon im Kindes- und Jugendalter durch Implementierung eines Schulfaches Gesundheit in den Grund- und weiterführenden Schulen. Ebenso notwendig ist eine praxistaugliche Digitalisierung, die ein funktionierendes Schnittstellenmanagement und die Interoperabilität der Systeme ermöglicht.

Eine umfassende und funktionierende Koordination des Zugangs in die Gesundheitsversorgung erfordert von allen Beteiligten Verbindlichkeit: Versorgungspfade müssen von Patientinnen und Patienten und den beteiligten Berufsgruppen verlässlich eingehalten werden. Dafür muss sich Verbindlichkeit sowohl für Patientinnen und Patienten als auch die beteiligten Versorgungsstrukturen lohnen, z. B. durch bevorzugte Berücksichtigung bei Terminvergaben (bei vergleichbarer medizinischer Dringlichkeit) in vertragsärztlichen Praxen, entsprechenden Notfallpraxen und ggf. an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern.

Koordination und Kooperation über die Zugangssteuerung hinaus fördern

Die Zahl dauerhaft behandlungsbedürftiger, insbesondere multimorbider Patientinnen und Patienten nimmt in einer älter werdenden Gesellschaft zu. Auch haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geändert, insbesondere die Einbindung in Gemeinschafts- und Familienstrukturen. All dies erfordert heute eine Versorgung, die neben der ärztlichen Kompetenz auch andere medizinische und teils auch soziale Berufsgruppen einbeziehen muss.

Eine solche interprofessionelle Versorgung ist strukturell zu fördern und adäquat zu finanzieren. Ärztinnen und Ärzte tragen dabei die Gesamtverantwortung für Diagnostik und Therapie. Sie kooperieren gemeinsam mit ihren qualifizierten Medizinischen Fachangestellten (MFA) eng mit weiteren Gesundheitsfachberufen.

Erforderlich ist eine enge Vernetzung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten mit regionalen Einrichtungen der ärztlichen (z. B. OP-Zentren) und nichtärztlichen ambulanten Versorgung (z. B. Heilmittelerbringer, qualifizierte Pflegekräfte), mit Krankenhäusern, Pflegediensten und kommunalen Dienstleistungen (z. B. Sozialdienste). Die Ausgestaltung sollte flexibel von den Beteiligten an den regionalen Bedarf angepasst werden können. Die Zusammenarbeit kann über Einbindung in die vertragsärztliche Einrichtung, vor Ort und über eine telemedizinische Anbindung, aber auch über Kooperationsvereinbarungen erfolgen. Wesentlich sind auch hier digitale Lösungen, die eine strukturelle Vernetzung und asynchrone Kommunikation ermöglichen. Für die Vernetzung sollten verstärkt z. B. digitale Plattformen zur Verfügung gestellt werden, über die unter anderem Informationen und Daten ausgetauscht, Konsile und Fallbesprechungen organisiert und abgehalten sowie Termine für die weiterführende Versorgung eingestellt und vergeben werden können.

Zu den erforderlichen Rahmenvorgaben gehört sowohl die additive Finanzierung der

Leistungen des nichtärztlichen Personals sowie die Finanzierung von besonderen Aufgaben, wie die Arbeit im Team und im regionalen Netzwerk (Team- und Fallbesprechungen, Qualitätszirkel, regionale Vernetzung, interprofessionelle Schulungen) sowie Koordinationsleistungen und häusliche Betreuung. Dabei sind auch angemessene Vergütungen für telemedizinische Formate und Leistungen vorzusehen.

Besonderem Bedarf gerecht werden - Koordination und Unterstützung entlang definierter Behandlungspfade

Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf und/oder Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen benötigen in manchen Fällen eine qualifizierte Begleitung, die sie bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und auf dem Weg durch das Gesundheitssystem unterstützt. Eine solche Begleitung können in enger Abstimmung mit der ärztlichen Behandlung z. B. speziell fortgebildete MFA oder Pflegefachkräfte übernehmen.

Daneben sollten unter Einbindung des ärztlichen Sachverständes gezielt erkrankungs- und fachspezifische Versorgungsnetzwerke und -pfade für Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen und kontinuierlich hohem Versorgungsbedarf weiterentwickelt werden. Vorbilder sind Formate wie DMP G-BA-Richtlinien zur koordinierten Versorgung von schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten, Konzepte zur Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten (sektorenübergreifende Netzwerke mit onkologischen Zentren), zur vernetzten Schlaganfallnachsorge oder zur Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen sowie weitere von Fachgesellschaften und Berufsverbänden entwickelte Konzepte.

Sektorenverbindend versorgen - Rahmenbedingungen schaffen für eine gemeinsame Behandlungscoordination durch Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern, Arztpraxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Das deutsche Gesundheitswesen ist nach wie vor stark durch sektorenspezifische Rahmenvorgaben geprägt. Dem Versorgungsbedarf der Zukunft kann das Gesundheitswesen nur gerecht werden, wenn Ärztinnen und Ärzte die Patientenversorgung unabhängig von der sektoralen Zuordnung gemeinsam koordinieren können. Bereits jetzt versorgen Krankenhausärztinnen und -ärzte ihre Patientinnen und Patienten stationär wie ambulant; niedergelassene sowie ambulant angestellte Ärztinnen und Ärzte sind neben der Tätigkeit in Praxen und MVZ auch an oder in Krankenhäusern tätig, z. B. als Belegärztinnen und Belegärzte. Die gemeinsame Koordination wird aber vielfach noch durch kleinteilige bürokratische Vorgaben, überbordende Kontrollen und Hemmnisse beim Datenaustausch behindert.

Gerade an den Übergängen zwischen den Sektoren spielen digitale Lösungen eine Schlüsselrolle. Sie könnten eine sinnvolle und praktikable Organisation an den Schnittstellen ermöglichen und Reibungsverluste bei Kommunikation und Datenaustausch

zwischen den Sektoren verhindern. Auch sind sie für eine bürokratiearme und praxistaugliche Gestaltung des Einweisungs- und Entlassmanagements unerlässlich.

Gemeinsam handeln - Voraussetzungen schaffen und Veränderungen konkret umsetzen

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, die vorgenannten Strukturen und Forderungen im engen Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten und den weiteren Berufsgruppen im Gesundheitswesen jetzt umzusetzen und zu gestalten.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Flatrate-Suggestion der Politik und Kassen bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems ist unvereinbar mit den WANZ-Kriterien in § 12 des SGB V

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Dr. Matthias Bloechle, Prof. Dr. Bernd Bertram, Wieland Dietrich, Dr. Petra Bubel, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Martin Eichenlaub und Christa Bartels (Drucksache II - 09) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 stellt fest, dass das von Politik und Krankenkassen häufig suggerierte Flatrate-Angebot im Gesundheitswesen im Widerspruch zum § 12 SGB V steht. Das gilt auch für starre Vorgaben für Terminvorgaben.

Begründung:

Im internationalen Vergleich hat die Bevölkerung in Deutschland einen niederschweligen Zugang zu allen Gesundheitsleistungen und kann hier frei wählen. Das ist ein hohes Gut, das erhaltungswürdig ist. Oft genug sieht sich die Ärzteschaft aber auch Kritik der Politik und Krankenkassen ausgesetzt, nicht immer sofort alle Ansprüche zu erfüllen, besonders auch hinsichtlich der Terminwünsche. Damit wird der Bevölkerung ein Flatrate-Versprechen in der Beanspruchung suggeriert. Dies steht aber im Widerspruch zu den Behandlungsprinzipien des § 12 SGB V: "wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig".

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Gute Gesundheit für alle ist im Interesse aller

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Katharina Partow, Matthias Marschner, Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Joachim Suder, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Irmgard Pfaffinger und Stefanie Minkley (Drucksache II - 13) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 betont die große Bedeutung von Gesunderhaltung für die Zukunftsfähigkeit und Resilienz unserer Gesellschaft.

Die Aufrechterhaltung eines sehr guten Niveaus der Gesundheitsversorgung für die Breite der Gesellschaft ist gerade im Angesicht von demografischem Wandel und Fachkräftemangel eine wachsende Herausforderung.

Gesundheitseinrichtungen und ärztliche Behandlung müssen daher für alle Menschen, vor allem aber für Menschen mit geringem Einkommen und vulnerable Gruppen niederschwellig erreichbar sein. Um gute Gesundheit für möglichst viele Menschen zu erreichen und gleichzeitig mit vorhandenen Ressourcen verantwortungsvoll umzugehen, muss sichergestellt werden, dass der Zugang zu Gesundheitsversorgung diskriminierungsfrei geregelt wird.

Begründung:

Der enge Zusammenhang von Armut und Gesundheit stellt das Gesundheitssystem heute und umso mehr in der Zukunft vor große Herausforderungen. Gleichzeitig ist Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für Bildung und Erwerbsarbeit. Gesundheit ist "nicht nur" ein individuelles Ziel, sondern auch von hoher Bedeutung für die Stabilität unserer Gesellschaft.

Durch die Gleichzeitigkeit von demografischem Wandel, begrenzten planetaren und finanziellen Ressourcen und immer neuen disruptiven Ereignissen sind wir in besonderem Maße gefordert, mit den vorhandenen Ressourcen achtsam und verantwortungsvoll umzugehen.

Wenn im Zuge einer besseren Koordination und Orientierung im Gesundheitswesen aber finanzielle oder organisatorische Hürden eingezogen werden, dann erschweren diese in

größerem Maße für Menschen mit niedrigem Einkommen, mit Sprachbarrieren oder für besonders vulnerable Gruppen (Wohnungslose, Geflüchtete, Menschen mit Diskriminierungserfahrung) den Zugang zu Gesundheit als für gebildete und/oder wohlhabende Menschen.

Einer kurzfristigen finanziellen Entlastung oder vermeintlich eingesparten Patientinnen- und Patientenkontakten stehen ungleich höhere (Gesundheits-)Kosten in der Zukunft gegenüber.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Ärztliche Versorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Klaus Reinhardt, Dr. Jörg Ulf Wiegner und Dr. Sebastian Roy (Drucksache II - 11) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den nächsten Jahren geht die Generation der sogenannten Babyboomer in Rente. Für das Gesundheitswesen bedeutet dies eine doppelte demografische Herausforderung: Sehr viele Ärztinnen und Ärzte werden sich aus der medizinischen Versorgung verabschieden, zeitgleich steigt in einer Gesellschaft des langen Lebens der Behandlungsbedarf. Damit wird absehbar die Arbeitsverdichtung noch stärker als bisher zunehmen und zugleich die Motivation schwinden, unmittelbar in der ärztlichen Versorgung tätig zu werden.

Zum Jahresende 2023 waren 96.950 berufstätige Ärztinnen und Ärzte (23 Prozent) 60 Jahre oder älter. Deren Arbeitsvolumen droht in den nächsten fünf Jahren verloren zu gehen mit der Folge einer medizinischen Unterversorgung. Die politisch Verantwortlichen müssen deshalb bereits jetzt Anreizmodelle für Ärztinnen und Ärzte jenseits des Rentenalters entwickeln, damit diese sich weiterhin in die Sicherstellung der medizinischen Versorgung einbringen.

Zugleich muss gewährleistet werden, dass insbesondere Ärztinnen, die schon jetzt ca. 50 Prozent der Ärzteschaft ausmachen, Arbeitsbedingungen vorfinden, die es ihnen ermöglichen, Beruf und familiären Herausforderungen gleichermaßen gerecht zu werden. Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund familiärer Verpflichtungen in Teilzeit tätig sind, leisten durchschnittlich rund 26 Wochenarbeitsstunden, Ärztinnen und Ärzte in Vollzeit 47 Stunden. Nur durch geeignete Arbeitsbedingungen und motivierende gesetzliche Rahmenbedingungen lassen sich weitere Arbeitszeitpotenziale im Teilzeitbereich heben. Dies kann geregelt werden durch Steuerfreistellungen, Möglichkeiten der stundenweisen Tätigkeit in selbstständiger und angestellter Form sowie Freistellung von der Sozialversicherungspflicht, insbesondere im Notdienst, sowie Freistellung von der Rentenversicherungspflicht. Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit wollen und können dann einen höheren Beitrag zur Versorgung der Patientinnen und Patienten leisten, wenn Politik und Gesellschaft die entsprechenden Voraussetzungen dafür schaffen. Dies betrifft besonders die Bereitstellung von Kinderbetreuungsplätzen, deren Öffnungszeiten den Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten entsprechen. Eine Gesellschaft des langen Lebens muss diese Chancen der Fachkräftegewinnung nutzen.



Angesichts des übergreifenden Fachkräftemangels können die vorgeschlagenen Regelungen als Blaupause für alle Branchen und Berufsgruppen Wirkung entfalten und somit Wohlstand im demografischen Wandel sichern.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Primärversorgungszentren

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Torben Ostendorf, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Oliver Funken, Dr. Ulf Zitterbart, Jens Wagenknecht, Dr. Günter Meyer, Dr. Stefan Semmler, Dr. Susanne Bublitz, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Michael Niesen, Michael Andor, Dr. Christine Schroth der Zweite und Dr. Michael Hubmann (Drucksache II - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die politisch Verantwortlichen und die Krankenkassen dazu auf, hausärztliche Primärversorgungszentren (PVZ), die für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung notwendig sind, zu ermöglichen. Die für die Transformierung von Hausarztpraxen (§ 73 Abs. 1a SGB V) zum PVZ notwendigen Gelder sowie Mittel für das umfassende Versorgungsangebot sind zusätzlich zur bisherigen Finanzierung bereitzustellen.

Zum Mindeststandard der personellen Ausstattung eines hausärztlichen Primärversorgungszentrums gehört mindestens eine Hausärztin oder ein Hausarzt mit einem vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag. Im Team der nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollte eine akademisch geschulte Mitarbeiterin bzw. ein akademisch geschulter Mitarbeiter sein.

Wünschenswert wären dabei eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis und ein Studium, das auf die primärärztliche Versorgung zugeschnitten ist (z. B. Primary Care Manager [PCM] oder hausärztlich qualifizierter Physician Assistant [PA]).

Begründung:

Die Versorgung der Bevölkerung erfordert zunehmend einen sparsamen Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens. Die Steuerung und Koordinierung von Leistungen sind deswegen ein Gebot der Stunde und müssen durch sinnvolle strukturelle Maßnahmen ermöglicht werden.

Auch hausärztliche Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften erfüllen vollumfänglich diese Aufgaben. In der Zukunft wird es darüber hinaus aber notwendig

werden, auch - aber nicht nur - in ländlichen Bereichen größere Einrichtungen wie Primärversorgungszentren zu ermöglichen, um verschiedene Gesundheitsberufe zusammenzuführen und die Versorgung in einer Region sicherzustellen.

Ein Primärversorgungszentrum kann nur unter hausärztlicher Leitung diese Anforderungen erfüllen und in Kooperation mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie Kommunen eine ressourcenschonende, strukturierte und patientennahe Versorgung sicherstellen. Wichtig dabei ist, dass die formalen Anforderungen zur Gründung eines Primärversorgungszentrums nicht zu hoch sind.

Die Bindung eines Patienten oder einer Patientin an ein Primärversorgungszentrum durch Teilnahme an einem HZV-Vertrag erleichtert seine oder ihre Steuerung und Koordinierung bei Inanspruchnahme weiterer medizinischer Berufsgruppen oder Einrichtungen.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Nachwuchssicherung im hausärztlichen Bereich

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Torben Ostendorf, Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Dr. Oliver Funken, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Stefan Semmler, Dr. Günter Meyer, Dr. Christine Schroth der Zweite, Michael Andor, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Susanne Bublitz, Michael Niesen und Jens Wagenknecht (Drucksache II - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die politisch Verantwortlichen auf, alles dafür zu tun, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit der Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung für die Zukunft zu sichern. Hierzu ist die Sicherung einer ausreichenden Menge von Hausärztinnen und Hausärzten eine unabdingbare Voraussetzung. Dies zeigt auch das IGES-Gutachten vom November 2023, welches Erfolgsfaktoren zur Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses in anderen Ländern identifizierte.

Die Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik des Bundes und der Länder sind aufgefordert, diese Erkenntnisse zu nutzen und die vorhandenen Ansätze konsequent umzusetzen:

- Umsetzung der Reform der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) zur Stärkung und Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin während der medizinischen Ausbildung durch Änderung der Reform der ÄApprO (Umsetzen des konsentierten Masterplans 2020).
- Weiterentwicklung der Praxen und Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch klare Definition als primärärztliches Versorgungszentrum und damit als der am besten geeignete Ort der Koordination und Steuerung der Patientinnen und Patienten.
- Ermöglichung arbeitsteiliger Formen der Berufsausübung in Primärversorgungszentren, gegründet durch Hausärztinnen und Hausärzte (HÄPPI) und unter Einbeziehung arztentlastender akademischer Teammitglieder sowie weiterer versorgender Berufsgruppen unter hausärztlicher Supervision.

Begründung:

Das Förderprogramm Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V hat in den letzten zehn Jahren zu einer spürbaren Steigerung der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin

geführt (plus 57 Prozent). Die altersbedingten Abgänge aus dem hausärztlichen Bereich können aber dadurch nicht kompensiert werden. Deshalb ist es notwendig, weitere Maßnahmen zu ergreifen, um alles dafür zu tun, dass die hausärztliche Versorgungsebene auch in Zukunft den Patientinnen und Patienten in ausreichendem Umfang zur Verfügung steht.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) hat 2023 ein Gutachten beim IGES-Institut in Auftrag gegeben, um die Erfolgsfaktoren für eine zahlenmäßig ausreichende Gewinnung von Hausärztinnen und Hausärzten in europäischen Ländern zu evaluieren.

Neben der guten und strukturierten Weiterbildung der Allgemeinmedizin, die durch das Förderprogramm unter anderem durch die Kompetenzzentren sichergestellt wird, werden als weitere starke Erfolgsfaktoren genannt:

- die Stärkung hausärztlicher Inhalte während der Ausbildung,
- eine Gatekeeper-Rolle von Hausärztinnen und Hausärzten in der Versorgung und
- kooperative und arbeitsteilige Formen der Berufsausübung.

Für alle diese Erfolgsfaktoren gibt es in Deutschland bereits Ansätze. Die politisch Verantwortlichen werden aufgefordert, diese Ansätze zu realisieren. Dazu gehören insbesondere

- das Umsetzen des Masterplans (Reform der ÄApprO),
- Stärkung der Hausarztpraxis als zentraler Ort für die primärmedizinische und koordinierende Versorgung der Patientinnen und Patienten und schließlich
- die Ermöglichung primärmedizinischer Versorgungszentren unter hausärztlicher Gründung, wie sie bereits im Versorgungskonzept "Hausärztliches Primärversorgungszentrum - Patientenversorgung Interprofessionell" (HÄPPI-Konzept) beschrieben sind.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Forderung nach Entbudgetierung - Abkehr von der Quartalsbindung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sven Dreyer, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Sylvia Ottmüller, Dr. Lydia Berendes, Michael Lachmund und Hans-Martin Wollenberg (Drucksache II - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Entbudgetierung für alle Facharzttrichtungen und die Abkehr von der quartalsweisen Abrechnung und Verordnung. Damit wird eine bedarfsorientierte und patientenzentrierte Versorgung ermöglicht und die Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung werden von administrativen Aufgaben entlastet.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Abschaffung der Budgetierung der fachärztlichen Vergütung im
niedergelassenen Bereich

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Lisa Rosch, Sebastian Exner, Alexander Fuchs, Dr. Thomas Lipp, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz und Dr. Constantin Janzen (Drucksache II - 08) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Budgetierung der fachärztlichen Vergütung im niedergelassenen Bereich abzuschaffen.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Konzept für Versorgungssteuerung unter Berücksichtigung der
Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten entwickeln

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Thomas Lipp (Drucksache II - 14) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, bis zum 129. Deutschen Ärztetag 2025 ein konkretes Konzept für eine sozial ausgewogene Versorgungssteuerung zu entwickeln, unter zwingender Berücksichtigung der verschiedenen Möglichkeiten der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten.



TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten

Spezielle Anträge zur Steuerung der Notfallversorgung

- II - 05 Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung
- II - 07 Notrufpatienten bedarfsgerecht versorgen - Gesundheitsleitstellen als "Single Point of Contact"
- II - 04 Zertifizierung digitaler Assistenzsysteme für die Steuerung von Notfallpatienten

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Prof. Dr. Henrik Herrmann, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Sven Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Sylvia Ottmüller, Dr. Florian Gerheuser, Christina Hillebrecht und Anne Kandler (Drucksache II - 05) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert im Rahmen der anstehenden Reform der Notfallversorgung gesetzliche Grundlagen für eine sinnvolle Patientensteuerung. Das auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten ausgetragene "Pingpong" zwischen den Sektoren muss beendet werden. Voraussetzung für eine sinnvolle Patientensteuerung ist die intersektorale Zusammenarbeit.

1. Während der Sprechzeiten sollen sich Patientinnen und Patienten an ihren Hausarzt wenden.
2. Ist das nicht möglich, erfolgt die Kontaktaufnahme unter der Rufnummer 116 117 zu der gemeinsamen Leitstelle. Dort erfolgen die validierte Ersteinschätzung und die Zuweisung zur geeigneten Versorgungsebene. Diese reicht von der einfachen Gesundheitsberatung über die fallabschließende telemedizinische Betreuung bis hin zur Disposition klassischer Rettungsmittel. Auch passgenaue Angebote wie z. B. eine unterstützende aufsuchende Hilfe, die psychosoziale oder sozialmedizinische Notfallintervention oder eine Akutpalliativversorgung sollen vermittelt werden können. Der verpflichtende Aufdruck der Rufnummer 116 117 auf der Versichertenkarte könnte die Kontaktaufnahme der Patientinnen und Patienten mit den richtigen Ansprechpartnern erleichtern.
3. Am zentralen Anlaufpunkt "gemeinsamer Tresen" im Krankenhaus werden Patientinnen und Patienten nach medizinischer Dringlichkeit eingeschätzt und im weiteren Verlauf der geeigneten Versorgungsebene zugewiesen. Voraussetzung hierfür ist die derzeit unzureichende Vorhaltung von Akutbehandlungsterminen im ambulanten, hausärztlichen und fachärztlichen Sektor. Diese sollte regional und transparent geregelt werden. Um ärztliche Ressourcen nicht zu verschwenden, muss auch eine fallabschließende Versorgung möglich und gegenfinanziert sein.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Notrufpatienten bedarfsgerecht versorgen - Gesundheitsleitstellen als "Single Point of Contact"

Beschluss

Auf Antrag von Sylvia Ottmüller, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Karl Brey, Dr. Florian Gerheuser, Dr. Annette Luther, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Andreas Schießl, Simone Weiße-Löbner, Dr. Sven Dreyer und Anne Kandler (Drucksache II - 07) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert, zur zielgenauen Versorgung von Notrufpatientinnen und Notrufpatienten und anderen Anrufenden mit medizinischen Fragestellungen ein bundesweit einheitliches System von "Gesundheitsleitstellen" zu schaffen. Um Hilfesuchenden die jeweils passgenaue Unterstützung vermitteln zu können, müssen diese ein differenziertes Hilfsangebot disponieren können, u. a.:

- telemedizinische, möglichst fallabschließende Beratung und Unterstützung,
- direkte Weiterleitung oder Terminvermittlung an Praxen und andere ambulante Strukturen,
- Notfallrettungsmittel (mit und ohne Arztbesetzung),
- niederschwelligere Akutversorgungsmittel (z. B. Gemeindenotfallsanitäter),
- unterstützende aufsuchende Hilfe,
- psychosoziale Notfallintervention,
- sozialmedizinische Notfallintervention,
- Akutpalliativversorgung,
- Krankentransporte.

Dabei müssen die Bestandteile der Gesundheitsleitstelle keineswegs unter einem Dach oder nur durch bestimmte Anbieter vorgehalten werden. Entscheidend ist die Bündelung aller dringlichen Kontaktaufnahmen unabhängig von z. B. der gewählten Telefonnummer in ein einheitliches, leistungsstarkes, qualitätsgesichertes und transparentes System, in dem Anrufende nahtlos und möglichst abschließend betreut werden.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Zertifizierung digitaler Assistenzsysteme für die Steuerung von
Notfallpatienten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Florian Gerheuser, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Mirko Barone, Dr. Lydia Berendes, Daniel Fischer, Dr. Christoph Janke, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Andreas Schießl, Dr. Frank J. Reuther und Prof. Dr. Jörg Weimann (Drucksache II - 04) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 weist darauf hin, dass digitale Assistenzsysteme für die Steuerung von Notfallpatienten vor ihrer Einführung in die Patientenversorgung mittels wissenschaftlichen Standards genügenden Verfahren u. a. hinsichtlich Patientensicherheit, Diskriminationsfähigkeit, Objektivität, Reliabilität, Validität, Sicherstellung der fortlaufenden Berücksichtigung der aktuellen medizinischen Erkenntnis sowie des Qualitätsmanagements evaluiert und validiert werden müssen.

Die weitreichende Entscheidung für ein System, das Notfallpatientinnen und -patienten der richtigen Versorgungsebene zuweisen soll, muss transparent erfolgen und den nationalen und europäischen Rechtsvorschriften entsprechen. Nur zum Zeitpunkt der Einführung legale Alternativen dürfen bei der Vergabeentscheidung Berücksichtigung finden.

Die Festlegung auf ein System ohne Validierung der angeführten Bewertungskriterien ist patientengefährdend. Die Solidargemeinschaft benötigt auch Kenntnis der potenziellen Fehleinschätzungsrate, um ein solches System akzeptieren zu können.

Begründung:

International ist in den Rettungsleitstellen die digital assistierte strukturierte und standardisierte Notrufabfrage und -bearbeitung auf dem Vormarsch, weil sie eine ebenso reproduzier- wie nachvollziehbare Ersteinschätzung ermöglicht und die Reaktion auf den Notruf nicht von Tagesform und Qualifikation der Leitstellenmitarbeiter abhängig ist.

Ständiges qualitätsgesichertes Nachjustieren der Alarm- und Ausrückeordnung (AAO) steigert die Effizienz der Rettungskette durch Verringerung von Über- und Untertriage. Zusätzlich entsteht ein für die Versorgungsforschung wichtiger Datensatz, und nicht zuletzt schafft ein standardisiertes Abfragesystem Rechtssicherheit für das Leitstellenpersonal.

Angesichts der Komplexität eines solchen Systems muss sich jede Neuentwicklung einer rigiden Eignungsprüfung nach wissenschaftlichen Standards unterziehen und selbstverständlich allen einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen.

Grundsätzlich wird jedes digitale Assistenzsystem zur Ersteinschätzung, welches eine zeitliche Latenz zur Erstbehandlung oder einen Wechsel der Versorgungsebene ("redirection") empfehlen darf, eine gewisse Fehleinschätzungsrate aufweisen. Diese birgt entweder ein direktes Gefährdungspotenzial für die Patienten (Untertriage) oder führt durch Mehrbelastung des Systems durch Übertriage zu einer indirekten Patientengefährdung (bei Ressourcenmangel) und/oder Mehrausgaben. Diese Fehlerrate muss beziffert werden. Darüber hinaus muss der maximale Grad der Fehleinschätzung im gesellschaftlich-ethischen Diskurs unter Berücksichtigung der ökonomischen Folgen konsentiert werden.

Aufgrund des hohen Multiplikatoreffekts bei Ersteinschätzungssystemen müssen statt dem Prozentwert der Fehleinschätzung vor allem die Absolutzahlen von potenziell betroffenen Patienten bedacht werden.



TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten

Spezielle Anträge zur Steuerung im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie

- II - 10 Steuerung der psychosomatisch Erkrankten durch die dafür weitergebildeten Fachärztinnen und Fachärzte sinnvollerweise ermöglichen
- II - 12 Terminservicestellen als Steuerungsinstrument bei Psychotherapie kontraproduktiv

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Steuerung der psychosomatisch Erkrankten durch die dafür weitergebildeten
Fachärztinnen und Fachärzte sinnvollerweise ermöglichen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Hildgund Berneburg, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Regine Held, Dr. Matthias Bloechle, Wieland Dietrich, Dr. Klaus J. Doubek und PD Dr. Heiner van Randenborgh (Drucksache II - 10) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sollen an der Steuerung der Patientinnen und Patienten ihres Fachgebiets analog aller anderen versorgenden Gebietsärzte teilhaben können. Das ist aufgrund der einschränkenden Einordnung als ausschließlich psychotherapeutisch Tätige nicht gegeben. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Partner der Selbstverwaltung auf, hier konstruktiv mitzuwirken.

Begründung:

Dieses selbstverständlich klingende Postulat ist wegen historisch begründeter bedarfsplanerischer und honorartechnischer Restriktionen immer noch nicht erfüllt. Die zum Teil chronifizierten Patientinnen und Patienten können nicht ausreichend lange Zeit fachärztlich psychosomatisch betreut werden. Dies führt im Ergebnis sehr häufig zu einer Fehl-, Vielfach- und parallelen Mehrfachbeanspruchung und -versorgung mit vermeidbarer zusätzlicher Belastung und Kosten für das Gesundheitssystem.

**TOP II Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der
Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten**

Titel: Terminservicestellen als Steuerungsinstrument bei Psychotherapie
kontraproduktiv

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Ivo Grebe, Dr. Regine Held, Dr. Matthias Bloechle, Dr. Klaus J. Doubek und Wieland Dietrich (Drucksache II - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Bei der Vermittlung psychotherapeutischer Behandlungen, welche in aller Regel mehrere bis viele kontinuierliche Termine erfordern, erweist sich die Vermittlung von einzelnen Leistungen (Sprechstunde, Akutbehandlung, probatorische Sitzungen) nicht als Lösung eines Versorgungsproblems, sondern als ein Teil davon. Ebenso wenig sinnvoll ist die Vermittlung von Einzelterminen an Krankenhäuser. Es ist erforderlich, das Vermittlungsgeschehen hierauf zu überprüfen und gegebenenfalls auf eine Änderung im § 75 SGB V hinzuwirken.

Begründung:

Durch die Vermittlung zehntausender Einzeltermine jedes Quartal bundesweit gehen lediglich wichtige Behandlungskapazitäten verloren, ohne dass für die allermeisten Inanspruchnehmenden eine Lösung erarbeitet werden kann.

Im Gegenteil: Termine von Terminservicestellen ([TSS]-Termine), die abgearbeitet werden müssen, ohne dass im Anschluss Behandlungen erfolgen, verursachen nachvollziehbar Ärger und Frustration bei Hilfesuchenden. Eine beabsichtigte Verbesserung in der Versorgung wird damit konterkariert. Eine Vermittlung an Krankenhäuser ist aus Versorgungsgründen ebenfalls unsinnig. Sollten dort Behandlungen korrekt durchgeführt werden, müssten dort mehr Stellen geschaffen und vorgehalten werden, die dem Facharztstatus genügen. Das ist weder Realität noch realistisch organisierbar. Daher ist die Norm auf diese Aspekte hin kritisch anzupassen.



**TOP IIIa Ärztliche Weiterbildung - Änderung der
(Muster-)Weiterbildungsordnung**

IIIa - 01 Änderung der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin -
Aufnahme der Anästhesiologie als zugangsberechtigtes Fach

TOP IIIa Ärztliche Weiterbildung - Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Titel: Änderung der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin - Aufnahme der Anästhesiologie als zugangsberechtigtes Fach

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache IIIa - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 (Fassung vom 29.06.2023) wird im Abschnitt C bei der Zusatz-Weiterbildung (ZWB) Transplantationsmedizin unter den "Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO" im ersten Spiegelstrich nach "Allgemeinchirurgie" das Gebiet "Anästhesiologie" eingefügt.

Begründung:

Fachärztinnen und Fachärzten für Anästhesiologie soll der Erwerb der ZWB Transplantationsmedizin ermöglicht werden, um auf diese Weise die Versorgung der betroffenen Patientengruppe zu stärken.

Den Fachärztinnen und Fachärzten für Anästhesiologie kommt bei der Versorgung der relevanten Patientengruppe im Kontext von Transplantationen eine besondere Bedeutung zu.

Die Transplantation solider Organe ist hochkomplex und mit hohen operativen Risiken behaftet. Eine bedeutende Relevanz kommt der Einschätzung des Operationsrisikos zu, da es sich bei den betreffenden Organen um eine knappe Ressource handelt und die Indikationsstellung zur Operation nicht nur Auswirkungen auf den betroffenen Patienten hat, sondern ggf. auch auf Patienten, die alternativ als Empfänger des Organs in Frage gekommen wären. Diese erfolgt durch spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie in der Regel in Transplantationskonferenzen.

Darüber hinaus trägt die anästhesiologische intraoperative Betreuung der betroffenen Patienten maßgeblich zum Erfolg des operativen Ergebnisses bei.

Auch obliegt der Facharztgruppe das anästhesiologische Management von Transplantationen, welches beispielsweise das Gerinnungsmanagement, die Einschätzung des Einflusses von Komorbiditäten oder den Einsatz von extrakorporalen Verfahren umfasst.

Die sich an eine Transplantation anschließende postoperative intensivmedizinische Behandlung wird in der Regel auf anästhesiologisch geführten operativen Intensivstationen vorgenommen. Sowohl immunsuppressive Therapieoptionen, infektiologische Aspekte als auch postoperative Komplikationen und deren Behandlungen werden von der Facharztgruppe der Anästhesistinnen und Anästhesisten im interdisziplinären Kontext mit den jeweiligen das Grundleiden behandelnden operativen Disziplinen erörtert und umgesetzt.

Zudem haben bereits mehrere Ärztekammern die Anästhesiologie als weiteres zugangsberechtigtes Fach für die ZWB Transplantationsmedizin aufgenommen, sodass mit der Aufnahme der Anästhesiologie in die MWBO 2018 auch eine bundesweite Vereinheitlichung angestrebt wird.

Eine Verhältnismäßigkeitsprüfung hinsichtlich der Aufnahme des Faches ist erfolgt; diese hält der Prüfung stand.

Hinweis:

Bei einem Beschluss des Deutschen Ärztetages zur Aufnahme der Anästhesiologie als zugangsberechtigtes Fach für die ZWB Transplantationsmedizin würde diese zum 30.06.2024 in der MWBO 2018 umgesetzt werden. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat für diesen Fall vorsorglich die inhaltliche Ausgestaltung der Anforderungen für Anästhesistinnen und Anästhesisten entsprechend der **Anlage** auf Grundlage der Empfehlungen der Weiterbildungsgremien befürwortet.



TOP IIIb Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht eLogbuch

- IIIb - 02 eLogbuch benutzerfreundlicher gestalten
- IIIb - 01 Evaluation des eLogbuchs

TOP IIIb Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht eLogbuch

Titel: eLogbuch benutzerfreundlicher gestalten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Regine Held, Friederike Bennett, Dr. Petra Bubel, Dr. Matthias Bloechle, Dr. Christian Messer, Dr. Yüksel König und Dr. Laura Schaad (Drucksache IIIb - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert, dass bei der Weiterentwicklung des eLogbuchs in Zukunft stärker auf die Funktionalität und Bedienbarkeit der Anwendung geachtet werden muss. Die nötigen Finanzmittel sind im Haushalt der Bundesärztekammer bereitzustellen.

Begründung:

Nach Einführung des eLogbuchs wird von den Weiterzubildenden und den Weiterbildungsbefugten wiederholt auf die komplizierte Handhabung der neuen Anwendung hingewiesen. Im Sinne der Nutzerfreundlichkeit und Akzeptanz des Online-Tools muss die Software stärker an den Wünschen, Anforderungen und Nutzergewohnheiten der Anwender ausgerichtet werden. Letztlich konkurriert das eLogbuch, wie alle sonstigen Internetseiten und Smartphone-Apps, mit den hochentwickelten Angeboten der marktführenden Plattformen und IT-Dienstleister. Für eine nachhaltige Nutzerakzeptanz sollte das Designniveau des eLogbuchs so weit wie möglich daran ausgerichtet werden.

TOP IIIb Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht eLogbuch

Titel: Evaluation des eLogbuchs

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Sven Dreyer, Sylvia Ottmüller, Christina Hillebrecht, Dr. Matthias Fabian, Anne Kandler, Dr. Florian Gerheuser, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Frank J. Reuther, Dr. Lydia Berendes und Michael Lachmund (Drucksache IIIb - 01) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer dazu auf, zur Verbesserung der Anwenderfreundlichkeit des elektronischen Logbuchs (eLogbuch) eine Befragung unter den Nutzern (Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Weiterbildungsbefugte) zu veranlassen. Die Ergebnisse sollen umgehend in die Fachgremien der Bundesärztekammer eingebracht, konsequent umgesetzt und beim 129. Deutschen Ärztetag 2025 vorgestellt werden.



**TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der
ärztlichen Weiterbildung**

Weiterentwicklung MWBO
MWBO - Allgemein/Paragraphenteil
MWBO - Facharzt-Weiterbildungen
MWBO - ZWB
Evaluation
Quotierung / Steuerung
Weiteres



TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Weiterentwicklung MWBO

- IIIc - 01 Eckpunkte zur Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018
- IIIc - 11 Weiterbildung 2030
- IIIc - 12 Weiterbildungsverbände durch geeignete Konzepte fördern
- IIIc - 14 Förderung der lokalen und regionalen ärztlichen Weiterbildung
- IIIc - 17 Verbundweiterbildung: Vertragsgestaltung unter Koordination der Landesärztekammern

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Eckpunkte zur Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache IIIc - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 soll anhand der folgenden Eckpunkte weiterentwickelt werden:

I. Eckpunkte für Abschnitt C (Zusatz-Weiterbildungen)

- Gliederung des Abschnitts C in die Unterkategorien "C1", "C2" und "C3" (Arbeitstitel) mit folgenden Ausrichtungen:
 - "C1": Grundsätzlich hauptberuflich und die gesamte Arbeitszeit einnehmend; Erwerb mit den klassischen Weiterbildungskriterien, d. h. Nachweis von Weiterbildungsinhalten und Weiterbildungszeiten, vermittelt durch einen Weiterbildungsbefugten oder eine Weiterbildungsbefugte an einer Weiterbildungsstätte, im eLogbuch und Absolvieren einer Weiterbildungsprüfung;
 - "C2": Fokussierung des Gedankens der "berufsbegleitenden Weiterbildung"; Erwerb ohne eine vorgegebene Weiterbildungszeit und ohne den Aspekt der "Hauptberuflichkeit", aber mit Weiterbildungsbefugtem oder Weiterbildungsbefugter, eLogbuch und Absolvieren einer Weiterbildungsprüfung;
 - "C3": Führende Bezeichnung durch Absolvieren eines Kurses nach Weiterbildungsordnung mit Lernerfolgskontrolle, aber ohne Weiterbildungszeiten, ohne Weiterbildung bei einem oder einer Weiterbildungsbefugten und ohne eLogbuch;
 - Zuordnung von Zusatzqualifikationen in die zutreffende Kategorie;
 - Prüfung, ob einzelne Zusatz-Weiterbildungen als Schwerpunktqualifikationen ausgewiesen werden können;
 - Prüfung, welche Zusatz-Weiterbildungen außerhalb der (Muster-)Weiterbildungsordnung abgebildet werden können;
 - Kritische Prüfung möglicher neuer Qualifikationen für Abschnitt C;
-

II. Weitere Eckpunkte

- Anpassung des Paragraphenteils der (Muster-)Weiterbildungsordnung;
- Kriterien zur Aufnahme neuer Weiterbildungsbezeichnungen;
- Kürzung von Weiterbildungszeiten (ggf. Ausrichtung an Weiterbildungszeiten entsprechend der Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen);
- Reduktion von Weiterbildungsinhalten im Sinne einer grundständigen Ausrichtung von Facharzt-Weiterbildungen;
- Etablierung von neuen didaktischen Methoden, beispielsweise "Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten" (APT), und neue Prüfungsverfahren;
- Einbezug von Fachgesellschaften/Berufsverbänden für Abschnitt B (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen) und anlassbezogen für Zusatz-Weiterbildungen.

Dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 soll auf Grundlage der Eckpunkte ein konkreter Entwurf für einen neu strukturierten Abschnitt C der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorgelegt werden.

Begründung:

Der 127. Deutsche Ärztetag 2023 hat in einem Beschluss die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" und das Präsidium der Bundesärztekammer aufgefordert, bis zum 128. Deutschen Ärztetag 2024 Eckpunkte zur Fortentwicklung der Weiterbildung zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund haben sich die Weiterbildungsgremien und der Vorstand der Bundesärztekammer intensiv mit der Thematik befasst und schlagen vor, dass sich die Weiterentwicklung an den oben genannten Eckpunkten orientiert.

In einem ersten Schritt soll Abschnitt C fokussiert werden; anschließend soll der Anpassungsbedarf im Abschnitt B und im Paragraphenteil geprüft werden.

In diesem Zusammenhang sollen auch aktuelle Entwicklungen und veränderte Rahmenbedingungen berücksichtigt werden.

Ziel der Überarbeitung ist unter anderem die Verschlinkung der (Muster-)Weiterbildungsordnung sowie die Vereinfachung der Verwaltungsprozesse in den Kammern zugunsten der Kammermitglieder.

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Weiterbildung 2030

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Wolf Andreas Fach und Dr. Christian Piper (Drucksache IIIc - 11) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der Vorstand und die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" der Bundesärztekammer werden beauftragt, kurzfristig in Abstimmung mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden Eckpunkte für die Fortentwicklung der Weiterbildungsordnung zu entwickeln.

Begründung:

Die Weiterbildung unterliegt einer raschen Veränderung durch Medizin, gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Veränderungen. Der Prüfauftrag umfasst die Möglichkeiten:

- Keine oder minimale Veränderungen erforderlich.
- Die Weiterbildung wird strukturiert, evaluiert und nach Möglichkeit verkürzt.

Ziel ist ein besserer Kompetenzerwerb in kürzerer Zeit durch Priorisierung und Straffung der Weiterbildung und Verminderung von "leerer" Stationsarbeit etc. Familienbedingte Verlängerungen der Weiterbildungszeit könnten vermindert werden. Arbeitsverdichtungen und ein "Arztlight" müssen vermieden werden.

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Weiterbündungsverbände durch geeignete Konzepte fördern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Regine Held, Dr. Sabine Köhler, Dr. Jörg Ulf Wiegner, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Petra Bubel und Dr. Matthias Bloechle (Drucksache IIIc - 12) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung" der Bundesärztekammer damit zu beauftragen, zum 129. Deutschen Ärztetag 2025 ein Konzept für Befugungskriterien zu erarbeiten, die sicherstellen, dass kombiniert ambulant-stationäre Weiterbündungsverbände für diejenigen Gebiete, in denen ambulante Versorgung stattfindet, gefördert werden.

Begründung:

Das Wesen des freien Berufes Arzt zeichnet sich dadurch aus, auf der Grundlage der besonderen beruflichen Qualifikation, die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Dienstleistung am Patienten zu erbringen. Zunehmende Arbeitsverdichtung, demografische Entwicklung und damit verbunden auch ein Ausscheiden der Ärztegeneration der Babyboomer verursachen schon jetzt Versorgungslücken. Die Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz [KHVVG]) wird zur weiteren Spezialisierung der Krankenhäuser, zur Verdichtung der Leistungsgruppen an wenigen Kliniken und damit zu einem Abbau an klinischen Weiterbildungsstellen führen. Dieser Umstand macht es - auch aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) - erforderlich, sich mit der zukünftigen Strukturierung der ärztlichen Weiterbildung (MWBO) sowie der Finanzierung der Weiterbildung zu befassen.

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Förderung der lokalen und regionalen ärztlichen Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Hansjörg Heep, Dr. Lydia Berendes, Dr. Sven Dreyer, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Andreas Botzlar, Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka, Carsten Mohrhardt, Dr. Klaus Thierse, Bernd Zimmer, Dr. Wolfgang Miller, Thomas Franke und Dr. Wilhelm Rehorn (Drucksache IIIc - 14) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert alle Institutionen auf, die lokal und regional an der Gesundheitsversorgung beteiligt sind, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten, die eine gesicherte ärztliche Weiterbildung ermöglichen.

Begründung:

Eine der wichtigsten Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung ist, dafür zu sorgen, dass die ärztliche Weiterbildung auch in Zukunft qualitativ hochwertig sichergestellt wird. Es ist daher nicht nachzuvollziehen, dass die Politik die ärztliche Weiterbildung kaum berücksichtigt. Im Zuge der notwendigen Umgestaltung des Krankenhaussektors, der zunehmenden Ambulantisierung und durch die wichtige finanzielle Förderung im vertragsärztlichen Sektor, werden vermehrt lokale und regionale Weiterbildungsverbände für notwendige Rotationen realistisch gestaltet werden müssen. Voraussetzung für solche Verbände sind rechtssichere Arbeitsverträge, eine Angleichung der Gehälter, Anpassungen der Berufshaftpflichten, Aufhebungen von Steuerhürden und drohenden Sanktionierungen durch Orts- und Arbeitgeberwechsel. Ziel muss es sein, die Weiterbildung lokal und regional attraktiv zu gestalten, damit in Zukunft gute Medizin durch bestens weitergebildete Ärztinnen und Ärzte angeboten wird.

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Verbundweiterbildung: Vertragsgestaltung unter Koordination der Landesärztekammern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Jürgen Tempel, Ernst-Dieter Boisch, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Constantin Janzen, Uwe Lange, Jens Wagenknecht, Dr. Günter Meyer, Dr. Alexander Nowicki und Dr. Kai Johanning (Drucksache IIIc - 17) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zu prüfen, ob und inwieweit das Erstellen von Musterverträgen zur Unterstützung von Verbundweiterbildung sinnvoll und realisierbar ist. Gegebenenfalls wird die Bundesärztekammer beauftragt, insoweit Musterverträge zu erstellen und den Landesärztekammern zur Verfügung zu stellen.

Begründung:

Nicht nur die Entwicklung in ärztlichen Fachgebieten, sondern auch die Versorgungslandschaft entwickeln sich ständig (weiter). Damit einher gehen Veränderungen der Möglichkeiten zur Vermittlung von Kompetenzen in Weiterbildungsstätten, die sich für Weiterzubildende nicht immer positiv auf eine zeitlich reibungslose Durchführung der Weiterbildung auswirken. Um einen kompletten Kompetenzerwerb möglichst innerhalb der jeweiligen Mindestweiterbildungszeit zu fördern, dürften zunehmend Verbundweiterbildungskonzepte gefragt sein.

Das bedeutet, dass zunehmend in vielen Fächern Weiterbildung nur noch in Kooperation zwischen Kliniken und ambulanter Versorgung möglich ist, teils nur länderübergreifend. Sowohl Weiterbilder als auch Weiterzubildende brauchen Sicherheit für ihre Weiterbildungszeit. Dementsprechend müssen mitunter neue inhaltliche, finanzielle und auch vertragliche Strukturen entwickelt werden. Musterverträge könnten dabei helfen. Die Durchführung, die Kontrolle und Weiterentwicklung der Weiterbildung, kurzum Weiterbildung muss Aufgabe der Ärztekammern bleiben.



TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

MWBO - Allgemein/Paragraphenteil

- IIIc - 05 Anerkennung von Weiterbildung in Teilzeit
- IIIc - 19 Anerkennung von Teilzeit-Weiterbildungszeiten

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Anerkennung von Weiterbildung in Teilzeit

Beschluss

Auf Antrag von Sebastian Exner, Dr. Thomas Lipp, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Lisa Rosch, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Han Hendrik Oen, Bettina Rakowitz, Dr. Stefan Schröter und Dr. Constantin Janzen (Drucksache IIIc - 05) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Landesärztekammern auf, Weiterbildung in Teilzeit (ab 50 Prozent) grundsätzlich anzuerkennen, ohne dass dies eine gesonderte Genehmigung erfordert - so wie es in vielen Kammern bereits der Fall ist.

Begründung:

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird immer wichtiger. Hinzukommt die weitere Differenzierung von Arbeits- und Lebensmodellen, die ebenfalls zu einem höheren Ausmaß an Teilzeittätigkeit führt. Eine gesonderte Genehmigung für Weiterbildungsabschnitte, die im Rahmen einer Teilzeittätigkeit absolviert werden, ist nicht mehr zeitgemäß. Wenn wir dem Ärztemangel entgegenwirken wollen, müssen wir Weiterbildung in Teilzeit eher fördern als einschränken.

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Anerkennung von Teilzeit-Weiterbildungszeiten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jonathan Sorge, Dr. Sven Dreyer, Michael Lachmund, Katharina Stoev, Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Feras El-Hamid, Carsten Mohrhardt, Dr. Kathrin Schawjinski, Jürgen A. Weber und Dr. Ingolf Hosbach (Drucksache IIIc - 19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 beauftragt die Ständige Konferenz "Ärztliche Weiterbildung", folgende Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu prüfen:

In § 4 (5) "Die Weiterbildung ist grundsätzlich ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchzuführen. Sie setzt die Beteiligung an sämtlichen ärztlichen Tätigkeiten in dem Bereich voraus, in dem die Weiterbildung erfolgt. Eine berufsbegleitende Weiterbildung ist bei Zusatz-Weiterbildungen zulässig, sofern dies in Abschnitt C vorgesehen ist." ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

"Äquivalenz dazu besteht auch, wenn an mehreren Weiterbildungsstellen eine Teilzeittätigkeit parallel betrieben wird, die zusammen der Vollzeittätigkeit entspricht."

In § 4 (6) "Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen eines geregelten Kompetenzerwerbs einer ganztägigen Weiterbildung entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend." ist nach Satz 2 folgender Satz zu ergänzen:

"Bei parallelen Weiterbildungsstellen entsprechend § 4 (5) Satz 2 können einzelne Teilzeittätigkeiten auch angerechnet werden, wenn diese nicht den Voraussetzungen nach Satz 2 entsprechen, solange die Summe Satz 2 entspricht."



TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

MWBO - Facharzt-Weiterbildungen

IIIc - 03 Verpflichtende ambulante Weiterbildungszeit im Fachgebiet der Kinder- und
Jugendmedizin

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Verpflichtende ambulante Weiterbildungszeit im Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, Dr. Petra Bubel, Thomas Dörner, Dr. Frank Lautenschläger, Dr. Carola Lüke, Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter, PD Dr. Christine Schneemilch und Henrik Straub (Drucksache IIIc - 03) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

In den Gremien der Bundesärztekammer soll die Aufnahme einer verpflichtenden ambulanten Weiterbildungszeit in die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer zur Fachärztin und zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin geprüft werden.

Begründung:

Das Berufsbild der Ärztinnen und Ärzte im Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt und findet, ähnlich wie im Fachgebiet der Allgemeinmedizin, zu großen Teilen im ambulanten Bereich statt.

Neben einem breiten kurativen, diagnostischen und sozialpädiatrischen Anteil wird die Tätigkeit der Kolleginnen und Kollegen im ambulanten kinder- und jugendmedizinischen Bereich durch die präventive Medizin, insbesondere Impfmedizin und Früherkennungsuntersuchungen, geprägt. Besonders letztere werden in der zunehmend intensiv- und spezialmedizinisch sowie onkologisch geprägten stationären Kindermedizin allenfalls marginal vorgehalten und vermittelt. Obwohl sich dies in der Kompetenzvermittlung während der Weiterbildung adäquat widerspiegeln muss, sieht die MWBO keinen verpflichtenden Weiterbildungsabschnitt in der ambulanten Versorgung vor, wie es in der Allgemeinmedizin gelebt wird.

Die Gremien der Bundesärztekammer sollten daher durch den 128. Deutschen Ärztetag 2024 beauftragt werden, die Aufnahme und Dauer einer verpflichtenden ambulanten Weiterbildungszeit in die MWBO zur Fachärztin und zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu prüfen.



TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

MWBO - ZWB

- IIIc - 08 Zusatzbezeichnung Notfallmedizin: Im höchsten Risikobereich muss auch ein Facharztstandard gelten
- IIIc - 07 Weiterbildung der Notfallmediziner durch erfahrene Notfallmediziner sichern
- IIIc - 16 Förderung der Zusatz-Weiterbildung Medizinische Informatik für Ärzte als Schlüsselqualifikation für die Digitalisierung der Medizin

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Zusatzbezeichnung Notfallmedizin: Im höchsten Risikobereich muss auch ein Facharztstandard gelten

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Ulrich Schwille (Drucksache IIIc - 08) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 möge den Vorstand der Bundesärztekammer beauftragen, bis zum kommenden Deutschen Ärztetag zu prüfen, die Mindestanforderungen nach § 11 Weiterbildungsordnung an die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und an die Voraussetzungen der "klinischen Akut- und Notfallmedizin" sachgerecht anzupassen.

Die Änderung könnte wie folgt lauten:

- Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und
- zusätzlich sechs Monate Intensivmedizin, die auch während der Facharzt-Weiterbildung abgeleistet werden können und
- zusätzlich 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 Weiterbildungsordnung in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung und
- anschließend 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsetzungsfahrzeug oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines weiterbildungsermächtigten Notarztes, davon können bis zu 25 Einsätze im Rahmen eines standardisierten anerkannten Simulationskurses abgeleistet werden.

Begründung:

Die präklinische Notfallmedizin ist ein Hochrisikobereich, bei dem es um Situationen mit unmittelbarer Bedrohung des Lebens oder der elementaren Gesundheit des Patienten geht. Durch die Weiterentwicklung der vergangenen Jahre im Bereich des Rettungsdienstes, insbesondere auch mit der Etablierung des Berufsbildes des Notfallsanitäters als hochqualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsfachberuf, wird es in Zukunft beim Einsatz des Notarztes noch mehr auf dessen fachliche und manuelle Expertise im Sinne der Ausbildung und Handlungssicherheit ankommen. Nachdem bereits 1993 der Facharzt als alleinige ambulante Behandlungsoption etabliert wurde, wird es nunmehr 31 Jahre später dringend Zeit, dies auch im Rahmen der Weiterbildungsanforderungen nachzuholen. Dies auch, um Substitutionsbestrebungen des



Arztes durch die Politik in diesem elementaren Gesundheitsfeld nachhaltig etwas entgegen zu können. Neben dem Facharzt als Zugangsberechtigung muss die präklinische Weiterbildung durch weiterbildungsermächtigte Notärzte erfolgen. Ein alleiniges "Mitfahren" ist vollkommen unzureichend.

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Weiterbildung der Notfallmediziner durch erfahrene Notfallmediziner sichern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Ulrich Schwille (Drucksache IIIc - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer zu prüfen, bis zum kommenden 129. Deutschen Ärztetag 2025 eine Möglichkeit zu erarbeiten, in den Mindestanforderungen der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin bei den geforderten Notarzteeinsätzen im Satzteil "unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes" dieses durch "unter Anleitung eines weiterbildungsermächtigten Notarztes" zu ersetzen und die Richtlinien für die Ermächtigung in diesem Sonderfall zu erarbeiten.

Begründung:

Bei den Weiterbildungsinhalten und Kompetenzen werden Fähigkeiten und Kenntnisse verlangt, welche nur im präklinischen Setting anzutreffen sind, ebenso Rechts- und Planungskenntnisse, welche ebenfalls nur in der Präklinik gültig sind (PsychKG, präklinische Leichenschau, MANV, Zusammenarbeit mit Feuerwehr/Polizei). Den weiterbildungsermächtigten Ärzten für den klinischen Ausbildungsteil in der Anästhesie oder Intensivmedizin müssen diese Kenntnisse und Fähigkeiten im Rahmen ihrer alltäglichen Berufsausübung nicht präsent sein. Sie können diese somit auch nicht im eLogbuch bescheinigen. Es bedarf daher auch der Weiterbildungsermächtigung ausgewählter "systemverantwortlicher" Notärzte (z. B. ÄLRD, ärztliche Standortleiter und deren Stellvertretungen), damit auch diese Inhalte im Rahmen des Einsatzpraktikums strukturiert an die Weiterzubildenden weitergegeben werden können. Diese Forderung wurde z. B. von der Ärztekammer Niedersachsen so umgesetzt.

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Förderung der Zusatz-Weiterbildung Medizinische Informatik für Ärzte als Schlüsselqualifikation für die Digitalisierung der Medizin

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Irmgard Landgraf, Julian Veelken, Matthias Marschner, Jana Reichardt, Dr. Christian Messer, Dr. Laura Schaad und Dr. Thomas Werner (Drucksache IIIc - 16) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Medizinische Informatik muss als wichtige Kernkompetenz in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten erhalten werden, damit die zunehmend notwendige Digitalisierung im Gesundheitswesen sinnvoll und am Patienteninteresse orientiert in die ärztliche Versorgung integriert werden kann. Ein wichtiger Schritt dazu ist die Förderung der Zusatz-Weiterbildung Medizinische Informatik für Ärztinnen und Ärzte. Dazu müssen zum einen Weiterbildungsstätten für Medizinische Informatik ausgebaut werden, z. B. über die Anerkennung für Professuren für Medizinische Informatik für Ärztinnen und Ärzte. Zum anderen gilt es, Anreize für die ärztliche Weiterbildung in Medizinischer Informatik zu schaffen.

Begründung:

Der demografische Wandel mit seiner altersabhängigen Zunahme chronischer Erkrankungen und die steigenden Erwartungen an eine individuelle Gesundheitsversorgung mit komplexen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten fordern unser Gesundheitssystem enorm heraus. Digitale Technologien im Gesundheitswesen mit der Notwendigkeit, diese effektiv zu integrieren und zu nutzen, werden unverzichtbar. Wir brauchen deshalb zunehmend mehr Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzqualifikation Medizinische Informatik, die in der Lage sind, an der Schnittstelle zwischen Medizin und Technologie zu agieren. Medizinische Informatik kann keine spezielle Ausbildung für Informatiker sein, denn diese kennen unseren ärztlichen Versorgungsalltag und unsere digitalen Unterstützungsbedarfe nicht. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann nur gelingen, wenn sie von Ärztinnen und Ärzten mitentwickelt wird. Deshalb ist die Zusatz-Weiterbildung Medizinische Informatik unverzichtbar.



TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Evaluation

IIIc - 15 Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung

IIIc - 06 Weiterbildungsevaluation nach Beispiel der norddeutschen Kammern bundesweit durchführen

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Friederike Bennett, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Kai Johanning, Dr. Dr. Eva See, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Annette Luther, Kevin Lütje, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Alexander Schultze und Dr. Kathleen Chaoui (Drucksache IIIc - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesärztekammer auf, ein Konzept zur systematischen Qualitätssicherung und Evaluation der ärztlichen Weiterbildung zu entwickeln.

Begründung:

Aktuell findet die Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung deutschlandweit noch sehr inhomogen, unsystematisch und, wenn man die bisherigen Evaluationen der Weiterbildung betrachtet, auch unzureichend statt. Die World Federation for Medical Education (WFME) hat globale Standards für die Qualitätsverbesserung der ärztlichen Weiterbildung erstellt und 2023 überarbeitet. Zusammen mit allgemeinen Methoden der Qualitätssicherung könnten diese als Grundlage für die Erstellung eines Konzepts zur Qualitätssicherung dienen.

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Weiterbildungsevaluation nach Beispiel der norddeutschen Kammern
bundesweit durchführen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Sebastian Exner, Dr. Stefan Schröter, Dr. Thomas Lipp, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Lisa Rosch, Alexander Fuchs, Dr. Tilman Kaethner, Ulrich Schwille, Dr. Constantin Janzen, Dr. Han Hendrik Oen und Bettina Rakowitz (Drucksache IIIc - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Landesärztekammern auf, sich an den Weiterbildungsevaluationen der norddeutschen Kammern (z. B. Nordrhein) zu beteiligen, die ärztliche Weiterbildung auf der Grundlage bundeseinheitlicher Standards alle zwei Jahre zu evaluieren und die Befragung sowohl unter Weiterzubildenden als auch Weiterbildenden durchzuführen.

Begründung:

Die Bundesärztekammer hat eine bundeseinheitliche Evaluation der Weiterbildung bereits beschlossen, aber bisher scheitert es an der Umsetzung in den Landesärztekammern. Die norddeutschen Kammern sind nun mit gutem Beispiel vorangegangen und haben sich bereits über die Fragestellungen und das Format Gedanken gemacht. Wenn sie nun ihre Arbeitsergebnisse mit den verbliebenen Kammern teilen und die verbliebenen Kammern auf diese zurückgreifen, könnte die erste bundeseinheitliche Evaluation der neuen Weiterbildungsordnung bis zum 129. Deutschen Ärztetag 2025 vorliegen.



TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Quotierung / Steuerung

- IIIc - 02 Keine Steuerung der ärztlichen Weiterbildung durch Dritte
- IIIc - 10 Ärztliche Weiterbildung - Quotierung wird abgelehnt

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Keine Steuerung der ärztlichen Weiterbildung durch Dritte

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache IIIc - 02) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 weist Bestrebungen und Versuche Dritter zurück, die ärztliche Weiterbildung zu steuern oder zu quotieren. Ebenso wird jede Vorgabe von Dritten für Ärztinnen und Ärzte in der Wahl ihrer Facharzt-Weiterbildung abgelehnt.

Begründung:

Den Landesärztekammern ist durch die jeweiligen Heilberufe- und Kammergesetze der Länder die Aufgabe übertragen, die Weiterbildung ihrer Kammermitglieder zu regeln, Weiterbildungsverbände und Kooperationen zu fördern und ihre Mitglieder in allen Fragen der Weiterbildung zu beraten.

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Ärztliche Weiterbildung - Quotierung wird abgelehnt

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Regine Held, Dr. Sabine Köhler, Dr. Jörg Ulf Wiegner, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Petra Bubel, Dr. Matthias Bloechle und PD Dr. Heiner van Randenborgh (Drucksache IIIc - 10) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege fordert in seinem Jahresgutachten 2024 "Fachkräfte im Gesundheitswesen - Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource" u. a. die Einführung "einer regional differenzierten Quotierung der Facharztweiterbildungsplätze". Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 lehnt diese Forderung ausdrücklich ab!

Begründung:

Zum Wesen des freien Berufes Arzt gehört die freie und selbstbestimmte Berufsausübung von Beginn an der Weiterbildungsphase nach Erlangen der Approbation.



TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Weiteres

- IIIc - 09 Ärztliche Weiterbildung sektorenverbindend ermöglichen
- IIIc - 20 Qualifizierung von Weiterbildungsbefugten

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Ärztliche Weiterbildung sektorenverbindend ermöglichen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Johannes Albert Gehle, Benjamin Breckwoldt, Maylis Jungwirth, Dr. Florian Gerheuser, Sylvia Ottmüller, Dr. Christoph Janke, Dr. Jörg Woll und Prof. Dr. Dr. Christof Hofele M.Sc. (Drucksache IIIc - 09) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung auf, die gesetzlichen Hürden für eine sektorenverbindende ärztliche Weiterbildung zu beseitigen und eine suffiziente finanzielle Förderung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zu etablieren. Für die Zeit der ärztlichen Weiterbildung müssen daher insbesondere die Regelungen zur Arbeitnehmerüberlassung überprüft und entsprechend angepasst werden.

Begründung:

Die zunehmende Ambulantisierung der Medizin verlagert medizinische Leistung aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich. Hier können die klassischen Praxen von Niedergelassenen, ambulante Zentren von Kliniken, ausgelagerte medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder etwa auch die neu angedachten Einrichtungen der Basisversorgung geeignete Weiterbildungsstätten sein.

Die neue Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte orientiert sich an zu erwerbenden Kompetenzen und unterscheidet insbesondere nicht, in welchem Sektor (ambulant oder stationär) diese Kompetenzen erworben werden. Somit werden infolge der Ambulantisierung zukünftig viele Weiterbildungsinhalte nicht mehr - wie bisher üblich - ausschließlich in stationären Einrichtungen vermittelt.

Idealerweise folgt also die Ärztin und der Arzt zum Erwerb der notwendigen Kompetenzen den jeweiligen medizinischen Leistungen. Dadurch wird aber zwangsweise eine Sektorengrenze überschritten. Hieraus resultieren unvermeidbare arbeitsrechtliche Folgen, da die jeweilige Erbringung von Leistungen, aber auch bspw. eine ärztliche Haftpflichtversicherung, an ein Arbeitsverhältnis an der versorgungsrechtlich jeweils zuständigen Stelle gebunden ist.

Die Ärztinnen und Ärzte können daher ihre Weiterbildung nicht mehr - wie bisher üblich - im Rahmen eines durchgehenden Arbeitsverhältnisses absolvieren. Stattdessen müssen sie

den Arbeitgeber wechseln, was zu entsprechenden Unsicherheiten führt, wie etwa einer neuen Wartezeit im Rahmen des Kündigungsschutzgesetzes oder einer fehlenden Tarifbindung.

Den dargestellten Problemen könnte am einfachsten durch einen flexiblen Einsatz des Weiterzubildenden im Rahmen einer "Überlassung" zum Zwecke der Weiterbildung bei ansonsten nach Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (Ärztarbeitsvertragsgesetz - ÄArbVtrG) für die Dauer der Weiterbildung durchgängigen bestehenden Arbeitsvertrag begegnet werden. Dies wird jedoch durch die aktuellen Regelungen des Gesetzes zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz - AÜG) erheblich erschwert, wenn nicht verunmöglicht - und zwar unabhängig davon, in welchem Sektor der jeweilige Arbeitsvertrag besteht.

Gründe hierfür sind:

- Die Arbeitnehmerüberlassung ist nach § 1 AÜG erlaubnispflichtig und müsste daher immer wieder neu beantragt werden. Dies steigert ohne Not den im Rahmen der ärztlichen Dokumentation ohnedies schon erheblichen bürokratischen Aufwand weiter.
- Die Beantragung einer Erlaubnis zur Arbeitnehmerüberlassung ist mit Gebühren zwischen 218 Euro und 2.060 Euro verbunden. Angesichts der Menge zu beantragender Erlaubnisse würden dem Gesundheitssystem in erheblichem Umfang Mittel entzogen, die ohnehin schon zu knapp bemessen sind.
- Die Arbeitnehmerüberlassung ist darüber hinaus umsatzsteuerpflichtig. Hierdurch entstehen weitere, erhebliche Kosten, die nicht gegenfinanziert sind.
- Die Arbeitnehmerüberlassung ist auf 18 Monate begrenzt. Bei Mindestweiterbildungszeiten von fünf bis sechs Jahren - in Teilzeitarbeitsverhältnissen entsprechend auch länger - können viele Weiterbildungsgänge nicht sinnvoll durchlaufen werden.

Um eine sektorenverbindende ärztliche Weiterbildung zu ermöglichen, bedarf es einer speziellen Regelung zur Arbeitnehmerüberlassung während der Zeiten der ärztlichen Weiterbildung analog zum Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG), welches ebenfalls eine Ausnahme von der üblichen Norm für den speziellen Bereich der ärztlichen Weiterbildung darstellt.

Darüber hinaus ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine suffiziente finanzielle Förderung der Weiterbildung in geeigneter Form unentbehrlich, da gute Weiterbildung Aufwand bedeutet und Zeit benötigt. Zudem dürfen Patientenströme zwischen den an der Überlassung beteiligten Versorgungseinrichtungen grundsätzlich nicht den Verdacht einer Zuweisung gegen Entgelt durch Gewährung wirtschaftlicher Vorteile auslösen.

Übergeordnetes Ziel ist die Sicherung der Qualität auch der zukünftigen ärztlichen Weiterbildung. Unnötige Hürden dienen weder Ärztinnen und Ärzten, noch helfen sie



Patientinnen und Patienten!

TOP IIIc Ärztliche Weiterbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung

Titel: Qualifizierung von Weiterbildungsbefugten

Beschluss

Auf Antrag von Friederike Bennett, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Kai Johanning, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Kathleen Chaoui, Julian Veelken, Dr. Laura Schaad, Matthias Marschner, Dr. Innokentij Jurastow, Dr. Irmgard Landgraf, Dr. Susanne von der Heydt, Prof. Dr. Jörg Weimann, Dr. Katharina Thiede, Dr. Matthias Albrecht, Dr. Cornelius Weiß, Dr. Christian Messer, Kevin Lütje, Hannah Teipel, Dr. Ivo Grebe, Dr. Regine Held und Jana Reichardt (Drucksache IIIc - 20) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Landesärztekammern auf, alle Weiterbildungsbefugten zur Teilnahme an einem Seminar zur formalen und medizindidaktischen Fortbildung bezüglich der ärztlichen Weiterbildung zum nächst möglichen Zeitpunkt zu verpflichten (Stichwort "Train the Trainer"). Die Qualifizierung kann stufenweise erfolgen, beginnend mit der Qualifizierung aller neu Befugten.

Begründung:

Die Qualifizierung soll die Weiterbildungsbefugten in ihrer Tätigkeit unterstützen und u. a. die Qualität von Supervision, Feedback und der verpflichtenden "Logbuch-Gespräche" zur Lernstandserhebung und Planung der Weiterbildung steigern.



**TOP III d Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht aus der
Arbeitsgruppe „Grundsatzfragen zur Finanzierung der
ärztlichen Weiterbildung“**

- III d - 01 Sicherung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung
- III d - 02 Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung
- III d - 07 Finanzierung Weiterbildung
- III d - 05 Sicherstellung und Ausbau der ambulanten fachärztlichen
Weiterbildung
- III d - 03 Fortführung der Förderung der Weiterbildung nach der
Unterbrechung durch Mutterschutz und Elternzeit garantieren
- III d - 04 Rahmenbedingungen zum Erhalt der Arbeitskraft und zur
Fortführung der ärztlichen Weiterbildung in Schwangerschaft, Stillzeit,
Elternschaft und anderer Sorgearbeit in der Familie gesetzlich verankern
- III d - 06 Finanzierung von operativer und interventioneller Weiterbildung
durch die Einführung spezieller OPS-Codes

**TOP IIIId Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht aus der Arbeitsgruppe
 „Grundsatzfragen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“**

Titel: Sicherung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache IIIId - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der Berufsabschluss mit Approbation als Ärztin oder Arzt berechtigt zur uneingeschränkten Ausübung der Heilkunde. Für eine hochwertige Patientenversorgung sind eine Spezialisierung und Vertiefung der ärztlichen Fähigkeiten und das Erlernen neuer Kompetenzen durch die ärztliche Weiterbildung unverzichtbar. Die Realität der ärztlichen Weiterbildung hat sich durch den hohen Spezialisierungsgrad, die zunehmende Ambulantisierung und weitere Rahmenbedingungen in den letzten Jahren verändert.

1. Zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung müssen auch in Zukunft ausreichend durch ärztliche Weiterbildung qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte zur Verfügung stehen.
 2. Die ärztliche Weiterbildung findet sowohl im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung in den verschiedenen Versorgungsbereichen als auch darüber hinaus statt, beispielsweise durch strukturierte Kurs-Weiterbildungen.
 3. Vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts besteht die zunehmende Notwendigkeit, spezialisierte Fähigkeiten und Fertigkeiten durch moderne Lehr- und Lernmethoden (z. B. KI, Skills Lab) zu erwerben, die zusätzlich finanzielle Aufwendungen erfordern.
 4. Die Versorgungsbereiche werden unterschiedlich finanziert. Der Finanzierungsaufwand der Weiterbildung setzt sich zusammen aus der angemessenen Vergütung der ärztlichen Tätigkeit für die Weiterzubildenden gem. § 4 Abs. 2 (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 sowie aus dem zusätzlich zu finanzierenden Aufwand für die Weiterbildung als solche.
 5. Zum Erwerb aller erforderlichen Kompetenzen sind vermehrt die Weiterbildungsstätten - insbesondere auch zwischen dem ambulanten und stationären Bereich - zu wechseln, um die notwendige Anzahl unterschiedlicher Krankheitsbilder zu sehen und zu behandeln.
-

6. Alle Weiterbildungsbefugten benötigen für die Anleitung von Weiterzubildenden ausreichend zeitliche Ressourcen, die zusätzlich finanziert werden müssen.
7. Gerade ambulante Einrichtungen haben neben dem Gehalt der Ärztin/des Arztes zusätzliche Aufwendungen durch die ärztliche Weiterbildung. Auch diese müssen refinanziert sein.
8. Die Verantwortung für die ärztliche Weiterbildung obliegt den Ärztekammern, insbesondere durch Vorgaben in ihrer Weiterbildungsordnung auf Grundlage des jeweiligen Heilberufe- und Kammergesetzes und die Erteilung von Befugnissen zur Leitung der ärztlichen Weiterbildung.
9. Der Arztberuf ist ein freier Beruf. Dazu gehört auch, dass Ärztinnen und Ärzte die Fachrichtung sowie die entsprechenden Weiterbildungsstätten wählen und ihre Weiterbildung unter Berücksichtigung der Vorgaben der Ärztekammern individuell gestalten können.

Ärztliche Weiterbildung ist ein Teil der Daseinsvorsorge. Deshalb fordert der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

- Die politisch Verantwortlichen werden aufgefordert, eine vollständige und hinreichende Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung sicherzustellen. Hierbei müssen sowohl die ärztliche Tätigkeit des Weiterzubildenden als auch die notwendigen zusätzlichen Kosten auskömmlich finanziert werden.
- Mit der Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit erfolgt eine Teilnahme an der Versorgung der Bevölkerung. Diese Versorgungsleistung ist der ambulanten oder stationären Einrichtung vollständig zu vergüten. Weiterzubildende erhalten eine angemessene Vergütung von der sie anstellenden Einrichtung.
- Die angemessene Vergütung von ärztlichen Weiterzubildenden soll in allen Versorgungsbereichen mit den Gehältern im stationären Bereich vergleichbar sein. Hierfür ist eine ausreichende Finanzierung zu gewährleisten. Das bedeutet auch, dass über die finanzielle Förderung nach § 75a SGB V hinaus weitere Mittel eingesetzt werden müssen.
- Zudem soll eine Weiterbildungspauschale zur Finanzierung des zusätzlichen strukturellen und personellen Aufwands eingeführt werden, die beispielsweise auch aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden könnte.
- Ziel einer neuen Finanzierungssystematik muss sein, die erforderliche Anzahl von ärztlichen Weiterbildungsstellen unter veränderten Rahmenbedingungen auch zukünftig zu sichern.

- Eine Begrenzung oder Steuerung der ärztlichen Weiterbildung durch Dritte ist auszuschließen.

**TOP III d Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht aus der Arbeitsgruppe
 „Grundsatzfragen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“**

Titel: Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Steffen König, M.B.A., Carola Bartzky, Silke Felgentreff, Dr. Ina Martini, Antje Meinecke, MUDr. Peter Noack, Alina Sassenberg, Ulrich Schwille und Frank-Ullrich Schulz (Drucksache III d - 02) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Bundesregierung, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, endlich belastbare gesetzliche Grundlagen für eine auskömmliche Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu schaffen.

Begründung:

In der Zukunft muss die ärztliche Weiterbildung im ambulanten und im stationären Bereich gestärkt werden. Die Aussage, dass die Kosten der Weiterbildung im stationären Bereich in den Diagnosis Related Groups (DRGs) inkludiert sind, war nie richtig. Im Prozess der Umsetzung der Krankenhausreform wird es zusätzlich zur Verknappung der Weiterbildungsstellen kommen. Außerdem werden immer mehr Teile der ärztlichen Weiterbildung in den ambulanten Bereich verlagert, in dem die Weiterbildung ebenso ungenügend finanziert ist.

Die Vergütung der ambulanten und stationären Weiterbildung muss eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein. Deshalb ist es essenziell, die mit dem Ärztlichen Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) ermittelten Stellen voll zu refinanzieren und gleichzeitig eine Finanzierungsgrundlage im ambulanten Bereich auf gleichem Niveau zu schaffen. Dabei ist die Rolle der Ärztekammern als gesetzlich Verantwortliche für die ärztliche Weiterbildung zu respektieren.

Die intrinsische Motivation der Kolleginnen und Kollegen ist durch die zunehmende Verschlechterung der Rahmenbedingungen, insbesondere durch die maßlose Bürokratie, massiv unterminiert worden und reicht allein nicht mehr aus. Wenn wir in Zukunft noch Fachärztinnen und Fachärzte weiterbilden wollen, muss die Finanzierung geregelt werden.

**TOP IIIId Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht aus der Arbeitsgruppe
 „Grundsatzfragen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“**

Titel: Finanzierung Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Christian Piper und Dr. Norbert Smetak (Drucksache IIIId - 07) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert von den Kostenträgern im Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik in Bund und Ländern die Finanzierung einer tarifgerechten Vergütung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung in Klinik, medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) und Praxis unabhängig von Gebiet, Schwerpunkt und Zusatz-Weiterbildung.

Begründung:

Ärztinnen und Ärzte üben bereits in der Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine qualifizierte ärztliche Tätigkeit aus. Eine qualitativ anspruchsvolle kompetenzbasierte Weiterbildung wird im stationären Bereich über eine unzureichende Vergütung durch DRG-Anteile berücksichtigt. Im ambulanten Bereich ist eine regelhafte Finanzierung insbesondere in der fachärztlichen Versorgungsebene nicht vorgesehen. Vorhersehbare Verlagerungen von Anteilen der Weiterbildung in den ambulanten Bereich sind ohne eine Gegenfinanzierung nicht möglich. Steuernde Effekte einer Finanzierung auf das Gebiet der Weiterbildung sind auszuschließen.

**TOP IIIId Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht aus der Arbeitsgruppe
 „Grundsatzfragen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“**

Titel: Sicherstellung und Ausbau der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Regine Held, Dr. Sabine Köhler, Dr. Jörg Ulf Wiegner, Dr. Ellen Lundershausen, Dr. Petra Bubel und Dr. Matthias Bloechle (Drucksache IIIId - 05) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, neben der Regelung in § 75a SGB V, die ärztliche Weiterbildung als staatliche Aufgabe der "Daseinsfürsorge" finanziell zu fördern und zu erweitern. Damit soll die erforderliche Anzahl an ambulanten Weiterbildungsstellen gesichert und die langfristige fachärztliche Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden.

Jede Weiterbildungsstätte erhält eine pauschale Entschädigung pro Weiterzubildenden aus Steuermitteln in Höhe eines Viertels des zu zahlenden Gehaltes für Supervisionsaufwand sowie eine Vorhaltepauschale für zusätzliche Zahlungen pro Weiterbildungsstätte für nachgewiesenen materiellen Aufwand der Weiterbildungsstätte (z. B. Skills labs, Geräteausstattung, Kurs-Weiterbildungen) aus dem Gesundheitsfonds.

Qualitätsgesicherte Weiterbildung kostet Geld. Eine Weiterbildungsstätte muss in die Lage versetzt werden, allen Anforderungen an die Qualitätssicherung der Weiterbildung entsprechen zu können. Die Qualitätssicherung in der Weiterbildung obliegt der Selbstverwaltung.

Begründung:

Das Gehalt der Weiterzubildenden muss gesichert sein.

Die Honorierung der Weiterbildungsassistenten im stationären Setting erfolgt derzeit über den im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) kalkulierten Arztlohn und wird über die Diagnosis Related Group (DRG) vergütet. Auch zukünftig soll die Höhe der Vergütung über tarifvertragliche Regelungen erfolgen. Die Absenkung der DRG zugunsten einer Vorhaltepauschale hat zur Folge, dass eine vom DRG-System unabhängige Honorierungsquelle erschlossen werden muss.

Im ambulanten Versorgungsbereich kommen die Möglichkeiten der Honorierung der

Weiterzubildenden über den § 75a SGB V an ihre Grenzen. In vielen KV-Bereichen reichen die Mittel zur Weiterbildungsfinanzierung für alle Haus- und Facharztgruppen nicht aus. Zudem ist die Beschränkung auf "grundversorgende Facharztgruppen" nicht zielführend. Um diesen Herausforderungen gerecht werden zu können, fordern die Ärztinnen und Ärzte zusätzliche Mittel des Bundes aus Steuermitteln auf der Basis der "Daseinsfürsorge". Diese können durch die finanziellen Regelungen des § 75a SGB V auf dem Niveau von 2023 mit zusätzlicher Anhebung abgerechneter Punktzahlvolumina der Weiterbildungspraxen für die Dauer der Weiterbildung ergänzt werden.

**TOP IIIId Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht aus der Arbeitsgruppe
 „Grundsatzfragen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“**

Titel: Fortführung der Förderung der Weiterbildung nach der Unterbrechung durch
 Mutterschutz und Elternzeit garantieren

Beschluss

Auf Antrag von Christina Hillebrecht, Dr. Jan Helge Kurschel, Sonja Pieper, Bettina Rakowitz und Dr. Knut Spieker (Drucksache IIIId - 03) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der Gesetzgeber und die Partner der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V werden aufgefordert, die gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben zur Förderung der Weiterbildung dahingehend zu konkretisieren, dass die Förderung auch während des Mutterschutzes ohne Anrechnung auf die maximale Förderdauer erfolgt. Außerdem muss sichergestellt sein, dass die Fortführung der Förderung nach der Unterbrechung wegen Elternzeit ab dem Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Weiterbildung garantiert wird und ausreichende Mittel bereitgestellt werden, ohne dass ein erneutes Antragsverfahren durchgeführt werden muss.

Begründung:

Gegenwärtig ist die Fortführung der Förderung der Weiterbildung nach deren Unterbrechung durch Mutterschutz und/oder Elternzeit häufig nur unter Inkaufnahme von mehrmonatigen Verzögerungen durch eine erneute Antragstellung samt der damit verbundenen bürokratischen Verfahren sowie der Limitierung der Fördermittel für die fachärztliche Weiterbildung möglich. Dies ist weder familien- noch versorgungsfreundlich und beeinträchtigt unnötig die Attraktivität des Berufes in der Patientenversorgung.

**TOP IIIId Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht aus der Arbeitsgruppe
„Grundsatzfragen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“**

Titel: Rahmenbedingungen zum Erhalt der Arbeitskraft und zur Fortführung der
ärztlichen Weiterbildung in Schwangerschaft, Stillzeit, Elternschaft und
anderer Sorgearbeit in der Familie gesetzlich verankern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Dr. Eva See, Dr. Dorothea Sophie Kerner, Prof. Dr. Doreen Richardt, LL.M., Dr. Christiane Groß, M.A., Dr. Ina Martini, Dr. Annette Luther, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Wolf Andreas Fach, Dr. Susan Trittmacher und Dr. Christoph Polkowski (Drucksache IIIId - 04) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, rechtliche Rahmenbedingungen für eine strukturelle Förderung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zu schaffen und zu finanzieren. Dies muss in besonderem Maße die Arbeits- und Lebensbedingungen derjenigen berücksichtigen, die aufgrund von Schwangerschaft, Stillzeit, Elternschaft und anderer Sorgearbeit in der Familie Unterstützung bedürfen.

Begründung:

Aufgrund des Fachkräftemangels und des demografischen Wandels erachtet es der 128. Deutsche Ärztetag als notwendig, dass die Fortführung ärztlicher Tätigkeit werdender Mütter und Väter, Eltern und weiterer Angehöriger, Pflegende, Ärztinnen und Ärzte insbesondere während der Zeit ihrer Weiterbildung unterstützt wird. Primäres Ziel ist der Erhalt der ärztlichen Arbeitskraft sowie das schnellstmögliche Erreichen der Fachärztinnen- bzw. Facharztstufe. Als Grundlage hierfür wird die positive Auslegung des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) für schwangere und stillende Ärztinnen (u. a. mit Durchsetzung der Gefährdungsbeurteilungen und Ermöglichungsbeschreibungen an jedem Arbeitsplatz) erachtet. Dies gilt ausdrücklich auch in herausfordernden Bereichen (z. B. Kontroll- oder Überwachungsbereiche, OP), sofern physisch und psychisch gesundheitlich möglich.

**TOP IIIId Ärztliche Weiterbildung - Sachstandsbericht aus der Arbeitsgruppe
„Grundsatzfragen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“**

Titel: Finanzierung von operativer und interventioneller Weiterbildung durch die
Einführung spezieller OPS-Codes

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Joachim Suder und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache IIIId - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, durch die Einführung spezieller OPS-Codes bei Operationen und Interventionen die Vereinbarung höherer Vergütungen zu ermöglichen, wenn die Prozeduren nachweislich von weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten unter fachärztlicher Aufsicht durchgeführt werden.

Begründung:

Weder im ambulanten noch im stationären Sektor sind die Kosten für die ärztliche Weiterbildung in den Vergütungen durch die Kostenträger abgebildet.

Dies führt dazu, dass operative und interventionelle Weiterbildung sich für Krankenhausträger in keiner Weise ökonomisch "lohnt", was es für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung immer wieder massiv erschwert, in ihrer Weiterbildung voranzukommen. Unter Einbeziehung aller Kosten beträgt z. B. der "Preis" für eine OP-Minute etwa 15 bis 18 Euro. Das bedeutet, dass bereits eine Verlängerung der Operationszeit um 10 bis 15 Minuten die Kosten der Operation um rechnerisch 150 bis 180 Euro erhöht, ohne dass diese zusätzlichen Kosten erstattet werden.

In der Realität liegt der zusätzliche Zeitaufwand bei einer assistierten Operation in der Regel weitaus höher. Unter ökonomischen Aspekten müssen daher eigentlich immer die erfahrensten Kolleginnen und Kollegen selbst operieren. Dies erschwert neben allen anderen organisatorischen und personellen Hürden die Anleitung von weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten in erheblichem Maße.

Um die Gesundheitsversorgung auch in der Zukunft auf einem hohen Niveau aufrechtzuerhalten, ist eine gute Weiterbildung essenziell. Es ist daher gerechtfertigt, dass der höhere Kostenaufwand für gute interventionelle und operative Weiterbildung durch eine



entsprechend angepasste Vergütung honoriert wird. Dies ist im bestehenden System grundsätzlich möglich, wenn Weiterbildungseingriffe mit eigenen OPS-Codes verschlüsselt und dadurch in spezielle, höher honorierte Diagnosis Related Groups (DRGs) gruppiert werden können.



**TOP IVa Ärztliche Fortbildung - Neufassung der
(Muster-)Fortbildungsordnung und Änderung des § 4 der
(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen
Ärztinnen und Ärzte**

IVa - 01 (Muster-)Fortbildungsordnung 2024 und Änderung des § 4
(Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und
Ärzte

TOP IVa Ärztliche Fortbildung - Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung und Änderung des § 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

Titel: (Muster-)Fortbildungsordnung 2024 und Änderung des § 4 (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache IVa - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 beschließt die Neufassung der vom 116. Deutschen Ärztetag 2013 beschlossenen (Muster-)Fortbildungsordnung (MFBO) in der als **Tabelle 1** beigefügten Fassung und die in **Tabelle 2** aufgeführte Änderung von § 4 der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages 2021.

Begründung:

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung und Anerkennung von Fortbildungen und die Strukturen in der Fortbildungslandschaft haben sich seit der Einführung der MFBO 2004 und der letzten Aktualisierung 2013 deutlich verändert.

Es hat sich dabei auch gezeigt, dass die bisherige Fassung der MFBO auch in Verbindung mit den "Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung" nicht mehr ausreicht, um dauerhaft die Neutralität und Transparenz von Fortbildungen im notwendigen Umfang sicherzustellen.

Ziel der Überarbeitung ist es, mit einer neuen MFBO insbesondere die Vorgaben zur Wahrung der Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung zu schärfen und damit die Schaffung der dafür notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen anzustoßen.

Die Änderung des § 4 MBO-Ä betrifft eine Angleichung an eine übliche in anderen Regelwerken verwendete Terminologie.

Entwurf (Muster-)Fortbildungsordnung (MFBO) 2024	
Regelungstext	Begründung
<p>Inhaltsübersicht</p> <p>Präambel</p> <p>§ 1 Begriffsbestimmungen</p> <p>§ 2 Zweck der Fortbildung</p> <p>§ 3 Inhalt der Fortbildung</p> <p>§ 4 Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung</p> <p>§ 5 Anerkennungsvoraussetzungen für Fortbildungsmaßnahmen</p> <p>§ 6 Zusätzliche Anerkennungsvoraussetzungen bei Sponsoring</p> <p>§ 7 Pflichten der Anbieterinnen und Anbieter</p> <p>§ 8 Antragstellung zur Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen</p> <p>§ 9 Zuständigkeit</p> <p>§ 10 Fortbildungskategorien und Bepunktung</p> <p>§ 11 Gegenseitige Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen</p> <p>§ 12 Ausländische Fortbildung</p>	
<p>Präambel</p> <p>Die kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung gehört zum ärztlichen Selbstverständnis, sichert die Qualität ärztlicher Berufsausübung und ist eine zentrale Berufspflicht einer jeden Ärztin und eines jeden Arztes. Sie ist auch sozialrechtlich verankert.</p>	

Zur Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung müssen Fortbildungsmaßnahmen absolviert werden, die eine hohe Qualität besitzen und die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wahren.

Zum Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen sollen Fortbildungsmaßnahmen ressourcenschonend und klimafreundlich gestaltet werden.

Nach § 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte sind Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist. Diese (Muster-)Fortbildungsordnung regelt insbesondere den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung, die Anforderungen an Fortbildungsmaßnahmen und deren Anerkennung durch die Ärztekammern sowie die Bewertung mit Fortbildungspunkten anhand der in dieser Ordnung festgelegten Fortbildungskategorien.

Ergänzend zu dieser (Muster-)Fortbildungsordnung gibt die Bundesärztekammer fachliche Empfehlungen für qualitativ hochwertige Fortbildungsmaßnahmen heraus.

Es gehört zu den gesetzlichen Aufgaben der Ärztekammern, die ärztliche Fortbildung zu fördern, zu betreiben und zu regeln. Dazu erlassen Ärztekammern auf Grundlage der Heilberufe- und Kammergesetze sowie unter Berücksichtigung dieser (Muster-)Fortbildungsordnung die für ihren Kammerbereich verbindlichen Fortbildungsordnungen.

§ 1 Begriffsbestimmungen

Für die Zwecke dieser Fortbildungsordnung gelten folgende Begriffsbestimmungen:

1. Anbieterin oder Anbieter: Wer für die Durchführung einer ärztlichen Fortbildungsmaßnahme Verantwortung trägt.
2. Arztöffentlich: Im Rahmen vorhandener Kapazitäten allen Ärztinnen und Ärzten ohne Beschränkung auf bestimmte Gruppen zugänglich.
3. Mitwirkende: Aktiv am wissenschaftlichen Programm einer Fortbildungsmaßnahme beteiligte natürliche Personen. Dazu gehören insbesondere: Wissenschaftliche Leitung, Referentinnen und Referenten, Moderatorinnen und Moderatoren, Autorinnen und Autoren, Tutorinnen und Tutoren.
4. Organisatorin oder Organisator: Wer in einer vertraglichen Beziehung zur Anbieterin oder zum Anbieter steht und für diese bestimmte organisatorische Leistungen übernimmt.
5. Physische Präsenz: Teilnehmende und Mitwirkende befinden sich gemeinsam, zur gleichen Zeit an einem physischen Veranstaltungsort.
6. Sponsorin oder Sponsor: Wer eine Fortbildungsmaßnahme finanziell oder auf sonstige Weise unterstützt.
7. Wissenschaftliche Leitung: Eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der für die inhaltliche und didaktische Programmgestaltung sowie für die Auswahl der weiteren Mitwirkenden im Hinblick auf deren fachliche Eignung verantwortlich ist.

Dieser Paragraph enthält die wesentlichen Begriffsbestimmungen.

<p>8. Wissenschaftliche Veröffentlichung: Eine Publikation einer Autorin oder eines Autors oder mehrerer Autorinnen oder Autoren, die formalen und inhaltlichen Anforderungen genügt, um in einem Review-Verfahren zur Veröffentlichung akzeptiert werden zu können.</p> <p>9. Wissenschaftliches Programm: Derjenige Teil der Fortbildungsmaßnahme, welcher der unmittelbaren Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten oder Fertigkeiten dient.</p> <p>10. Virtuelle Präsenz: Teilnehmende und Mitwirkende befinden sich gemeinsam, zur gleichen Zeit online im virtuellen Raum eines Videokonferenzsystems und können live, in Echtzeit synchron miteinander kommunizieren.</p>	
<p>§ 2 Zweck der Fortbildung</p> <p>Die Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte dient dem Erhalt und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz und somit einer hochwertigen Patientenversorgung. Sie sichert die Qualität ärztlicher Berufsausübung.</p>	<p>Die Vorschrift regelt den Zweck der Fortbildung. Diese dient dem Erhalt und der Fortentwicklung der beruflichen Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten. Dadurch sollen eine hochwertige Patientenversorgung und die Qualität der Fortbildung gesichert werden. Daher muss auch die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gewahrt bleiben.</p>
<p>§ 3 Inhalt der Fortbildung</p> <p>(1) Die ärztliche Fortbildung vermittelt unter Berücksichtigung bestehender, neuer und sich entwickelnder wissenschaftlicher Erkenntnisse und medizinischer Verfahren die zur Erhaltung und Fortentwicklung der auf Grundlage der Approbations- und der</p>	<p>Absatz 1 stellt klar, dass Fortbildung an die Aus- und ggf. Weiterbildung anknüpft. Inhalte der Fortbildung können daher nur solche Gegenstände sein, die auf den in Aus- und Weiterbildung erworbenen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufbauen und diese erhalten oder fortentwickeln. Dadurch werden Inhalte ausgeschlossen, die in keinem Zusammenhang mit ärztlicher Kompetenz stehen. Die Inhalte müssen</p>

<p>Weiterbildungsordnung erworbenen und zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten.</p> <p>(2) Die ärztliche Fortbildung berücksichtigt fachgebietsspezifische, fachübergreifende und interdisziplinäre Inhalte sowie Inhalte für die interprofessionelle Zusammenarbeit.</p> <p>(3) Ferner gehören Methoden des Qualitätsmanagements, der evidenzbasierten Medizin sowie gesundheitssystembezogene Themen, soweit sie für die ärztliche Berufsausübung von Bedeutung sind, ebenso zur ärztlichen Fortbildung wie Inhalte, die der Weiterentwicklung der ärztlichen kommunikativen und sozialen Kompetenzen und der Vertiefung der Befähigung zu unabhängigem wissenschaftlichem Denken und Arbeiten dienen.</p>	<p>fachlich dem Stand der Wissenschaft entsprechen, wobei Gegenstand auch Inhalte sein können, die sich gerade in der Entwicklung befinden und (noch) nicht wissenschaftlich gesichert sind.</p> <p>Absatz 2 stellt klar, dass neben fachgebietsspezifischen Kompetenzen auch fachübergreifende und interdisziplinäre Inhalte sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit Gegenstand der Fortbildung sein können.</p> <p>Nach Absatz 3 gilt gleiches für eng im Zusammenhang mit der Versorgung stehende Themen, wie Qualitätsmanagement und gesundheitssystembezogene Themen sowie ärztliche Basiskompetenzen, wie Kommunikation und die Befähigung zu wissenschaftlichem Arbeiten.</p>
<p>§ 4 Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung</p> <p>(1) Zum Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung dient das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer. Das Fortbildungszertifikat wird erteilt, wenn eine Ärztin oder ein Arzt innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren die Teilnahme an von der Ärztekammer anerkannten Fortbildungsmaßnahmen nachweist, die mit insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden. Bei jedem nachfolgenden Fortbildungszeitraum werden nur diejenigen Fortbildungspunkte berücksichtigt, die seit der letzten Erteilung eines Fortbildungszertifikats erworben wurden.</p> <p>(2) Die erworbenen Fortbildungspunkte werden von der Ärztekammer mittels eines elektronischen Verfahrens dokumentiert. Ärztinnen und Ärzte müssen der Anbieterin oder dem Anbieter die</p>	<p>Absatz 1 regelt die Ausstellung des Fortbildungszertifikats durch die Ärztekammer. Es wird erteilt, wenn mindestens 250 Fortbildungspunkte erreicht sind. Mit dem Zertifikat können Ärztinnen und Ärzte auch die Erfüllung ihrer nach sozialrechtlichen Vorschriften bestehenden Fortbildungsverpflichtungen nachweisen. Vor Erteilung erworbene Punkte werden in nachfolgenden Fortbildungszeiträumen nicht mehr berücksichtigt. Die Verpflichtung zur Fortbildung ergibt sich aus § 4 der (Muster-)Berufsordnung. Gem. § 4 Abs. 2 der (Muster-)Berufsordnung müssen Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammer die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung durch Vorlage des Fortbildungszertifikats nachweisen.</p> <p>Nach Absatz 2 dokumentiert die Ärztekammer die erworbenen</p>

<p>für die elektronische Meldung an die Ärztekammer erforderlichen Daten zur Verfügung stellen.</p> <p>(3) Sind Ärztinnen und Ärzte aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder wegen einer länger als drei Monate andauernden Erkrankung nicht berufstätig, verlängert sich der Zeitraum nach Absatz 1 Satz 2 entsprechend.</p>	<p>Fortbildungspunkte mittels eines elektronischen Verfahrens (EIV). Dazu müssen Ärztinnen und Ärzte der Anbieterin oder dem Anbieter die erforderlichen Daten (EFN) zur Verfügung stellen. Über den EIV ist gewährleistet, dass die Teilnahmen der Ärztekammer gemeldet werden und dort die erworbenen Punkte auf Punktekonto verbucht werden können.</p> <p>Absatz 3 regelt Tatbestände, nach denen sich der Fünfjahreszeitraum verlängert. Soweit eine Nachweispflicht z. B. aufgrund sozialrechtlicher Vorgaben besteht, sollten Ärztinnen und Ärzte im Zweifelsfall ggf. auch Kontakt mit den danach zuständigen Stellen, z. B. der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, aufnehmen.</p>
<p>§ 5 Anerkennungsvoraussetzungen für Fortbildungsmaßnahmen</p> <p>(1) Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Fortbildungsmaßnahme muss die Inhalte der Fortbildung gemäß § 3 unter Einhaltung der Gebote der Neutralität, der Transparenz und der Wahrung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen vermitteln, sich an der Zielgruppe der Ärztinnen und Ärzte ausrichten und einer Kategorie nach § 10 zuzuordnen sein. 2. Die Fortbildungsmaßnahme muss didaktisch, zeitlich und organisatorisch so gestaltet sein, dass die Inhalte in geeigneter Weise vermittelt und die Lernziele erreicht werden können. 	<p>Absatz 1 enthält die Voraussetzungen der Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme. Die nach § 4 der (Muster-)Berufsordnung bestehende Verpflichtung zur Fortbildung kann nur durch die Wahrnehmung anerkannter Fortbildungsmaßnahmen erfüllt werden. Diese müssen insbesondere fachlich, wissenschaftlich und qualitativ geeignet sein und die ärztliche Unabhängigkeit wahren. Anbieterinnen und Anbietern bleibt es unbenommen, Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen, die diesen Anforderungen nicht oder nur teilweise genügen. Ärztinnen und Ärzte, die diese wahrnehmen, können allerdings damit ihre Fortbildungsverpflichtung nicht erfüllen.</p> <p>Nummer 1 stellt die Anforderung auf, dass die Fortbildungsmaßnahme die Fortbildungsinhalte nach dieser Ordnung vermitteln muss. Dabei müssen Gebote der Neutralität, der Transparenz und der Wahrung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen beachtet werden. Die Fortbildungsmaßnahme muss sich an der Zielgruppe Ärztinnen und</p>

<p>3. Bei einer Fortbildungsmaßnahme muss ein ausgewogener Überblick über den jeweiligen Wissensstand entsprechend der diagnostischen und therapeutischen Wahlmöglichkeiten vermittelt werden. Insbesondere müssen einschlägige Ergebnisse randomisierter Studien aus anerkannten Registern und unabhängiger Nutzenbewertungen von Wirkstoffen sowie Diagnostik- und Therapieempfehlungen von Leitlinien berücksichtigt und bei Relevanz dargestellt werden. Dazu müssen die einschlägigen Optionen mit angemessener Informationstiefe und kritischer Bewertung dargelegt werden. Insbesondere darf bei der Wissensvermittlung kein wissenschaftlich unbegründeter Fokus auf nur eine Behandlungsmöglichkeit, einen Wirkstoff oder eine Wirkstoffgruppe, ein Präparat oder eine Präparategruppe oder ein Produkt oder eine Produktgruppe gelegt werden.</p> <p>4. Die Fortbildungsmaßnahme muss die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wahren und diese darf nicht zugunsten wirtschaftlicher Interessen beeinflusst werden. Dies setzt insbesondere voraus, dass die Fortbildungsmaßnahme weder direkt noch indirekt darauf abzielt oder in Kauf nimmt, medizinische Entscheidungen der Teilnehmenden aufgrund wirtschaftlicher Interessen der Anbietenden, Mitwirkenden oder Dritter zu beeinflussen.</p> <p>5. Fortbildungsinhalte und Marketingaktivitäten müssen voneinander getrennt sein und es dürfen keine Vorteile versprochen oder gewährt werden, bei denen nach Art oder</p>	<p>Ärzte ausrichten. Dies schließt nicht aus, dass bei entsprechender thematischer Ausrichtung beispielsweise auch Angehörige anderer Heilberufe an den Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen oder berufsgruppenübergreifende Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt werden. Voraussetzung ist auch, dass die Voraussetzungen des § 10 eingehalten werden. Beispielsweise sind Routinebesprechungen keiner Kategorie zuzuordnen und damit nicht anerkennungsfähig.</p> <p>Nummer 2 regelt die Notwendigkeit einer geeigneten didaktischen Form und einer geeigneten zeitlichen und organisatorischen Gestaltung.</p> <p>Nummer 3 stellt eine Qualitätsanforderung auf und betrifft zugleich einen besonderen Aspekt der Beeinflussung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen. Die Erfahrungen der Ärztekammern haben gezeigt, dass die Versuche, ärztliche Entscheidungen zu beeinflussen, subtiler geworden sind. So beschränkt sich die Darstellung bei einigen Fortbildungsmaßnahmen nicht mehr von vornherein auf eine Behandlungsmaßnahme, ein Arzneimittel oder ein Produkt. Vielmehr werden Behandlungsalternativen zu Beginn zwar genannt, im weiteren Verlauf wird dann aber ohne wissenschaftliche Anknüpfung eine Methode in den Fokus genommen, ohne diese in Bezug zu Alternativen zu setzen. Dies zielt darauf ab, bei den Teilnehmenden den Eindruck zu erwecken, dies sei die einzig sinnvolle Behandlungsmethode. Um dies zu verhindern, stellt die Fortbildungsordnung ausdrücklich das Erfordernis auf, dass vorhandene Evidenz, insbesondere die Nutzenbewertung durch unabhängige Institute (z. B. das IQWiG) sowie durch Leitlinien (z. B. der AWMF) in solchen Fortbildungen auch dargestellt werden müssen wie auch einschlägige Optionen mit angemessener Informationstiefe.</p> <p>Voraussetzung nach Nummer 4 ist, dass die Fortbildungsmaßnahme die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wahrt und sie nicht zugunsten wirtschaftlicher Interessen beeinflusst. Fortbildungsmaßnahmen dürfen</p>
---	--

<p>Umfang der Anschein erweckt wird, dass sie die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen beeinflussen.</p> <p>6. Die Anbieterin oder der Anbieter muss eine Ärztin oder einen Arzt als Wissenschaftliche Leitung einsetzen, die oder der über die für die Fortbildungsmaßnahme notwendige fachliche und didaktische Qualifikation verfügt.</p> <p>7. Die Wissenschaftliche Leitung muss das Programm der Fortbildungsmaßnahme inhaltlich und didaktisch gestalten und die weiteren Mitwirkenden so auswählen, dass der Zweck neutraler, interessenunabhängiger ärztlicher Fortbildung erfüllt wird. Die Mitwirkenden dürfen keinen Bindungen unterliegen, welche sie an der objektiven Darstellung der Fortbildungsinhalte hindern können.</p> <p>8. Die Anbieterin oder der Anbieter, die Wissenschaftliche Leitung und die weiteren Mitwirkenden müssen ihre Interessenkonflikte gegenüber der Ärztekammer und gegenüber den Teilnehmenden in geeigneter und nachvollziehbarer Weise offenlegen. Den Teilnehmenden müssen die Interessenkonflikte vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme verständlich offengelegt werden.</p> <p>9. Die Anbieterin oder der Anbieter muss den Antrag auf Anerkennung mit allen erforderlichen Nachweisen und Unterlagen zur Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen stellen; dazu gehören auf Verlangen der Ärztekammer auch Verträge im Zusammenhang mit der Fortbildungsmaßnahme, insbesondere solche mit den Mitwirkenden, die Interessenkonflikt-Erklärungen, das endgültige Programm der</p>	<p>weder direkt noch indirekt darauf abzielen, medizinische Entscheidungen der Teilnehmenden aufgrund wirtschaftlicher Interessen der Anbietenden, Mitwirkenden oder sonstiger Dritter zu beeinflussen.</p> <p>Die bisherige Formulierung, wonach die Fortbildungsinhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sein müssen, greift vor allem in der Interpretation einiger erstinstanzlicher Verwaltungsgerichte zu kurz. Es geht nicht allein darum, dass nachweislich die einzelnen Inhalte frei von wirtschaftlichem Interesse sind. Vielmehr muss aus Gründen des Patientenschutzes ausgeschlossen werden, dass Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen dahingehend beeinflusst werden, dass sie die Behandlung von Patientinnen und Patienten nicht mehr allein an medizinischen Kriterien ausrichten. Für die Patientensicherheit spielt es keine Rolle, ob beispielsweise eine medizinisch nicht indizierte Behandlung erfolgt, weil der Inhalt der Fortbildung beeinflusst wurde oder weil die Beeinflussung aufgrund des Rahmens der Veranstaltung erfolgte. Die bisherige Formulierung, wonach (allein) die Inhalte der Fortbildung frei von wirtschaftlichen Interessen sein müssen, wurde teilweise dahingehend ausgelegt, dass ansonsten eine einseitige Beeinflussung ärztlicher Entscheidungen zugunsten wirtschaftlicher Interessen zulässig sei. Dies war vom Satzungsgeber nie intendiert. Die neue Formulierung stellt klar, dass jedwede Beeinflussung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen zugunsten wirtschaftlicher Interessen unzulässig ist. Fortbildungsmaßnahmen, die dies nicht gewährleisten, können nicht anerkannt werden.</p> <p>Nummer 5 regelt das Verbot, Fortbildungsinhalte und Marketingmaßnahmen zu vermischen. Außerdem wird klargestellt, dass</p>
--	---

<p>Fortbildungsmaßnahme sowie Unterlagen, welche den Teilnehmenden ausgehändigt oder auf andere Weise zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>(2) Die Fortbildungsmaßnahme soll arztöffentlich sein.</p>	<p>es Anbieterinnen und Anbietern untersagt ist, unzulässige Vorteile zu gewähren.</p> <p>Nach Nummer 6 muss die Wissenschaftliche Leitung fachlich und didaktisch ausreichend qualifiziert sein. Dies ist notwendig, damit sie ihre Aufgabe wahrnehmen kann, die fachliche und didaktische Qualität der Fortbildungsmaßnahme sicherzustellen und die Mitwirkenden auszuwählen. Dies erfordert, dass sie von der Anbieterin oder dem Anbieter die aus ihrer Sicht dazu erforderlichen Informationen erhält.</p> <p>Nach Nummer 7 gestaltet die Wissenschaftliche Leitung das Programm der Fortbildungsmaßnahme und wählt die Mitwirkenden aus. Da die Wissenschaftliche Leitung entsprechend qualifiziert sein muss, sichert dies zum einen die fachliche und didaktische Qualität. Daneben kommt der Wissenschaftlichen Leitung die Aufgabe zu, die Auswahl so vorzunehmen, dass sie den Zweck neutraler, interessenunabhängiger ärztlicher Fortbildung gewährleistet. Ausgeschlossen sind Mitwirkende, bei denen aufgrund ihrer Bindungen die Gefahr besteht, dass sie das Wissen nicht objektiv vermitteln.</p> <p>Die in Nummer 8 verankerte Verpflichtung, Interessenkonflikte zu erklären, dient zum einen dazu, die Wissenschaftliche Leitung und die Ärztekammer in die Lage zu versetzen, zu beurteilen, ob dennoch eine die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen während der Fortbildungsmaßnahme vorliegt; zum anderen dazu, Teilnehmende in die Lage zu versetzen, die Ausführungen der Mitwirkenden unter Berücksichtigung der Interessenkonflikte einzuordnen. Damit diese Ziele erreicht werden können, muss die Offenlegung der Interessenkonflikte gegenüber den Teilnehmenden vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme erfolgen. Ein Nachreichen scheidet daher aus. Die Erklärung der</p>
--	--

	<p>Interessenkonflikte gegenüber der Ärztekammer muss bei Antragstellung erfolgen (§ 8 Absatz 1).</p> <p>Nummer 9 stellt klar, dass ein Antrag auf Anerkennung nicht bearbeitet und beschieden werden kann, wenn zur Prüfung notwendige Unterlagen nicht vorgelegt werden. Der Zeitpunkt der Einreichung richtet sich nach § 8 Absatz 1. Eine Antragstellerin oder ein Antragsteller kann sich im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach den allgemeinen rechtlichen Regeln vertreten lassen. Es ist auch üblich, dass Organisatorinnen oder Organisatoren Aufgaben im Rahmen des Antragsverfahrens übernehmen. Sie handeln dann als Vertreterin oder Vertreter. Ihr Handeln wird Anbieterinnen und Anbietern zugerechnet und diese bleiben allein verantwortlich. Ungeachtet dessen muss sichergestellt werden, dass auch in diesem Fall klar erkennbar bleibt, wer Anbieterin oder Anbieter ist (vgl. § 7 Nummer 1).</p> <p>Absatz 2 regelt wie bisher das grundsätzliche Erfordernis der Arztöffentlichkeit. Fortbildungsmaßnahmen sollen allen Ärztinnen und Ärzten zugänglich sein und dürfen nicht auf einen bestimmten Personenkreis beschränkt werden. Dadurch soll verhindert werden, dass in einem geschlossenen Personenkreis eine unkontrollierbare Beeinflussung stattfindet.</p>
<p>§ 6 Zusätzliche Anerkennungsvoraussetzungen bei Sponsoring</p> <p>Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme, die gesponsert wird, setzt voraus, dass zusätzlich folgende Anforderungen erfüllt werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Thema, Gestaltung oder Inhalt der Fortbildung sowie die Ankündigung und Durchführung der Fortbildungsmaßnahme insgesamt oder einzelner Teile dürfen durch die Sponsorin oder 	<p>§ 6 regelt zusätzliche Anforderungen an gesponserte Fortbildungsmaßnahmen. Insbesondere Sponsoring birgt die Gefahr einer Beeinflussung der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen. Sponsorinnen und Sponsoren können versuchen, die Fortbildungsmaßnahme in ihrem Sinne zu beeinflussen. Ein gänzlich Verbot von Sponsoring käme indes nur in Betracht, wenn die Einflussnahme durch andere Maßnahmen nicht verhindert werden kann.</p>

<p>den Sponsor weder vorgegeben noch beeinflusst werden. Eine Beeinflussung ist insbesondere gegeben, wenn durch die Art der Darstellung der Inhalte, ihrer Gewichtung oder Schwerpunktsetzung, Präparate, Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen, Medizinprodukte oder Produktgruppen, die von wirtschaftlichem Interesse für die Sponsorin oder den Sponsor sind, im Rahmen der Fortbildungsmaßnahme hervorgehoben werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Art, Umfang und Verwendungszweck des Sponsorings, die Gesamtkosten der Fortbildungsmaßnahme und die Honorare für die Mitwirkenden müssen unter Angabe der kalkulierten Teilnehmendenzahl gegenüber der Ärztekammer offengelegt und Verträge mit der Sponsorin oder dem Sponsor der Ärztekammer auf Verlangen vorgelegt werden. 3. Die Höhe des Sponsorings muss gegenüber den Teilnehmenden der Fortbildungsmaßnahme offengelegt werden. Die Offenlegung muss für die Teilnehmenden leicht zugänglich sein und so rechtzeitig erfolgen, dass sie inhaltlich vollständig erfasst werden kann. 4. Sponsoringleistungen dürfen ausschließlich für die Durchführung des wissenschaftlichen Programms verwendet werden, die dafür notwendigen Kosten nicht überschreiten und ihr Umfang muss angemessen sein. 5. Die Gegenleistung für das Sponsoring besteht ausschließlich in der Nennung als Sponsorin oder Sponsor, der Möglichkeit zur Einrichtung eines Informationsstandes oder der Verteilung von 	<p>Die hier festgelegten Anforderungen dienen dazu, die Einflussnahme durch mildere Mittel zu verhindern.</p> <p>Nach Nummer 1 dürfen Sponsorinnen und Sponsoren in keiner Weise Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung, die Ankündigung oder die Durchführung der Fortbildungsmaßnahme nehmen.</p> <p>Nummer 2 verpflichtet Sponsorinnen und Sponsoren, das Sponsoring der Ärztekammer offenzulegen. Dies schließt die Höhe der Honorare für Mitwirkende ein. Dadurch wird die Ärztekammer in die Lage versetzt zu prüfen, ob auch bei gesponserten Fortbildungsmaßnahmen die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gewahrt bleibt oder aufgrund des Gesamtbildes eine Beeinflussung zu erwarten ist. Auf Verlangen sind die Verträge mit Sponsorinnen und Sponsoren vorzulegen.</p> <p>Nummer 3 verpflichtet Sponsorinnen und Sponsoren, das Sponsoring gegenüber den Teilnehmenden offenzulegen. Dadurch werden diese in die Lage versetzt, die Neutralität der Fortbildungsinhalte kritisch zu überprüfen. Dies kann nur erfolgen, wenn die Interessenkonflikte bei Beginn der Fortbildungsmaßnahme bekannt sind. Eine nachgereichte Interessenkonflikterklärung kann dies nicht gewährleisten.</p> <p>Die Formulierung von Nummer 4 orientiert sich als spiegelbildliche Regelung an § 32 Absatz 3 (Muster-)Berufsordnung. Die Kosten für das wissenschaftliche Programm erfassen dabei nicht nur Honorare, sondern auch die Kosten für die Durchführung wie Druck von Flyern, technische Ausstattung, Raummiete etc. Anbieterinnen und Anbieter dürfen sich aber nicht unter dem Deckmantel des Sponsorings dauerhaft oder über die konkrete Fortbildungsmaßnahme hinaus von Sponsorinnen und Sponsoren maßgeblich finanzieren lassen. Dies verhindert zum einen, dass Sponsorinnen und Sponsoren dadurch faktisch zu Anbieterinnen und Anbietern werden, ohne dass dies für die Teilnehmenden erkennbar</p>
---	---

<p>Informations- und Werbematerial jeweils getrennt von der fachlichen Fortbildung. Dies gilt entsprechend für Fortbildungsmaßnahmen, die ganz oder teilweise online stattfinden.</p>	<p>ist, zum anderen, dass die Abhängigkeit der Anbieterinnen und Anbieter von Sponsorinnen und Sponsoren so groß wird, dass deren Interessen durchgesetzt werden, um die eigene wirtschaftliche Existenz der Anbieterinnen und Anbieter nicht zu gefährden.</p> <p>Nummer 5 schreibt vor, dass nur bestimmte Gegenleistungen für Sponsoring zulässig sind. Dies ist Ausfluss des Verbots, auf die inhaltliche Ausgestaltung der Fortbildungsmaßnahme Einfluss zu nehmen oder verdeckte Marketingmaßnahmen zu platzieren. Es ermöglicht der Ärztekammer, auch anhand der Höhe des Sponsorings zu prüfen, ob es plausibel ist, dass sich das Sponsoring darauf beschränkt oder doch eine bestimmte Ausrichtung der Fortbildungsmaßnahme stattgefunden hat oder zusätzliche Vereinbarungen getroffen wurden oder dies naheliegt. Satz 2 stellt klar, dass dies entsprechend für Online-Fortbildungsmaßnahmen gilt.</p>
<p>§ 7 Pflichten der Anbieterinnen und Anbieter</p> <p>Mit der Anerkennung ist die Anbieterin oder der Anbieter verpflichtet,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bei der Ankündigung und Durchführung der Fortbildungsmaßnahme für alle Beteiligten klar als Verantwortliche oder als Verantwortlicher erkennbar zu sein; dies gilt auch, wenn die Anbieterin oder der Anbieter eine Organisatorin oder einen Organisator mit der Durchführung der Fortbildungsmaßnahme beauftragt, 	<p>§ 7 regelt die Pflichten von Anbieterinnen und Anbietern nach Anerkennung der Fortbildungsmaßnahme.</p> <p>Nach Nummer 1 müssen Anbieterinnen und Anbieter bei der Durchführung der Fortbildungsmaßnahme für alle Beteiligten klar als Verantwortliche erkennbar sein. Dies dient dazu, einen möglichen – trotz der Einhaltung der übrigen Anerkennungsvoraussetzungen – bestehenden Bias insbesondere für die Teilnehmenden erkennbar zu machen. Sie werden dadurch in die Lage versetzt, dies kritisch zu beurteilen. Diese Vorgabe ist besonders relevant, wenn auch eine Organisatorin oder ein Organisator auftritt. Dann ist sicherzustellen, dass klar erkennbar bleibt, wer Anbieterin oder Anbieter ist.</p>

<p>2. auf Verlangen der Ärztekammer einer oder mehreren von ihr benannten Personen die unentgeltliche Teilnahme an der Fortbildungsmaßnahme zu ermöglichen,</p> <p>3. die Fortbildungsmaßnahme durch die Teilnehmenden hinsichtlich der in dieser Fortbildungsordnung definierten Anforderungen, insbesondere auch hinsichtlich der Einhaltung der Anforderungen an die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen, in geeigneter Weise zu evaluieren, die Mitwirkenden über das Ergebnis der Evaluation zu informieren sowie auf Verlangen das Evaluationsergebnis der Ärztekammer vorzulegen,</p> <p>4. den Teilnehmenden nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme eine Teilnahmebescheinigung mit folgenden Angaben zu übermitteln: Anbieterin bzw. Anbieter, Name und Vorname des Teilnehmenden, Geburtsdatum, Thema, Veranstaltungsnummer (VNR) und Datum der Fortbildungsmaßnahme, physischer bzw. virtueller Ort der Fortbildungsmaßnahme, Wissenschaftlicher Leiter, anerkennende Ärztekammer, Anzahl der Fortbildungspunkte und Kategorie sowie</p> <p>5. innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Fortbildungsmaßnahme die zur Dokumentation der Teilnahme erforderlichen Daten der Ärztinnen und Ärzte mittels des von der Bundesärztekammer bereitgestellten elektronischen Verfahrens an die Ärztekammer zu übermitteln.</p>	<p>Nach Nummer 2 ist die Anbieterin oder der Anbieter verpflichtet, einer oder mehreren von der Ärztekammer benannten Personen die unentgeltliche Teilnahme an der Fortbildungsmaßnahme zu ermöglichen. Dabei kann es sich um Mitarbeitende der Ärztekammer oder um andere von der Ärztekammer beauftragte Personen handeln. Insbesondere bei einem breiten Themenspektrum kann es notwendig sein, dass mehrere Personen die Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen vor Ort vornehmen. Dadurch wird die Ärztekammer in die Lage versetzt stichprobenartig zu überprüfen, ob die Fortbildungsmaßnahme auch so durchgeführt wird, wie sie beantragt wurde, und ob die Anerkennungsvoraussetzungen auch im Übrigen eingehalten werden. Die Teilnahme bezieht sich dabei auf alle Arten von Fortbildungsmaßnahmen. Bei Veranstaltungen in physischer Präsenz erfordert dies die Gewährung des Zutritts zur Veranstaltung, bei virtueller Präsenz die Bereitstellung der elektronischen Zugangsinformationen.</p> <p>Nach Nummer 3 ist die Fortbildungsmaßnahme zu evaluieren. Mit der Evaluation können Anbieterinnen und Anbieter auch geeignete Dritte beauftragen.</p> <p>Nummer 4 schreibt das Ausstellen einer Teilnahmebescheinigung mit bestimmten Angaben vor.</p> <p>Nach Nummer 5 sind die zur Dokumentation der Teilnahme erforderlichen Daten der Ärztinnen und Ärzte (EFN) mittels bereitgestelltem elektronischen Verfahren (EIV) an die Ärztekammer zu übermitteln. Dort werden dann die der Fortbildungsmaßnahme zuerkannten Fortbildungspunkte auf den Punktekten der Ärztinnen und Ärzte verbucht.</p>
---	---

<p>§ 8 Antragstellung zur Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen</p> <p>(1) Die Anbieterin oder der Anbieter hat den Antrag mindestens vier Wochen vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme mit den vollständigen, für die Antragsbearbeitung notwendigen Unterlagen (§ 5 Absatz 1 Nummern 8 und 9, § 6 Nummer 2) zu stellen. Davon ausgenommen sind Fortbildungsmaßnahmen der Kategorien E und F.</p> <p>(2) Die Anbieterin oder der Anbieter ist zur Mitwirkung verpflichtet, soweit eine weitere Sachverhaltsermittlung erforderlich ist oder Nachweise zu erbringen sind.</p>	<p>Absatz 1 schreibt vor, dass der Antrag mindestens vier Wochen vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme zu stellen ist. Dies stellt sicher, dass er rechtzeitig bearbeitet werden kann. Die zur Antragsbearbeitung notwendigen Antragsunterlagen müssen beigefügt sein.</p> <p>Absatz 2 verpflichtet Anbieterinnen und Anbieter mitzuwirken, soweit die Ärztekammer anhand der vorliegenden Antragsunterlagen nicht über eine Anerkennungsfähigkeit entscheiden kann.</p>
<p>§ 9 Zuständigkeit</p> <p>Für die Anerkennung von ganz oder teilweise in physischer Präsenz durchgeführten Fortbildungsmaßnahmen ist die Ärztekammer zuständig, wenn in ihrem Kammerbezirk der physische Präsenzteil der Fortbildungsmaßnahme durchgeführt wird. In allen anderen Fällen ist sie zuständig, wenn sich der Sitz der Anbieterin oder des Anbieters in ihrem Kammerbezirk befindet.</p>	<p>Für Fortbildungsmaßnahmen, die ganz oder teilweise in physischer Präsenz durchgeführt werden, ist die Ärztekammer zuständig, in deren Bezirk der Präsenzteil der Fortbildungsmaßnahme stattfinden soll. Für alle anderen Fortbildungsmaßnahmen ist der Sitz der Anbieterin oder des Anbieters maßgeblich. Wenn eine Anbieterin oder ein Anbieter mehrere Betriebsstätten hat, ist der satzungsmäßige Sitz (Hauptsitz) maßgeblich.</p>

§ 10 Fortbildungskategorien und Bepunktung

(1) Fortbildungsmaßnahmen werden einer Kategorie zugeordnet und mit Punkten bewertet. Folgende Kategorien für Fortbildungsmaßnahmen sind für den Fortbildungsnachweis geeignet und werden wie folgt bewertet:

Kategorie A

Vortragsveranstaltung mit Diskussion:

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme

Kategorie B

Kongresse im In- und Ausland, welche nicht von anderen Kategorien erfasst werden:

3 Punkte pro 1/2 Tag (mindestens 4 Stunden Anwesenheit) bzw. 6

Punkte pro Tag (mindestens 8 Stunden Anwesenheit)

Kategorie C

Fortbildung in Kleingruppen (max. 25 Personen) mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung der Teilnehmenden (z. B. praktische Übung, Workshop, Qualitätszirkel, Fallkonferenz, Balintgruppe, Supervision, Literaturkonferenz, Peer Review):

1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

1 Zusatzpunkt pro Maßnahme für bis zu 5

Fortbildungseinheiten/höchstens 2 Zusatzpunkte pro Tag

1 weiterer Zusatzpunkt bei dokumentierter Lernerfolgskontrolle pro Fortbildungsmaßnahme

Absatz 1 regelt die Fortbildungskategorien und die Bepunktung der Fortbildungsmaßnahmen.

Kommen mehrere Kategorien in Frage, so erfolgt die Zuordnung nach dem allgemeinen Grundsatz, wonach die speziellere Kategorie anzuwenden ist. So ist ein Zusatzstudiengang, auch wenn er als Blended-Learning-Maßnahme durchgeführt wird, als solcher anzuerkennen und der Kategorie L und nicht der Kategorie K zuzuordnen.

Kategorie D

Fortbildungsbeiträge in Printmedien oder als elektronisch verfügbare Version mit nachgewiesenem Bestehen einer obligatorischen Lernerfolgskontrolle als Fragentest:
1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit bei bestandener Lernerfolgskontrolle

Kategorie E

Selbststudium durch Fachliteratur sowie Lehrmittel:
Innerhalb dieser Kategorie werden ohne Einzelnachweis 50 Punkte für fünf Jahre anerkannt.

Kategorie F

Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge:
Tätigkeit als Autorin oder Autor: 5 Punkte pro wissenschaftliche Veröffentlichung
Referierendentätigkeit/Qualitätszirkelmoderation/Wissenschaftliche Leitung:
1 Punkt pro Beitrag, unbenommen der Punkte für die persönliche Teilnahme
Innerhalb dieser Kategorie werden maximal 50 Punkte für fünf Jahre anerkannt.

Kategorie G

Hospitationen:
1 Punkt pro Stunde, höchstens 8 Punkte pro Tag

Kategorie H

Curricular vermittelte Inhalte, z. B. Curricula der Bundesärztekammer (BÄK-Curricula), Weiterbildungskurse gem. Muster-Kursbüchern der Bundesärztekammer:
1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

Kategorie I

Tutoriell unterstütztes eLearning (online basiertes, inhaltlich definiertes, angeleitetes Selbststudium) gemäß den Qualitätskriterien eLearning der Bundesärztekammer mit nachgewiesenem Bestehen einer obligatorischen Lernerfolgskontrolle als Fragentest:
1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit bei bestandener Lernerfolgskontrolle
Bei vollständiger Erfüllung der qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer für jeweils bis zu 8 Fortbildungseinheiten eLearning 1 Zusatzpunkt

Kategorie K

Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahme in Form einer inhaltlich und didaktisch miteinander verzahnten Kombination aus tutoriell unterstütztem eLearning gem. Qualitätskriterien der Bundesärztekammer und Präsenzveranstaltungen:
1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit
Bei vollständiger Erfüllung der qualitätssteigernden Kriterien eLearning der Bundesärztekammer für jeweils bis zu 8 Fortbildungseinheiten eLearning 1 Zusatzpunkt

Kategorie L

Zusatzstudiengänge:
1 Punkt pro 45-minütiger Fortbildungseinheit

(2) Nicht geeignet und damit nicht anerkennungsfähig sind insbesondere Aktivitäten, die Teil der regulären beruflichen Tätigkeit oder Praxis der Ärztin oder des Arztes sind. Hierzu zählen beispielsweise Fallbesprechungen und fachgebietspezifische Visiten unter Verwendung von patienten-individuellen, unverschlüsselten Behandlungsdaten oder klinische Routinen. Des Weiteren sind Wohltätigkeitsarbeit, humanitäre Dienste, Mentoring, Begutachtung, Mitarbeit in einem Ausschuss, einem Rat, einem Vorstand, einer Delegiertenversammlung oder in ähnlichen Gremien sowie betriebswirtschaftlich orientierte Inhalte, die keine nachvollziehbare Auswirkung auf die Patientenversorgung haben, sondern der reinen Finanzoptimierung dienen, nicht anerkennungsfähig.

(3) Soweit eine Fortbildungsmaßnahme die Präsenz der Teilnehmenden erfordert (Kategorien A, B, C, G, H, K und L), kann sie in physischer Präsenz oder in virtueller Präsenz im Rahmen eines Live-Webinars oder in hybrider Form als eine Kombination aus physischer und virtueller Präsenz durchgeführt werden. Die Durchführung in virtueller Präsenz ist nur zulässig, wenn sich Teilnehmende und Mitwirkende während der gesamten Dauer der Fortbildungsmaßnahme zeitgleich im virtuellen Raum befinden, die direkte synchrone Kommunikationsmöglichkeit in Echtzeit zwischen Teilnehmenden und Mitwirkenden über Audio-, Video- und Chatfunktionen gewährleistet und sichergestellt ist, sodass die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme vollumfänglich vermittelt werden können und das Lernziel erreicht werden kann. Die Anbieterin oder der Anbieter hat, soweit notwendig auch wiederholt, eine geeignete Anwesenheitskontrolle durchzuführen.

Nach **Absatz 2** stellen Teile der beruflichen Tätigkeit wie Fallbesprechungen und ehrenamtliches Engagement keine Fortbildung im Sinne dieser Fortbildungsordnung dar. Dadurch wird ausgeschlossen, dass die Fortbildungsverpflichtung durch die berufliche oder ehrenamtliche Tätigkeit erfüllt wird. Unzweifelhaft werden bei der ärztlichen Berufstätigkeit Kompetenzen vertieft. Diese Fortbildungsordnung setzt dies jedoch bereits voraus; die Fortbildungsverpflichtung bezieht sich auf darüberhinausgehende Fortbildung in strukturierter und qualitätsgesicherter Form.

Nach **Absatz 3** ist die Teilnahme an Präsenzveranstaltungen auch in virtueller Präsenz möglich.

<p>(4) Soweit Lernerfolgskontrollen durchgeführt werden, müssen diese der Zielgruppe, dem Umfang der Fortbildungsmaßnahme und dem Lernziel angemessen sein sowie den Erfordernissen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.</p>	<p>Absatz 4 enthält Vorgaben für Lernerfolgskontrollen, soweit diese vorgesehen sind.</p>
<p>§ 11 Gegenseitige Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen</p> <p>(1) Die von anderen Ärztekammern anerkannten Fortbildungsmaßnahmen werden für das Fortbildungszertifikat angerechnet.</p> <p>(2) Die von anderen Ärztekammern ausgestellten Fortbildungszertifikate werden anerkannt.</p> <p>(3) Fortbildungsmaßnahmen, die von einer anderen Heilberufskammer anerkannt wurden, können für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer angerechnet werden.</p>	<p>Diese Regelung ist aus der (Muster-)Fortbildungsordnung 2013 übernommen. Es wird klargestellt, dass analog zur Weiterbildung von anderen Ärztekammern anerkannte Fortbildungsmaßnahmen und Fortbildungszertifikate anerkannt werden. Hingegen besteht Ermessen, ob von anderen Heilberufskammern anerkannte Fortbildungsmaßnahmen anerkannt werden.</p>
<p>§ 12 Ausländische Fortbildung</p> <p>(1) Ausländische Fortbildungsmaßnahmen sind für das Fortbildungszertifikat anrechnungsfähig, soweit sie den Anforderungen dieser Fortbildungsordnung im Grundsatz entsprechen.</p> <p>(2) Die Ärztin oder der Arzt muss einen Nachweis über die Art der Fortbildung führen, der es gestattet, die Einhaltung der Voraussetzungen dieser Fortbildungsordnung zu prüfen.</p>	<p>§ 12 entspricht der Regelung des § 12 der (Muster-)Fortbildungsordnung 2013. Geändert wurde die Bezeichnung von „Fortbildung im Ausland“ zu „Ausländische Fortbildung“. Dadurch wird klargestellt, dass nicht nur Präsenzfortbildungen im Ausland anerkennungsfähig sind, sondern auch solche in anderen Formaten wie Hybrid- und Online-Fortbildungen. Auch Absatz 1 bezieht sich jetzt ausdrücklich auf ausländische Fortbildungsmaßnahmen und nicht allein auf im Ausland absolvierte Fortbildungsmaßnahmen.</p>

(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Auszug) - MBO-Ä 1997 - in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021 in Berlin	
Vorschlag zur Änderung des Regelungstextes	Begründung
<p>§ 4 Fortbildung</p> <p>(1) Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen FachKenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist.</p> <p>(2) ...</p>	<p>Die Bezugnahme auf Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten greift die übliche Terminologie und Kategorisierung auf, wie sie in der Neufassung der (Muster-)Fortbildungsordnung und auch im Rahmen der (Muster-)Weiterbildungsordnung und in § 95d Abs. 1 Satz 1 SGB V in der Fassung des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes verwendet werden.</p>



**TOP IVb Ärztliche Fortbildung - Weiterentwicklung der ärztlichen
Fortbildung**

Es wurden keine Beschlüsse gefasst.



TOP V

**Änderung der Satzung der Bundesärztekammer
(Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der
Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§
2-5, 7-9 sowie § 12)**

*Beschlussfassung im Umlaufverfahren
Durchführung eines virtuellen Deutschen Ärztetages
Anpassung der Wahlregelungen
Antragsfrist und Antragsverfahren
Gendersensible Sprache*



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

TOP V **Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)**

Beschlussfassung im Umlaufverfahren

V - 01 Regelung der Möglichkeit des Vorstands zur Beschlussfassung im Umlaufverfahren

TOP V Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)

Titel: Regelung der Möglichkeit des Vorstands zur Beschlussfassung im Umlaufverfahren

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache V - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Verschiedene Beschlüsse des 122. Deutschen Ärztetages 2019 beinhalteten den Auftrag an den Vorstand, sich mit der Weiterentwicklung der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (GO DÄT) zu beschäftigen.

Die Lesefassung (Synopsis) der Satzung der Bundesärztekammer mit den Änderungsvorschlägen ist in der Online-Dokumentation des 128. Deutschen Ärztetages 2024 einsehbar.

Der 128. Deutsche Ärztetag möge folgende Änderungen der Satzung der Bundesärztekammer beschließen:

1. Die Satzung der Bundesärztekammer in der vom 124. Deutschen Ärztetag 2021 beschlossenen Fassung wird wie folgt geändert:

Entsprechend der vorgeschlagenen Änderungen in der den Abgeordneten vorliegenden Synopse werden in § 5 Absatz 8 am Ende die folgenden Sätze 7 bis 10 angefügt:

"Beschlüsse des Vorstands sind auch ohne eine Sitzung gültig, wenn alle Mitglieder beteiligt wurden, bis zu dem gesetzten Termin mehr als die Hälfte der Mitglieder ihre Stimmen in Textform abgegeben haben und der Beschluss mit der erforderlichen Mehrheit nach Satz 4 gefasst wurde (Umlaufbeschluss). Für die Stimmabgabe soll den Vorstandsmitgliedern außer im Falle besonderer Dringlichkeit eine Frist von sieben Tagen eingeräumt werden.

Widerspricht mindestens ein Vorstandsmitglied einer Beschlussfassung im Umlaufverfahren, ist eine Beschlussfassung in einer Sitzung erforderlich.

Absatz 4 Sätze 2 und 4 gelten entsprechend."

2. Abhängig von den unter dem Tagesordnungspunkt V getroffenen Beschlussfassungen wird der Vorstand der Bundesärztekammer ermächtigt, im Zuge der Bekanntmachung der Änderungen der Satzung der Bundesärztekammer redaktionelle Anpassungen vorzunehmen.

Begründung:

Zu 1.:

Bisher ist nur eine Beschlussfassung des Vorstands in Präsenzsitzungen oder über Video- und Webkonferenztechnik ausdrücklich geregelt.

Das Gesetz über Maßnahmen im Gesellschafts-, Genossenschafts-, Vereins-, Stiftungs- und Wohnungseigentumsrecht zur Bekämpfung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie (GesRueCOVBekG) sah in seiner zuletzt geltenden Fassung u. a. für Vereine Erleichterungen im Umgang mit der Corona-Pandemie vor, indem es z. B. die kontaktlose Beschlussfassung ermöglichte. Diese Regelung galt auch in Bezug auf den Vorstand eines Vereins. Die Erleichterungen sind zum 31.08.2022 ausgelaufen. Entsprechende Nachfolgeregelungen sind im Vereinsrecht nicht beschlossen worden. Danach müssen für wirksame Beschlussfassungen im Umlaufverfahren zurzeit alle Vorstandsmitglieder ihre Stimme zu einem entsprechenden Beschluss abgeben.

In Bezug auf den Deutschen Ärztetag wurde die Satzung der Bundesärztekammer für Beschlussfassungen im Umlaufverfahren (vgl. § 4 Absatz 1a Satzung BÄK) bereits angepasst. Eine entsprechende Regelung fehlt in Bezug auf die Durchführung von Vorstandssitzungen. Es wird daher die Möglichkeit der Beschlussfassung durch einen Umlaufbeschluss geregelt. Die Regelung wird dahingehend beschränkt, dass, wenn mindestens ein Vorstandsmitglied der Durchführung eines Umlaufverfahrens widerspricht, ein solches nicht durchgeführt werden kann. Damit können Vorstandsmitglieder zum Ausdruck bringen, ob sie einen Beratungsgegenstand als geeignet ansehen, einen Beschluss auf schriftlichem Wege zu fassen oder eine Beratung im Rahmen einer Sitzung für erforderlich halten. Für die Stimmabgabe wird eine Frist von sieben Tagen eingeräumt, die ausnahmsweise in dringenden Angelegenheiten verkürzt werden kann.

Im heutigen digitalen Zeitalter ist der Austausch solcher Informationen und Dokumente per E-Mail (Textform) üblich. Auch hierfür gelten die allgemeinen Zugangsregelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach ist anerkannt, dass Willenserklärungen auch durch E-Mails ausgetauscht werden können. Dabei sind sie als verkörperte Willenserklärungen unter Abwesenden einzuordnen (§ 130 BGB). Nach der Empfangstheorie ist eine Willenserklärung im Sinne von § 130 Absatz 1 Satz 1 BGB zugegangen, wenn die Erklärung in den Machtbereich des Empfängers gelangt ist, sodass

dieser die Möglichkeit der Kenntnisnahme hat und mit dieser unter normalen Umständen (die üblichen Geschäftszeiten) zu rechnen ist. Dabei wird das Risiko einer Nicht- oder verzögerten Zustellung dem Versender auferlegt.

Durch den Verweis auf den Absatz 4 Sätze 2 und 4 wird klargestellt, dass die Vertretungsregelungen auch für einen Umlaufbeschluss gelten.

Zu 2.:

Aufgrund der Beschlussfassungen zu den anderen eingebrachten Anträgen, das heißt auch aufgrund möglicher Änderungsanträge, kann es erforderlich sein, im Nachgang redaktionelle Anpassungen im Zuge der Bekanntmachung vorzunehmen. Dies beinhaltet keine inhaltlichen Anpassungen, die ausschließlich durch den Deutschen Ärztetag getroffen werden können. Redaktionelle Änderungen hingegen müssen nicht immer unter Einbindung der Mitgliederversammlung durchgeführt werden, sondern die Befugnis zur redaktionellen Änderung des Satzungstextes kann auf den Vorstand übertragen werden.



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

TOP V **Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)**

Durchführung eines virtuellen Deutschen Ärztetages

V - 02 Konkretisierung der Regelungen zur Durchführung eines virtuellen Deutschen Ärztetages

TOP V Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)

Titel: Konkretisierung der Regelungen zur Durchführung eines virtuellen Deutschen Ärztetages

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache V - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Joachim Suder, Dr. Hans-Otto Bürger, Matthias Marschner, Dr. Florian Gerheuser, Prof. Dr. Jörg Weimann und Dr. Thomas Werner (Drucksache V - 02b) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Vor dem Hintergrund der anhaltenden Pandemie wurde auf dem 124. Deutschen Ärztetag 2021 bereits eine Änderung der Satzung der Bundesärztekammer in Bezug auf die Möglichkeit der Durchführung eines virtuellen oder hybriden Deutschen Ärztetages vorgenommen. Durch die in diesem Zusammenhang bekanntgewordene Entscheidung des OLG Hamm (Beschluss vom 04.08.2022 – 27 W 58/22) ist es erforderlich, dass eine Satzungsregelung, mit welcher die Möglichkeit einer virtuellen Mitgliederversammlung und/oder Mischform geschaffen wird, hinreichend konkret gefasst wird. Zudem bedarf es aus diesem Grund ergänzender Regelungen in der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (GO DÄT).

Die Lesefassungen (Synopsen) der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage mit den Änderungsvorschlägen sind in der Online-Dokumentation des 128. Deutschen Ärztetages 2024 einsehbar.

Entsprechend der vorgeschlagenen Änderungen in der den Abgeordneten vorliegenden Synopsen möge der 128. Deutsche Ärztetag folgende Änderungen der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage beschließen:

I. § 4 der Satzung der Bundesärztekammer in der vom 124. Deutschen Ärztetag 2021 beschlossenen Fassung wird wie folgt geändert:

1. Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

"(1) Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) hält auf Einladung des Präsidenten mindestens einmal jährlich eine ordentliche Hauptversammlung als Deutschen Ärztetag ab. Die Einberufung zum Deutschen Ärztetag soll mindestens vier Wochen vor Beginn in Textform unter Angabe des Ortes, der Form der Durchführung

(Absatz 2) und unter Bekanntgabe der Tagesordnung ergehen. Im zeitlichen Zusammenhang mit der Einladung sind die erforderlichen Zugangsdaten und technischen Informationen für die Teilnahme und die digitale Wahrnehmung der Rechte der Teilnehmenden mitzuteilen. Diese sind vertraulich zu behandeln und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Das Nähere zur Vorbereitung, Durchführung, zum Antragsverfahren und zur Versammlungsleitung eines Deutschen Ärztetages regelt die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage.

(2) Deutsche Ärztetage werden grundsätzlich als Präsenzveranstaltung durchgeführt. Der Vorstand kann bei Vorliegen besonderer Umstände den Abgeordneten (Absatz 6) sowie Vorstandsmitgliedern ermöglichen, an der Hauptversammlung virtuell (ausschließlich unter Einsatz von Video- und Webkonferenztechnik) oder in hybrider Form (Präsenzveranstaltung, an der nicht physisch anwesende Abgeordnete und Vorstandsmitglieder virtuell teilnehmen können) teilzunehmen und ihre Rechte im Wege der elektronischen Kommunikation auszuüben. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage."

2. Der bisherige Absatz 1a wird zu Absatz 3.

3. Nach dem neuen Absatz 3 wird ein Absatz 4 mit folgendem Text eingefügt:

"(4) Der Vorstand kann die Abhaltung eines außerordentlichen Deutschen Ärztetages beschließen, wenn er es aus einem wichtigen und dringlichen Grunde für notwendig hält; ein außerordentlicher Deutscher Ärztetag muss nach Maßgabe des Absatzes 1 Sätze 2 und 3 einberufen werden, wenn mindestens drei Landesärztekammern es beantragen."

4. Der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 5.

5. Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 6, wobei die Worte "antrags- und stimmberechtigte" und das nachfolgende Komma gestrichen werden.

6. Der bisherige Absatz 4 wird zu Absatz 7, wobei vor dem Wort "über" die Worte und die Angabe "im Fall des Absatzes 2 Satz 2" eingefügt werden.

7. Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 8.

8. Der bisherige Absatz 6 wird zu Absatz 9, wobei das Wort "Delegierten" durch das Wort "Abgeordneten" und die Angabe "§ 4 Abs. 3" durch die Angabe "Absatz 6" ersetzt wird.

II. Die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage in der mit Umlaufbeschluss der Abgeordneten des 125. Deutschen Ärztetages am 29.09.2021 beschlossenen Fassung wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält die Fassung "Vorbereitung und Durchführung des Deutschen Ärztetages".

b) Der Absatz 1 wird gestrichen und der bisherige Absatz 2 wird zu Absatz 1. Vor den Worten "Ärztetag" bzw. "Ärztetages" werden jeweils die Worte "Deutschen" bzw. "Deutsche" eingefügt.

c) Es werden folgende neue Absätze 2 bis 7 angefügt:

"(2) Die Geschäftsführung der Bundesärztekammer hat für eine digitale Wahrnehmung der Rechte der Teilnehmenden ein elektronisches Abgeordnetenportal und ein elektronisches Abstimmungssystem zur Verfügung zu stellen. Das Abgeordnetenportal soll spätestens sechs Wochen vor Beginn des Deutschen Ärztetages zur Anmeldung (§ 4) und Antragstellung (§ 9) zugänglich sein.

(3) Die Geschäftsführung der Bundesärztekammer hat für eine virtuelle oder hybride Durchführung eines Deutschen Ärztetages die erforderliche und sichere digitale Sitzungstechnik (Video- und Webkonferenztechnik) bereitzustellen. Die virtuell Teilnehmenden sind verantwortlich für die Herstellung der digitalen Verbindung zur Sitzung mit dafür geeigneten Endgeräten.

(4) Bei Deutschen Ärztetagen in virtueller Form muss die Wahrnehmbarkeit insbesondere der Redebeiträge (§ 3) in Bild und Ton sichergestellt sein. Bei Deutschen Ärztetagen in hybrider Form ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass sich die vor Ort Anwesenden und die durch Zuschaltung per Video- und Webkonferenztechnik Teilnehmenden in Bezug auf die Redebeiträge während der gesamten Sitzung in Bild und Ton wahrnehmen können. Für die Teilnehmenden muss durch namentliche Anzeige oder eine andere geeignete Darstellung nachvollziehbar sein, wer einen Redebeitrag leistet.

(5) Bei Störungen der digitalen Sitzungstechnik, des elektronischen Abgeordnetenportals oder des elektronischen Abstimmungssystems, welche die Wahrnehmung der Rechte der Teilnehmenden nicht zulassen, soll die Sitzung von der Versammlungsleitung unterbrochen oder abgebrochen werden. Störungen der Zuschaltung einzelner Abgeordneter sind unbeachtlich; sie haben insbesondere keine Auswirkung auf die Wirksamkeit eines ohne die betroffenen Abgeordneten gefassten Beschlusses. Sind Verfahrensschritte durch eine Störung unbemerkt beeinträchtigt gewesen, die der Fortsetzung der Sitzung entgegengestanden hätte (beachtliche Störung), sind diese nach der Feststellung und Behebung der Störung in der Sitzung nachzuholen. Die Geschäftsführung stellt sicher, dass technische Störungen unmittelbar vor, während und nach der Sitzung gemeldet werden können und die Versammlungsleitung hiervon in Kenntnis gesetzt wird.

(6) Auch bei Deutschen Ärztetagen in virtueller und hybrider Form muss es der Versammlungsleitung technisch möglich sein, die Ordnung in der Sitzung herzustellen und durchzusetzen.

(7) Den Teilnehmenden sind die erforderlichen sie betreffenden datenschutzrechtlichen Informationen und zu beachtenden Regularien vor Beginn des Deutschen Ärztetages in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen. Erforderliche Einwilligungen werden eingeholt."

2. § 3 wird wie folgt neu gefasst:

"§ 3 Teilnahme und Rederecht

An den Sitzungen des Deutschen Ärztetages können neben den Abgeordneten und Ersatzabgeordneten alle Ärzte und die vom Vorstand der Bundesärztekammer geladenen Personen teilnehmen. Soweit der Deutsche Ärztetag in hybrider Form (§ 4 Absatz 2 der Satzung der Bundesärztekammer) durchgeführt wird, ist grundsätzlich nur den Abgeordneten und Ersatzabgeordneten, den Mitgliedern des Vorstands der Bundesärztekammer sowie den geladenen Personen eine Teilnahme in Präsenz möglich. Anderen Ärzten wird die Möglichkeit eingeräumt, den Deutschen Ärztetag über Video- oder Webkonferenztechnik zu verfolgen. Zum Wort berechtigt sind nur die Abgeordneten, die Mitglieder des Vorstands und der Geschäftsführung sind. Geladene Personen können das Wort mit Zustimmung der Versammlungsleitung erhalten. Andere Teilnehmer sollen das Wort nur mit Zustimmung der Versammlung erhalten."

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält die Fassung "Ausweise und Identifizierung der Abgeordneten".

b) Der Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

"(1) Die den Deutschen Ärztetag bildenden, von den Ärztekammern gewählten Abgeordneten sind bei einer Teilnahme in Präsenz mit einem von dem Präsidenten ihrer Ärztekammer ausgestellten schriftlichen Ausweis zu versehen (§ 4 Absatz 6 der Satzung der Bundesärztekammer). Nur die mit einem entsprechenden Ausweis versehenen Abgeordneten sind berechtigt, die ihnen zustehenden Rechte auszuüben. Soweit die Rechte über ein elektronisches System (§ 2 Absätze 2 und 3) ausgeübt werden, bedarf es dazu der Anmeldung mit der persönlichen Identifikationsnummer (PIN) im entsprechenden System."

c) In Absatz 2 wird vor den Worten "Ärztetages" und "Ärztetagen" jeweils das Wort "Deutschen" eingefügt.

d) Der Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Die Geschäftsführung der Bundesärztekammer bestimmt rechtzeitig vor jedem Deutschen Ärztetag, wer die Berechtigung zur Teilnahme und zur Stimmabgabe festzustellen und fortlaufend zu überprüfen hat."

4. Abhängig von den unter dem Tagesordnungspunkt V getroffenen Beschlussfassungen wird der Vorstand der Bundesärztekammer ermächtigt, im Zuge der Bekanntmachung der Änderungen der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage redaktionelle Anpassungen vorzunehmen.

Begründung:

Zu I. (Änderung der Satzung der Bundesärztekammer)

Zu 1. (§ 4 Absätze 1 und 2 neu):

Zum neuen Absatz 1:

Die Regelung zur Einberufung wurde ohne wesentliche Änderung aus § 2 Absatz 1 GO DÄT ("Die Einberufung zum ordentlichen Ärztetag soll mindestens vier Wochen vor dem Ärztetag unter Bekanntgabe der Tagesordnung ergehen.") in die Satzung überführt. In der Satzung sollen gem. § 58 Nr. 4 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) Bestimmungen über "die Voraussetzungen, unter denen die Versammlung zu berufen ist", über die Form der Berufung und über die Beurkundung der Beschlüsse enthalten sein; dies gilt sowohl für ordentliche als auch außerordentliche Deutsche Ärztetage. In "Textform" bedeutet gemäß § 126b BGB, dass es sich um eine lesbare Erklärung handelt, in der die Person des Erklärenden genannt ist und auf einem dauerhaften Datenträger abgegeben wird.

Soweit die Versammlung digital durchgeführt wird oder die Rechte der Teilnehmenden digital ausgeübt werden, müssen im zeitlichen Zusammenhang mit der Einladung auch die erforderlichen Zugangsdaten und technischen Informationen mitgeteilt werden, da die Teilnahme auf einer "virtuellen Plattform" ganz oder zum Teil den Versammlungsort ersetzt und die Teilnehmenden den technischen Zugang für eine digitale Wahrnehmung ihrer Rechte benötigen. Mit dem Vorschlag wird eine Entscheidung des OLG Hamm, Beschluss vom 04.08.2022 – 27 W 58/22, berücksichtigt.

Die Regelung über die Form der Durchführung und der Teilnahme (Präsenz, in virtueller oder hybrider Form) wird mit Ergänzungen und Änderungen in einen neuen Absatz 2 überführt. Die Regelung zur Einberufung eines außerordentlichen Deutschen Ärztetages wird zur besseren Übersichtlichkeit in den Absatz 4 (neu) überführt.

Die Regelungen zur Einberufung, zur Form und zum Zeitpunkt der Einladung sind nun in der Satzung geregelt.

Zum neuen Absatz 2:

Die bisherige Formulierung der "antrags- und stimmberechtigten" Abgeordneten wird gestrichen, da sich die Antrags- und Stimmberechtigung der Abgeordneten aus dem Abgeordnetenstatus ergibt.

Die bisherige Regelung des Absatzes 1 bestimmt nicht ausdrücklich die Möglichkeit einer ausschließlich virtuellen Teilnahme und die Möglichkeit einer hybriden Teilnahme. Durch die neue Formulierung erfolgt eine Klarstellung. Denn es ist erforderlich, dass die Satzungsregelung, mit der die Möglichkeit einer virtuellen Mitgliederversammlung und/oder Mischform geschaffen wird, hinreichend konkret gefasst ist; insbesondere dann, wenn die Satzung eine Mischform für zulässig erachtet, muss der Satzung der grundsätzliche Durchführungsweg der virtuellen Teilnahme zu entnehmen sein, damit sichergestellt ist, dass die virtuell anwesenden Mitglieder ebenso wie die physisch anwesenden Mitglieder ihre Informations- und Mitwirkungsrechte wahrnehmen können (OLG Hamm, Beschluss vom 04.08.2022 – 27 W 58/22). Entsprechende Ausführungen und Konkretisierungen werden auch in die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage aufgenommen. Ein besonderer Umstand liegt zum Beispiel dann vor, wenn ein Deutscher Ärztetag aufgrund einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite oder lang andauernder und gravierender Verkehrsbehinderungen nicht als Präsenzveranstaltung durchgeführt werden kann.

Zu 3. (§ 4 Absatz 4 neu):

Die Regelung wird inhaltsgleich zur besseren Übersichtlichkeit von Absatz 1 in einen eigenständigen Absatz 4 (neu) überführt.

Zu 5. (§ 4 Absatz 6 neu):

Die bisherige Formulierung der "antrags- und stimmberechtigten" Abgeordneten wird gestrichen, da sich die Antrags- und Stimmberechtigung der Abgeordneten aus dem Abgeordnetenstatus ergibt.

Zu 6. (§ 4 Absatz 7 neu):

Der Querverweis soll die Satzungsregelung verständlicher machen.

Zu. II (Änderung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage)

Zu 1. (§ 2):

Zu b) (Absatz 1 alt):

Die Regelung wurde aufgrund von § 58 Nr. 4 BGB in § 4 Absatz 1 der Satzung der

Bundesärztekammer überführt.

Zu c) (Absätze 2 bis 7 neu):

Mit dem neuen Absatz 2 wird sichergestellt, dass die Bundesärztekammer zur digitalen Wahrnehmung der Mitgliedschaftsrechte ein elektronisches Abgeordnetenportal und ein elektronisches Abstimmungssystem zur Verfügung stellt.

Die Öffnung des Abgeordnetenportals spätestens sechs Wochen vor Beginn des Deutschen Ärztetages entspricht dem Beschluss V - 02b des 128. Deutschen Ärztetages 2024.

Durch die Möglichkeit der virtuellen Durchführung von und der virtuellen Teilnahme an Deutschen Ärztetagen ist mit neuem Absatz 3 sicherzustellen, dass die erforderliche digitale Sitzungstechnik in Form von Video- und Webkonferenztechnik zur Verfügung steht. Es wird klargestellt, dass die virtuell Teilnehmenden die Verantwortung für die Herstellung der digitalen Verbindung (insb. sichere und stabile Internetverbindung) zur Sitzung mit den verwendeten Endgeräten tragen und diese entsprechend geeignet sind.

Mit dem neuen Absatz 4 wird bei Deutschen Ärztetagen in virtueller oder hybrider Form für einen angemessenen Austausch der Teilnehmenden, der dem von Präsenzveranstaltungen entspricht, sichergestellt, dass sich die ggf. vor Ort Anwesenden und die virtuell Teilnehmenden in Bezug auf ihre jeweiligen Redebeiträge in Ton und Bild wahrnehmen können. Auch die Mimik und Gestik sind wichtige Faktoren z. B. bei der Äußerung von Redebeiträgen und der Wahrnehmung anderer Rechte. Es muss sichergestellt sein, dass erkennbar ist, wer aktuell spricht.

Durch die Regelung in Absatz 5 wird sichergestellt, dass bei technischen Störungen, die eine weitere Durchführung des Deutschen Ärztetages und die Wahrnehmung der Rechte der Teilnehmenden nicht zulassen, der Deutsche Ärztetag unterbrochen werden soll (vgl. hierzu die Verordnung über die Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen kommunaler Vertretungen, Digitalsitzungsverordnung NRW). Können die Störungen nicht behoben werden, besteht die Möglichkeit des Abbruchs. Die Formulierung "soll" lässt den Raum dafür, dass bei kleineren technischen Problemen die Sitzung auch ohne eine Unterbrechung fortgeführt werden kann. Bei Störungen, die lediglich bei einzelnen Abgeordneten auftreten, ist davon auszugehen, dass diese in der Sphäre des Abgeordneten liegen. Es wird klargestellt, dass eine solche Störung keine Auswirkung auf die Beschlussfassung und das Abstimmungsergebnis hat. Wird jedoch eine beachtliche Störung im Laufe der Sitzung festgestellt und hätte sie der Fortsetzung der Sitzung entgegengestanden, wird klargestellt, dass dieser Verfahrensschritt nachzuholen ist.

Durch den neuen Absatz 6 wird sichergestellt, dass auch bei der Durchführung virtueller oder hybrider Deutscher Ärztetage die Versammlungsleitung die Ordnung wiederherstellen kann. Dies schließt z. B. die Möglichkeit ein, Redebeiträge zu beenden.

Mit dem neuen Absatz 7 wird eine Regelung ergänzt, dass den am Deutschen Ärztetag Teilnehmenden vor Beginn die erforderlichen datenschutzrechtlichen Bestimmungen in geeigneter Form mitzuteilen und die erforderlichen Einwilligungen einzuholen sind.

Zu 2. (§ 3):

Der Begriff "Zutritt" suggeriert eine Präsenzveranstaltung. Da die Möglichkeit einer Teilnahme vor Ort oder digital geregelt ist, wird der übergeordnete Begriff der "Teilnahme" gewählt. Es wird ergänzt, dass bei hybrid durchgeführten Deutschen Ärztetagen eine Teilnahme von Abgeordneten in Präsenz insbesondere aufgrund organisatorischer Gründe und räumlicher Gegebenheiten beschränkt ist. Es wird den Ärzten jedoch ermöglicht, den Deutschen Ärztetag über Video- und Webkonferenztechnik, also insbesondere über einen Videostream, zu verfolgen.

Es wird der Funktionsbegriff "Versammlungsleitung" des § 5 Absatz 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage eingefügt. Der Deutsche Ärztetag kann nicht nur durch den Präsidenten, sondern auch durch andere Personen, z. B. seine "Stellvertreter" geleitet werden.

Zu 3. (§ 4):

Zu b) (Absatz 1 neu):

Den Abgeordneten stehen mehr Rechte als nur die Stimmrechte zu. Daher wurde eine entsprechende Anpassung vorgenommen. Zudem wird klargestellt, dass eine Anmeldung durch eine persönliche Identifikationsnummer in dem jeweiligen für die Ausübung der Rechte zur Verfügung stehenden System erforderlich ist. In § 4 Absatz 1 der Satzung der Bundesärztekammer wird beschrieben, dass sämtliche erforderliche Zugangsdaten und technische Informationen für die Teilnahme und die digitale Wahrnehmung der Rechte der Teilnehmenden im Zusammenhang mit der Einladung zum Deutschen Ärztetag mitgeteilt werden müssen. Diese sind vertraulich zu behandeln und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Zu d) (Absatz 3 Satz 1 neu):

Der Austausch des Begriffes "Hauptgeschäftsführer" durch den Begriff "Geschäftsführung" vollzieht die Änderung in der Satzung nach.

Unmittelbar vor Beginn des Deutschen Ärztetages ist insbesondere die Feststellung des Abgeordnetenstatus für eine ordnungsgemäße Teilnahme und Stimmabgabe erforderlich. Insbesondere in Bezug auf eine virtuelle Teilnahme und digitale Ausübung der Rechte ist eine fortlaufende Überprüfung der Berechtigung erforderlich, um Doppelanmeldungen zu verhindern.

Zu 4. (§ 8):

Aufgrund der Beschlussfassungen zu den anderen eingebrachten Anträgen, das heißt auch aufgrund möglicher Änderungsanträge, kann es erforderlich sein, im Nachgang redaktionelle Anpassungen im Zuge der Bekanntmachung vorzunehmen. Dies beinhaltet keine inhaltlichen Anpassungen, die ausschließlich durch den Deutschen Ärztetag getroffen werden können. Redaktionelle Änderungen hingegen müssen nicht immer unter Einbindung der Mitgliederversammlung durchgeführt werden, sondern die Befugnis zur redaktionellen Änderung des Satzungstextes und des Geschäftsordnungstextes kann auf den Vorstand übertragen werden.



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

TOP V **Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)**

Anpassung der Wahlregelungen

V - 03 Anpassung und Konkretisierung der Durchführung der Wahlen auf den Deutschen Ärztetagen

TOP V Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)

Titel: Anpassung und Konkretisierung der Durchführung der Wahlen auf den Deutschen Ärztetagen

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache V - 03) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Aufgrund der Vorstandsüberweisung Ic – 130 des 127. Deutschen Ärztetages 2023 wurden die Regelungen zur Durchführung der Wahlen überprüft.

Die Lesefassungen (Synopsen) der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (GO DÄT) mit den Änderungsvorschlägen sind in der Online-Dokumentation des 128. Deutschen Ärztetages 2024 einsehbar.

Entsprechend der vorgeschlagenen Änderungen in der den Abgeordneten vorliegenden Synopsen möge der 128. Deutsche Ärztetag folgende Änderungen der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage beschließen:

I. Die Satzung der Bundesärztekammer in der vom 124. Deutschen Ärztetag 2021 beschlossenen Fassung wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 werden vor den Worten "die Bildung von Ausschüssen" die Worte "die Bestimmung der Mitglieder des Wahlvorstands auf Vorschlag des Vorstands" und nachfolgend ein Kommazeichen eingefügt.

b) In Absatz 8 werden die Sätze 2 bis 4 wie folgt gefasst:

"Danach entscheidet die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen; ungültig abgegebene Stimmen und Stimmenthaltungen zählen bei der Zahl der abgegebenen Stimmen nicht mit. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Zur Änderung der Satzung ist eine Beschlussfassung mit einer absoluten Zweidrittelmehrheit der stimmberechtigten Abgeordneten erforderlich."

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

"(2) Der Präsident und die beiden Vizepräsidenten werden vom Deutschen Ärztetag vorbehaltlich der nachfolgenden Bestimmungen für die Dauer von vier Jahren (Wahlperiode) auf Vorschlag von mindestens zehn Abgeordneten des Deutschen Ärztetages gewählt. Die Wahlperiode endet mit dem Zusammentritt des neu gebildeten Vorstands nach Absatz 6. Scheidet eine Person vorzeitig aus dem Amt aus, so erfolgt eine Nachwahl für die verbleibende Wahlperiode.

(3) Die Wahl des Präsidenten und eines jeden der beiden Vizepräsidenten erfolgt voneinander getrennt entweder durch geheime, schriftliche Abstimmung oder durch eine vergleichbare und sichere elektronische Wahlform. Hybride Abstimmungsformen sind ausgeschlossen. Die Entscheidung über die Form der Abstimmung trifft der Vorstand durch Beschluss.

Für die Wahl des jeweiligen Amtes ist die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen erforderlich. Ungültig abgegebene Stimmen und Stimmenthaltungen zählen bei der Zahl der abgegebenen Stimmen nicht mit. Steht in einem Wahlgang nur ein Kandidat zur Wahl, so ist ebenfalls die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen erforderlich, wobei die den Kandidaten ablehnenden Stimmen zu den gültig abgegebenen Stimmen zählen. Näheres zur Ausgestaltung der Stimmzettel kann die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage regeln.

Über die Gültigkeit der abgegebenen Stimmen und über alle weiteren sich bei der Ermittlung des Wahlergebnisses ergebenden Fragen entscheidet der Wahlvorstand. Wird die erforderliche Mehrheit in zwei Wahlgängen nicht erreicht, so findet im dritten Wahlgang eine Stichwahl zwischen den zwei Kandidaten mit der höchsten Stimmenzahl aus dem zweiten Wahlgang statt. Ergibt sich dabei Stimmengleichheit, so entscheidet das vom Vorsitzenden des Wahlvorstands zu ziehende Los. Das gilt auch, wenn aus dem zweiten Wahlgang zwischen zwei Kandidaten mit gleicher Stimmenzahl auszuwählen ist. In einem zweiten Wahlgang sind keine weiteren Kandidaturen zulässig. Innerhalb der Wahl zu einem Amt kann keine Einwechslung von Ersatzabgeordneten erfolgen.

Wird durch das vorgenannte Verfahren ein Amt nicht besetzt, ist neu in das Wahlverfahren einzutreten.

Die Ergebnisse der Wahl werden von dem Vorsitzenden des Wahlvorstands verkündet."

b) Der bisherige Absatz 3 wird zu Absatz 4, wobei die Angabe in Satz 3 "Abs. 2" durch die Angabe "Absatz 2" ersetzt wird.

c) Der bisherige Absatz 4 wird zu Absatz 5 und wie folgt neu gefasst:

"Die in Absatz 1 Buchstabe c genannten Ärztinnen/Ärzte werden vom Deutschen Ärztetag

für die Wahlperiode von vier Jahren entsprechend der Absätze 2 und 3 gewählt."

d) Der bisherige Absatz 5 wird zu Absatz 6, wobei die Zahl "3" durch die Zahl "5" ersetzt und vor dem Wort "Ärztetages" das Wort "Deutschen" ergänzt wird.

e) Der bisherige Absatz 6 wird zu Absatz 7, wobei in Satz 1 nach dem Wort "und" das Wort "die" durch die Worte "jeden der" und in Satz 2 die Angabe "§ 4 Abs. 3" durch die Angabe "§ 4 Absatz 6" ersetzt wird.

f) Der bisherige Absatz 7 wird zu Absatz 8, wobei die Sätze 4 bis 6 wie folgt gefasst werden:

"Er fasst seine Beschlüsse mit einfacher Stimmenmehrheit. Danach entscheidet die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen; ungültig abgegebene Stimmen und Stimmenthaltungen zählen bei der Zahl der abgegebenen Stimmen nicht mit. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt."

g) Der bisherige Absatz 8 wird zu Absatz 9, wobei die Angabe "c)" durch die Angabe "Buchstabe c" ersetzt wird.

3. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 wird nach Satz 2 ein neuer Satz 3 eingefügt:

"Ist das Mitglied verhindert, so tritt der Stellvertreter insbesondere zur Ausübung des Stimmrechts nach Absatz 6 an seine Stelle."

b) Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

"Die Finanzkommission wählt aus der Mitte ihrer Mitglieder einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden. Die Wahl erfolgt in der Regel durch Handaufheben. Auf Antrag eines Mitgliedes erfolgt eine geheime Wahl. Sie kann entweder schriftlich oder durch eine vergleichbare und sichere elektronische Abstimmungsform erfolgen. § 5 Absatz 3 Sätze 6 bis 8 gelten entsprechend. Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende werden für die Dauer der Wahlperiode gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1 gewählt, und zwar in der Regel in ihrer ersten Sitzung nach der Wahl der Vorstandsmitglieder gemäß § 5 Absatz 1 Buchstaben a und c. Der Vorsitzende lädt zu den Sitzungen ein und schlägt die Tagesordnung vor. Die Finanzkommission tagt mindestens einmal jährlich. Der Vorsitzende kann sie zu weiteren Sitzungen einberufen. Die Sitzungen können in Präsenz, virtuell oder in hybrider Form durchgeführt werden."

II. Die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage in der mit Umlaufbeschluss der Abgeordneten des 125. Deutschen Ärztetages am 29.09.2021 beschlossenen Fassung wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält die Fassung "Versammlungsleitung, Wahlvorstand".

b) In Satz 1 werden nach dem Wort "Bundesärztekammer" die Wörter "als Versammlungsleitung" eingefügt.

c) Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

"Will sich die Versammlungsleitung an der Aussprache beteiligen, so soll die Leitung der Verhandlungen abgegeben werden."

d) Es wird folgender Absatz 2 neu angefügt:

"Der nach § 4 Absatz 5 der Satzung der Bundesärztekammer zu bildende Wahlvorstand besteht aus einem Vorsitzenden und zwei beisitzenden Personen, die nicht selbst zur Wahl stehen. Er wird für die gesamte Dauer der Wahlen bestellt. Die Wahl soll der Präsident der Bundesärztekammer als Vorsitzender leiten. Der Vorstand schlägt dem Deutschen Ärztetag zwei beisitzende Personen vor, die nicht zugleich Abgeordnete des Deutschen Ärztetages sind. Sofern der Präsident selbst zur Wahl steht, schlägt der Vorstand dem Deutschen Ärztetag außerdem einen anderen Vorsitzenden des Wahlvorstands vor."

2. § 12 wird wie folgt neu gefasst:

"§ 12 Abstimmung und Wahl

(1) Die Abstimmung erfolgt unter Nutzung eines elektronischen Abstimmungssystems oder durch Handaufheben. Die Form der Abstimmung bestimmt die Versammlungsleitung, sofern der Deutsche Ärztetag nichts Abweichendes beschließt. Auf Beschluss der Versammlung kann sie namentlich durch Aufruf der Abgeordneten oder schriftlich geheim erfolgen. Die Abstimmungen nach Satz 3 können auch durch eine vergleichbare und sichere elektronische Abstimmungsform erfolgen. Namentliche oder geheime Abstimmung kann nicht mehr beantragt werden, wenn die Abstimmung im Gange ist. Die Abstimmung ist im Gange, sobald die Versammlungsleitung zur Abgabe von Stimmen aufgefordert hat.

(2) Für die Wahlen gelten neben den Regelungen des § 5 Absatz 2 und des § 12 Absatz 3 die Bestimmungen der Satzung der Bundesärztekammer.

(3) Die Ausgestaltung der bei den Wahlen zu verwendenden Stimmzettel ergibt sich aus den als Anlagen beigefügten Mustern."

3. Nach § 16 werden die folgenden Anlagen angefügt:

"Anlagen zu § 12 Absatz 3**

Anlage 1: Muster-Stimmzettel für die Wahl der Präsidentin oder des Präsidenten der Bundesärztekammer

Anlage 2: Muster-Stimmzettel für die Wahl einer Vizepräsidentin oder eines Vizepräsidenten der Bundesärztekammer

Anlage 3: Muster-Stimmzettel für die Wahl einer weiteren Ärztin oder eines weiteren Arztes der Bundesärztekammer

**Die Muster-Stimmzettel sind nicht im generischen Maskulinum formuliert, da die Ausgestaltung der Stimmzettel bei der Durchführung der Wahl jeweils dahingehend angepasst wird, ob sich Kandidatinnen und/oder Kandidaten zur Wahl stellen. "

Hinweis: Die Muster-Stimmzettel sind diesem Antrag beigelegt.

III. Abhängig von den unter dem Tagesordnungspunkt V getroffenen Beschlussfassungen wird der Vorstand der Bundesärztekammer ermächtigt, im Zuge der Bekanntmachung der Änderungen der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage redaktionelle Anpassungen vorzunehmen.

Begründung:

Es wurden Änderungen insbesondere zur Klarstellung des Verfahrens bereits gewohnheitsrechtlich angewandter Prozesse (u. a. Bestimmung eines Wahlvorstands, Nachwahl, Verkündung des Wahlergebnisses) erarbeitet und die Möglichkeit geschaffen, Wahlen nicht nur "schriftlich", sondern auch in elektronischer Form durchführen zu können. Zudem wurden der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage die bei einer Wahl zu verwendenden Stimmzettel in Form von Mustern hinzugefügt.

Darüber hinaus werden sowohl in der Satzung der Bundesärztekammer als auch in der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage Klarstellungen in Bezug auf die jeweils erforderlichen Mehrheitsverhältnisse vorgeschlagen. Es handelt sich um keine inhaltlichen Änderungen, sondern lediglich Verschiebungen oder Wiederholungen für eine bessere Zuordnung. Bezüglich der Regelung der Wahl eines Vorsitzenden und dessen Stellvertreter der Finanzkommission in der Satzung der Bundesärztekammer wurden entsprechend der bisherigen Handhabung präzisierende Bestimmungen aufgenommen.

Zu I. (Satzung der Bundesärztekammer):

Zu 1. a) (§ 4 Absatz 5 neu - bisher Absatz 2):

Gemäß der bisherigen Handhabung wird die Bestimmung eines Wahlvorstands durch den

Deutschen Ärztetag auf Vorschlag des Vorstands kodifiziert. Eine konkretisierende Regelung zur Bestimmung des Wahlvorstands findet sich in § 5 Absatz 2 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage. Ebenfalls werden Ergänzungen in den Bestimmungen zur Durchführung der Wahl durch den Wahlvorstand in § 5 Absatz 3 (neu) der Satzung der Bundesärztekammer vorgenommen.

Zu 1. b) (§ 4 Absatz 8 neu - bisher Absatz 5):

Die inhaltlichen Anforderungen zur Beschlussfassung werden aus § 12 Absatz 1 der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage übernommen. Dadurch werden die inhaltlichen Vorgaben zur erforderlichen Mehrheit an einer Stelle zusammengeführt.

Es wird klargestellt, dass es sich um eine sogenannte absolute Zweidrittelmehrheit aller 250 Abgeordneten handeln muss. Entscheidend ist, dass 167 "Jastimmen" vorliegen.

Zu 2. a) (§ 5 Absätze 2 und 3 neu):

Es wird der Begriff "Wahlperiode" eingeführt und zugleich definiert.

Nach der bisherigen Regelung wird das jeweilige Amt auf Vorschlag von Abgeordneten gewählt und bedarf der Unterstützung von mindestens zehn Abgeordneten. Im Gegensatz zur Antragstellung nach § 9 Absatz 1 GO DÄT sind bei einem Wahlvorschlag nur die Abgeordneten und nicht die Mitglieder des Vorstands und der Geschäftsführung antragsberechtigt. Daher bedarf es keiner Unterscheidung zwischen Wahlvorschlagenden und Unterstützern. Die Regelung wird dahingehend angepasst.

Eine ausdrückliche Regelung, wann eine Wahlperiode endet, ist in der Satzung bisher nicht vorgesehen. Dies wird mit der neuen Regelung nachgeholt.

Zudem wird klargestellt, dass durch ein vorzeitiges Ausscheiden einer Person keine neue vierjährige Wahlperiode beginnt, sondern sich die Nachwahl zeitlich auf das Ende der laufenden Wahlperiode beschränkt. Anderes gilt, wenn alle vom Deutschen Ärztetag gewählten Vorstandsmitglieder aus ihrem Amt ausscheiden.

Die im neuen Absatz 2 gestrichenen Regelungen werden zur besseren Übersichtlichkeit in den neuen Absatz 3 überführt. Durch die Ergänzung "oder durch eine vergleichbare und sichere elektronische Wahlform" wird die Möglichkeit geschaffen, die Wahl neben der bisher zulässigen "Urnenwahl" ("schriftlich") auch in elektronischer Form durchzuführen. Dabei hat diese den Anforderungen an eine geheime Wahl in Präsenz zu entsprechen ("vergleichbar"). Wird ein elektronisches Abstimmungssystem bei einer Wahl in Präsenz verwendet, ist trotzdem eine Stimmabgabe in Wahlkabinen erforderlich, um den Anforderungen an eine geheime Wahl zu entsprechen. Mit dem Wort "sichere" wird gewährleistet, dass es sich um ein datenschutzkonformes, dem jeweils aktuellen Stand der Technik und der Datensicherheit entsprechendes und ggf. zertifiziertes

Abstimmungssystem handeln muss. Es wird bestimmt, dass entweder schriftlich oder elektronisch gewählt wird. Hybride Abstimmungsformen sollen nicht möglich sein. Bei der Durchführung eines hybriden Deutschen Ärztetages wäre danach nur eine Wahl in elektronischer Form möglich.

Klarstellend wird entsprechend der bisherigen Handhabung aufgenommen, dass ungültig abgegebene Stimmen und Stimmenthaltungen bei der Zahl der abgegebenen Stimmen nicht mitzählen. Es wird klargestellt, dass, wenn nur ein Kandidat zur Wahl eines Amtes antritt, dieser ebenfalls die Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen (= "Jastimmen") auf sich vereinen muss. Zu den gültig abgegebenen Stimmen zählen auch die den vorgeschlagenen Kandidaten ablehnenden Stimmen (= "Neinstimmen"). Näheres zur Ausgestaltung der Stimmzettel kann die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage regeln. Es wird die Möglichkeit geschaffen, Muster von entsprechenden Stimmzetteln der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage als Anlage beizufügen.

Über die Gültigkeit der abgegebenen Stimmen sowie über alle weiteren sich bei der Ermittlung des Wahlergebnisses ergebenden Fragen entscheidet der Wahlvorstand.

Es wird klargestellt, dass in einem zweiten Wahlgang keine weiteren Kandidaturen zulässig sind. Auch in einem dritten Wahlgang sind keine weiteren Kandidaturen zulässig. Dies ergibt sich daraus, dass in einem dritten Wahlgang lediglich eine Stichwahl zwischen den zwei Kandidaten mit der höchsten Stimmzahl aus dem zweiten Wahlgang stattfindet.

Hat die Wahl zu einem Amt begonnen, ist ein Abgeordnetenwechsel nicht mehr möglich. Dies ist nur zwischen den einzelnen Wahlen zu einem Amt zulässig.

Es wird das Gewohnheitsrecht kodifiziert, dass der Vorsitzende des Wahlvorstands das Ergebnis der Wahl verkündet.

Es wird zur Klarstellung eine Regelung aufgenommen, dass, wenn in drei möglichen Wahlgängen kein Kandidat in ein Amt berufen wurde, in ein neues Wahlverfahren einzutreten ist. Eine vergleichbare Regelung findet sich in der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (vgl. § 2 Absatz 3).

Zu 2. c) (§ 5 Absatz 5 neu):

Mit der Anpassung des vorhandenen Verweises auf die Absätze 2 und 3 wird klargestellt, dass für Wahlen der weiteren Ärzte die gleichen Grundsätze gelten.

Zu 2. f) (§ 5 Absatz 8 Sätze 4 bis 6 neu):

Die Regelung zur Fassung von Vorstandsbeschlüssen wird entsprechend der Handhabung und der Definition in § 4 Absatz 8 (neu) der Satzung der Bundesärztekammer (Beschlussfassung des Deutschen Ärztetages) ergänzt.

Zu 3. a) (§ 9 Absatz 4 Satz 3 neu):

Es wird klargestellt, dass im Fall der Verhinderung des Mitglieds der Finanzkommission der Stellvertreter an seine Stelle tritt und die dem Mitglied obliegenden Rechte, wie insbesondere das Stimmrecht, ausüben kann. Daneben ist für den Stellvertreter auch bei Teilnahme des benannten Mitglieds an einer Sitzung eine beratende Teilnahme, d. h. ohne ein Stimmrecht, möglich. Beratend kann außerdem je ein Vertreter der Geschäftsführung der Landesärztekammern teilnehmen.

Zu 3. b) (§ 9 Absatz 5 neu):

Es wird klargestellt, dass die Finanzkommission aus der Mitte ihrer Mitglieder einen Vorsitzenden sowie einen stellvertretenden Vorsitzenden wählt. Entsprechend der geübten Praxis wird klargestellt, dass die Wahl in der Regel durch Handaufheben erfolgt. Auf Antrag von mindestens einem Mitglied der Finanzkommission kann eine geheime Wahl durchgeführt werden. Diese kann entweder schriftlich oder elektronisch erfolgen. Durch den Verweis auf § 5 Absatz 3 Sätze 6 bis 8 der Satzung der Bundesärztekammer wird das Vorgehen bei den Wahlen auf dem Deutschen Ärztetag für entsprechend anwendbar erklärt, soweit es bei der Wahl zur Stimmgleichheit kommt. Zudem wird klargestellt, dass die vierjährige Amtszeit der Mitglieder der Finanzkommission der Wahlperiode des Vorstands der Bundesärztekammer entspricht. Es wird ermöglicht, dass die Sitzungen sowohl in Präsenz als auch ausschließlich virtuell oder in hybrider Form durchgeführt werden können. Über die Durchführungsweise entscheidet der Vorsitzende in Benehmen mit den Mitgliedern. Bis zu dessen Wahl entscheidet der Präsident der Bundesärztekammer.

Zu II. (Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage):

Zu 1. a):

Die Überschrift wird an den Regelungsinhalt angepasst.

Zu 1. b) und c):

Der Begriff der "Versammlungsleitung" wird als üblicher Funktionsbegriff eingeführt. Dieser wird u. a. auch in § 4 Absatz 1 der Satzung der Bundesärztekammer und an weiteren Stellen entsprechend verwendet.

Zu 1. d):

Es wird das Gewohnheitsrecht kodifiziert. Auch in der Literatur wird empfohlen, eine ausdrückliche Regelung über die Sitzungsleitung bei den Wahlen zu treffen. Die Bildung eines Wahlvorstands ist in § 4 Absatz 5 neu der Satzung der Bundesärztekammer bestimmt, auch seine Aufgaben ergeben sich aus der Satzung (vgl. § 5 Absatz 3 neu der

Satzung der Bundesärztekammer). Der Wahlvorstand bleibt entsprechend der bisherigen Handhabung für alle Wahlgänge bestehen.

Zu 2.:

Der alte Absatz 1 wird gestrichen und in den neuen § 4 Absatz 8 Satz 1 der Satzung der Bundesärztekammer ("Die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst, soweit die Satzung nichts anderes vorschreibt") überführt. Dadurch werden die inhaltlichen Vorgaben zur erforderlichen Mehrheit an einer Stelle zusammengeführt.

Der alte Absatz 2 wird zu Absatz 1 und es wird ausdrücklich in die Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage aufgenommen, dass die Möglichkeiten der Abstimmung durch Handaufheben und derjenigen unter Nutzung eines elektronischen Abstimmungssystems nebeneinander bestehen. Über die Form entscheidet die Versammlungsleitung des Deutschen Ärztetages, sofern der Deutsche Ärztetag nicht im Rahmen eines Geschäftsordnungsantrages etwas anderes beschließt.

Darüber hinaus wird geregelt, dass die Abstimmungen "namentlich durch Aufruf" und "schriftlich geheim" jeweils auch in elektronischer Abstimmungsform erfolgen können. Dabei ist durch das Wort "vergleichbar" sichergestellt, dass sie den Anforderungen der Abstimmung "namentlich durch Aufruf" und "schriftlich geheim" in Präsenz entsprechen müssen. Mit dem Wort "sichere" wird gewährleistet, dass es sich um ein datenschutzkonformes, dem jeweils aktuellen Stand der Technik und der Datensicherheit entsprechendes und ggf. zertifiziertes Abstimmungssystem handeln muss.

In Satz 5 kann das Wort "schriftliche" entfallen, da die Möglichkeiten einer geheimen Abstimmung, nämlich schriftlich oder elektronisch, in den beiden vorherigen Sätzen bestimmt ist.

Im neuen Absatz 2 wird klargestellt, dass in Bezug auf die Wahlen neben den genannten Regelungen (§ 5 Absatz 2 und § 12 Absatz 3 der Geschäftsordnung) ausschließlich die Bestimmungen der Satzung Anwendung finden.

Im neuen Absatz 3 werden Stimmzettel als Anlagen in die Geschäftsordnung aufgenommen. Die Möglichkeit der Stimmenthaltung ist – wie bisher auch – durch die Abgabe eines nicht ausgefüllten Stimmzettels möglich. Dies wäre auch bei einer elektronischen Wahl zu ermöglichen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ergibt sich auch aus dem Grundsatz der freien Wahl kein Anspruch darauf, sich auf dem Stimmzettel ausdrücklich enthalten zu können. Eine solche Ausgestaltung wird als nicht zielführend angesehen, wenn es darum geht, die zu Wählenden positiv zu bestimmen. Für die Mandatsverteilung ist es unerheblich, ob und mit welchem Anteil Stimmenthaltungen abgegeben werden (vgl. die Rechtsprechung des BVerfG in der Entscheidung: BGH, Beschluss vom 30.05.2022; AnwZ (Brfg) 47/21).

Zu III:

Aufgrund der Beschlussfassungen zu den anderen eingebrachten Anträgen, das heißt auch aufgrund möglicher Änderungsanträge, kann es erforderlich sein, im Nachgang redaktionelle Anpassungen im Zuge der Bekanntmachung vorzunehmen. Dies beinhaltet keine inhaltlichen Anpassungen, die ausschließlich durch den Deutschen Ärztetag getroffen werden können. Redaktionelle Änderungen hingegen müssen nicht immer unter Einbindung der Mitgliederversammlung durchgeführt werden, sondern die Befugnis zur redaktionellen Änderung des Satzungstextes und des Geschäftsordnungstextes kann auf den Vorstand übertragen werden.

Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

zu § 12 Absatz 3 – *Muster-Stimmzettel für die Wahl der Präsidentin oder des Präsidenten der Bundesärztekammer*Muster-Stimmzettel bei Vorhandensein **mehrerer** Kandidatinnen oder Kandidaten:

	Stimmzettel für die Wahl der Präsidentin/des Präsidenten der Bundesärztekammer auf dem XXX. Deutschen Ärztetag 20XX (1./2./3. Wahlgang)
	Sie haben in diesem Wahlgang eine Stimme:
	XX _____ <input type="checkbox"/> YY _____ <input type="checkbox"/> ZZ _____ <input type="checkbox"/>
	_____ <input type="checkbox"/>

Muster-Stimmzettel bei Vorhandensein nur **einer** Kandidatin oder **eines** Kandidaten:

	Stimmzettel für die Wahl der Präsidentin/des Präsidenten der Bundesärztekammer auf dem XXX. Deutschen Ärztetag 20XX (1./2./3. Wahlgang)
	Sie haben in diesem Wahlgang eine Stimme:
	_____ XY _____
	Ja _____ <input type="checkbox"/> Nein _____ <input type="checkbox"/>

Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

zu § 12 Absatz 3 – *Muster-Stimmzettel für die Wahl einer Vizepräsidentin oder eines Vizepräsidenten der Bundesärztekammer*Muster-Stimmzettel bei Vorhandensein **mehrerer** Kandidatinnen oder Kandidaten:


Stimmzettel
für die Wahl einer Vizepräsidentin/eines Vizepräsidenten der
Bundesärztekammer
auf dem XXX. Deutschen Ärztetag 20XX

(1./2./3. Wahlgang)

Sie haben in diesem Wahlgang **eine** Stimme:

XX _____

YY _____

ZZ _____

Muster-Stimmzettel bei Vorhandensein nur **einer** Kandidatin oder **eines** Kandidaten:


Stimmzettel
für die Wahl einer Vizepräsidentin/eines Vizepräsidenten der
Bundesärztekammer
auf dem XXX. Deutschen Ärztetag 20XX

(1./2./3. Wahlgang)

Sie haben in diesem Wahlgang **eine** Stimme:

_____ XY _____

Ja _____

Nein _____

Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage

zu § 12 Absatz 3 – *Muster-Stimmzettel für die Wahl einer weiteren Ärztin oder eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer*

Muster-Stimmzettel bei Vorhandensein **mehrerer** Kandidatinnen oder Kandidaten:

	<p style="text-align: center;">Stimmzettel für die Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer auf dem XXX. Deutschen Ärztetag 20XX</p> <p style="text-align: center;">(1./2./3. Wahlgang)</p> <p style="text-align: center;">Sie haben in diesem Wahlgang eine Stimme:</p> <p>XX _____ <input type="checkbox"/></p> <p>YY _____ <input type="checkbox"/></p> <p>ZZ _____ <input type="checkbox"/></p>
---	---

Muster-Stimmzettel bei Vorhandensein nur **einer** Kandidatin oder **eines** Kandidaten:

	<p style="text-align: center;">Stimmzettel für die Wahl einer weiteren Ärztin/eines weiteren Arztes in den Vorstand der Bundesärztekammer auf dem XXX. Deutschen Ärztetag 20XX</p> <p style="text-align: center;">(1./2./3. Wahlgang)</p> <p style="text-align: center;">Sie haben in diesem Wahlgang eine Stimme:</p> <p style="text-align: center;">_____ XY _____</p> <p>Ja _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Nein _____ <input type="checkbox"/></p>
---	--



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

TOP V **Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)**

Antragsfrist und Antragsverfahren

V - 05 Keine Antragsfrist für Anträge auf Deutschen Ärztetagen

TOP V Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)

Titel: Keine Antragsfrist für Anträge auf Deutschen Ärztetagen

Beschluss

Auf Antrag von Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Matthias Marschner, Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Joachim Suder, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Detlef Lorenzen, Dr. Hans-Otto Bürger und Stefanie Minkley (Drucksache V - 05) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Die im Vorschlag der Neufassung der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage enthaltene Einführung einer Antragsfrist zur Stellung von Anträgen bis zwei Tage vor Beginn des Ärztetages wird abgelehnt. Die dadurch einhergehende Einschränkung der Partizipation der Abgeordneten verändert den Charakter der Deutschen Ärztetage grundlegend: weg von einem Ärzteparlament hin zu einem großen Kammerkongress.

Begründung:

Es besteht die Gefahr, dass der Deutsche Ärztetag durch die vorgeschlagene Änderung zu einer wohlorchestrierten Veranstaltung wird, in dem sorgfältig vorbesprochene Anträge von Berufsverbänden mit dem Vorstand abgestimmt und dann durch die demokratischen Abstimmungen gelöst werden. Wird das demokratische Moment des Deutschen Ärztetages in dieser Weise geschwächt, so muss man sich die Frage stellen, ob die erheblichen Kosten für eine solche jährliche Veranstaltung gerechtfertigt sind.

Die Einführung einer Antragsfrist wird die Arbeit der Abgeordneten erheblich erschweren, da sie sich bereits mehrere Wochen vor Beginn des Deutschen Ärztetages mit den Formalien der Antragstellung befassen müssen. Dies gilt nicht nur für die Antragstellung selbst, sondern auch für die Gewährung der Unterstützung für Anträge anderer Abgeordneter, die von den entsprechenden Antragstellern bereits in den Wochen vor dem Deutschen Ärztetag erbeten werden müssen. Da diese Antragsbearbeitung durch die Abgeordneten (sofern sie nicht hauptberufliche Verbandsfunktionäre sind) neben ihrem regulären Alltag zusätzlich zu leisten ist, wird die Antragsbearbeitung erheblich mehr Zeit erfordern.

Somit müssen auch die Mitarbeiter der Bundesärztekammer die laufende Antragsbearbeitung im Antragsportal bereits viele Wochen vor dem Beginn des Deutschen

Ärztetages gewährleisten, was eine erhebliche Mehrbelastung des Hauptamtes darstellen und außerdem erhebliche zusätzliche Kosten verursachen wird. Die skizzierten Erschwernisse werden zu einem drastischen Rückgang der von den Abgeordneten eingebrachten Anträge zu den Themen der Tagesordnung führen.



128. Deutscher Ärztetag

Mainz, 07.05. - 10.05.2024

TOP V **Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)**

Gendersensible Sprache

V - 06 Gendersensible Sprache in der Satzung der Bundesärztekammer

TOP V Änderung der Satzung der Bundesärztekammer (Überschrift, §§ 4, 5 sowie § 9 Abs. 4-5) und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage (Überschrift, §§ 2-5, 7-9 sowie § 12)

Titel: Gendersensible Sprache in der Satzung der Bundesärztekammer

Beschluss

Auf Antrag von Matthias Marschner, Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Katharina Partow, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Irmgard Pfaffinger, Dr. Detlef Lorenzen und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache V - 06) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 nimmt mit Bedauern zur Kenntnis, dass in der Satzung der Bundesärztekammer weiterhin nur das generische Maskulinum verwendet wird.

Der 128. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesärztekammer auf, gendersensible Formulierungen auch in Satzung und Geschäftsordnung zu verwenden. Es darf kein Mensch - gleich welcher Geschlechtsidentität - sprachlich ausgegrenzt werden. Satzung der Bundesärztekammer und Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage definieren über ihre normative Funktion hinaus Kultur und Selbstverständnis der Bundesärztekammer und der Deutschen Ärzteschaft. Umso wichtiger ist es, dass sie alle Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen adressieren und dies durch die Verwendung von gendersensiblen Formulierungen für alle Ärztinnen und Ärzte verständlich zum Ausdruck gebracht wird.

Begründung:

Auf dem 126. Deutschen Ärztetag 2022 wurde der Antrag Ic - 46 ("Gendersensible Sprache ermöglichen") von den Kolleginnen und Kollegen Michler, Maitra, Camara Romero, Veelken und Marschner mit Mehrheit angenommen. Daraufhin wurde von der Bundesärztekammer ein sprachwissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben.

Abschließend hält der Vorstand der Bundesärztekammer es für erforderlich, "das Bewusstsein für eine gendersensible Sprache weiterhin zu stärken und bittet die Geschäftsführung wie die Gremien der Bundesärztekammer, dies im Einklang mit der Empfehlung des Gutachters kontextabhängig und abhängig von individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Rechten so weit als möglich und praktikabel zu berücksichtigen".

Aus diesem Grund sollte die Satzung der Bundesärztekammer gendersensible Formulierungen verwenden, um alle Ärztinnen und Ärzte wertschätzend anzusprechen.



**TOP VI Sachstandsbericht Ärztliches
Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK)**

- VI - 01 ÄPS-BÄK als Qualitätsmaßstab und Grundlage für die Refinanzierung ärztlicher Personalkosten gesetzlich verankern
- VI - 03 Ärztliches Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer verbindlich gesetzlich verankern
- VI - 04 Vorhaltefinanzierung für Krankenhausleistungen muss verbindliche Personalbedarfe für die einzelnen Leistungsgruppen vorgeben
- VI - 05 Personalkosten statt Vorhaltekosten finanzieren
- VI - 06 Ausbuchung medizinisch begründeter Personalmindestausstattungen in den Krankenhäusern aus den DRG-Fallpauschalen im Verbund mit voller Direkterstattung durch die Kostenträger - nicht nur im pflegerischen, sondern auch im ärztlichen Bereich!
- VI - 02 Keine Sanktionen auf Grundlage von ÄPS-BÄK

TOP VI Sachstandsbericht Ärztliches Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK)

Titel: ÄPS-BÄK als Qualitätsmaßstab und Grundlage für die Refinanzierung ärztlicher Personalkosten gesetzlich verankern

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache VI - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert die Verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene auf, bei der geplanten Krankenhausreform der zentralen Bedeutung einer patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung für eine stabile und qualitativ hochwertige Versorgung gerecht zu werden.

Dazu ist das Ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) als verbindlicher Maßstab im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) nicht nur - wie im Referentenentwurf - in der Gesetzesbegründung zu nennen, sondern im Gesetzestext selbst zu verankern. Es wurde von der Bundesärztekammer als ein individuell in jeder Abteilung anwendbares Instrument entwickelt und ist einsatzfähig.

Der 128. Deutsche Ärztetag fordert die politisch Verantwortlichen dazu auf, für eine verlässliche Refinanzierung der erforderlichen ärztlichen Personalausstattung im Rahmen der Vorhaltefinanzierung zu sorgen.

Begründung:

Eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung ist der Dreh- und Angelpunkt für eine nachhaltige, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung. Die zentrale Bedeutung der ärztlichen Personalausstattung ist weder in den bisherigen gesetzlichen Regelungen noch im vorliegenden Referentenentwurf zum KHVVG ausreichend berücksichtigt.

Dabei hat eine inadäquate ärztliche Personalausstattung gravierende Auswirkungen nicht nur unmittelbar auf die Patientenversorgung, sondern auch über die ärztliche Weiterbildung mittelbar auf die künftigen Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Patientinnen und Patienten.

TOP VI Sachstandsbericht Ärztliches Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK)

Titel: Ärztliches Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer verbindlich gesetzlich verankern

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Marco Hensel MBA, Dr. Lisa Rosch, Sebastian Exner, Alexander Fuchs, Dr. Thomas Lipp, Dr. Tilman Kaethner, Bettina Rakowitz, Ulrich Schwille und Dr. Constantin Janzen (Drucksache VI - 03) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Bundesgesetzgeber erneut auf, das in der Bundesärztekammer von Ärztinnen und Ärzten entwickelte Ärztliche Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK) in den Gesetzen zur Krankenhausreform zur verbindlichen Anwendung zu verankern.

Begründung:

Durch den hohen Personalkostenanteil und die Ausgliederung der Pflegekosten über die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) 2019 eingeführten Pflegebudgets ist ein zunehmender Druck auf die ärztlichen Personalkosten zu verzeichnen. Bereits seit Ende 2018 entwickelt die Bundesärztekammer Überlegungen zur besseren Personalbemessung im Krankenhaus. Das ÄPS-BÄK wurde auf Beschluss des 126. Deutschen Ärztetages 2022 erarbeitet. Bereits der 127. Deutsche Ärztetag 2023 hatte die Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Krankenhausreform und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgefordert, bei der geplanten Krankenhausreform das vom 126. Deutschen Ärztetag beschlossene und von der Bundesärztekammer zu entwickelnde ÄPS-BÄK in den Gesetzentwürfen zu verankern. Demgegenüber enthält der aktuelle Referentenentwurf des BMG für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG) nicht die geforderte verbindliche Verankerung. Es findet sich in der Begründung zur Änderung von § 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) (Zuweisung von Leistungsgruppen) lediglich die vage Formulierung, dass "bei der Entscheidung, ob und welche Leistungsgruppen einem Krankenhaus zugewiesen werden sollen, [...] weitere Kriterien wie zum Beispiel die Bedarfsgerechtigkeit des Krankenhauses zu berücksichtigen" seien. "Auch die Erfüllung der Anforderungen von Personalbedarfsbemessungssystemen für die Ärzteschaft (zum Beispiel das Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer)" könne "als Entscheidungskriterium herangezogen werden." Das ÄPS-BÄK soll den tatsächlichen

ärztlichen Personalbedarf darstellen und damit eine Grundlage für die Besetzung und Refinanzierung der erforderlichen Stellen bieten. Es definiert dabei viel mehr als nur Personaluntergrenzen, die eine unmittelbare Patientengefährdung abwenden sollen. Personaluntergrenzen schauen nur auf die Aufgaben in der direkten Patientenversorgung. Das ÄPS-BÄK hingegen berücksichtigt neben der klassischen Patientenversorgung weitere ärztliche Aufgaben und Pflichten - u. a. zu gesetzlichen und regulativen Vorgaben, zur Qualitätssicherung, Administration, Dokumentation und Fortbildung - oder die ärztliche Weiterbildung, sowie den erhöhten ärztlichen Zeitaufwand für bestimmte Patientengruppen, z. B. für Kinder, bei Menschen mit Suchterkrankungen, Multimorbidität oder kognitiven Einschränkungen.

TOP VI Sachstandsbericht Ärztliches Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK)

Titel: Vorhaltefinanzierung für Krankenhausleistungen muss verbindliche Personalbedarfe für die einzelnen Leistungsgruppen vorgeben

Beschluss

Auf Antrag von Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Matthias Marschner, Dr. Katharina Partow, Stefanie Minkley und Dr. Florian Gerheuser (Drucksache VI - 04) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass die Berechnung der im aktuellen Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) vorgesehenen Vorhaltevergütung für die jeweiligen Leistungsgruppen eine patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung berücksichtigt.

Um dies sicherzustellen, muss der entsprechende Anteil der Vorhaltevergütung zurückerstattet werden, wenn die Einhaltung der hinterlegten verbindlichen Personalvorgaben für die einzelne Leistungsgruppe von einem Krankenhausstandort im Einzelfall nicht nachgewiesen wird.

Begründung:

Durch die Einführung einer Vorhaltevergütung möchte die Bundesregierung die ökonomische Abhängigkeit der Krankenhäuser von den behandelten "Fällen" reduzieren. Dieses "Vorhaltebudget" soll ca. 60 Prozent der bisherigen DRG-Volumina betragen.

Während für die Leistungsgruppen verbindliche Strukturvorgaben und Mindestzahlen vorgeschrieben werden, sind diese Strukturen bisher nicht bei einer patienten- und aufgabengerechten Personalausstattung der verschiedenen Berufsgruppen hinterlegt.

Dies ist aus ärztlicher Sicht aber zu fordern, da die Strukturvorgaben und Mindestmengen ohne die Vorhaltung von ausreichend Personal eine gute Ergebnisqualität nicht gewährleisten können. Wird diese Personalausstattung in der Vorhaltefinanzierung nicht berücksichtigt, so ist die Vorhaltefinanzierung neben den DRGs nur ein weiterer Finanztopf, über den nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten verfügt wird.

Müssen hingegen bei nicht eingehaltenen Personalvorgaben die in der Vorhaltefinanzierung hierfür enthaltenen Vergütungsanteile zurückgezahlt werden, entfällt

das betriebswirtschaftliche Interesse, durch das Einsparen von Personal Gewinnanteile auch aus dem Vorhaltebudget zu generieren. Dadurch wird der Charakter einer Vorhaltefinanzierung betont, die dem betriebswirtschaftlichen Gewinnstreben entzogen sein muss. Gleichzeitig wird eine Abwärtsspirale sich verschlechternder Arbeitsbedingungen unterbunden, die guter Versorgungsqualität und Fachkräftegewinnung in erheblichem Maße entgegensteht.

TOP VI Sachstandsbericht Ärztliches Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK)

Titel: Personalkosten statt Vorhaltekosten finanzieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Piper, Dr. Jörg Focke, Yvonne Jäger, Jan Henniger, Dr. Christoph Polkowski, Dr. Dr. Eva See, MUDr. Juraj Bena, Prof. Dr. Ulrich Finke, Dr. Susan Trittmacher, Anne Kandler und Dr. Wolf Andreas Fach (Drucksache VI - 05) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Personalkosten für ärztliches, pflegerisches und sonstiges am Patienten und in der Logistik tätige Personal auf Nachweis zu refinanzieren, anstatt die derzeit geplanten fallzahlabhängigen Vorhaltekosten zu bezahlen.

Begründung:

Das für die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendige Personal muss unabhängig von der tagesaktuellen Finanzlage ermöglicht werden. Personal im Krankenhaus kann nicht fallzahlabhängig irgendwo "geparkt" werden. Allenfalls bei Materialien und Medikamenten kann man im Verbund mit anderen Kliniken und Apothekenverbänden über zentrale und dezentrale Lagerung kurzfristige Bedarfsschwankungen ausgleichen. Personal, zumal in der aktuellen Lage eines Fachkräftemangels, ist nicht kurzfristig abrufbar und muss daher 1:1 refinanziert werden. Die im aktuellen Referentenentwurf vorgesehene Vorhaltekostenpauschale wird am schlechten Status quo nichts ändern, sondern zu zusätzlichem Bürokratieaufwand führen.

TOP VI Sachstandsbericht Ärztliches Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK)

Titel: Ausbuchung medizinisch begründeter Personalmindestausstattungen in den Krankenhäusern aus den DRG-Fallpauschalen im Verbund mit voller Direkterstattung durch die Kostenträger - nicht nur im pflegerischen, sondern auch im ärztlichen Bereich!

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Stefan Schröter (Drucksache VI - 06) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert anlässlich der designierten Krankenhausreform medizinisch begründete Personalmindestausstattungen auch für den ärztlichen Bereich und deren nachhaltige Direkterstattung durch die Kostenträger durch Ausbuchung aus den DRG-Fallpauschalen.

Die Beschränkung derartiger Personalmindestausstattungen im Verbund mit deren 1:1-Kostenerstattung durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen unter Herausnahme aus den DRG-Kalkulationen bislang nur auf den pflegerischen Bereich - unter Nichtberücksichtigung aller anderen patientennahen Berufsgruppen und insbesondere der Ärztinnen und Ärzte - ist sachlich nicht begründbar.

Qualität braucht Personal - auch im ärztlichen Bereich!

Begründung:

Mit der schrittweisen Einführung verbindlicher Pflegepersonaluntergrenzen in den Krankenhäusern ab 01.01.2019 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) und deren Refinanzierung durch die Kostenträger außerhalb der DRG-Fallpauschalen ist für die Krankenhausträger der betriebswirtschaftliche Anreiz weitgehend entfallen, am Pflegepersonal zu sparen.

Betriebswirtschaftliche Bestrebungen zur Limitierung von Personalkosten fokussieren sich folgerichtig zunehmend auf den ärztlichen Bereich. Diesbezüglich konkrete Erscheinungsformen sind Wiederbesetzungssperren, Beförderungsstau, fehlende Erfassung und infolgedessen fehlende Vergütung von Überstunden sowie oftmals zu knapp bemessene ärztliche Personalbudgets.

Das wichtigste Kriterium der Qualitätssicherung im Krankenhaus ist die hinreichende

Ausstattung mit Personal - auch im ärztlichen Bereich! Dies trägt nicht nur zu mehr Patientensicherheit bei, sondern auch zu besseren Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten, zu einer hohen Qualität der fachärztlichen Weiterbildung und nicht zuletzt zur Freude am Beruf.

Nur die Etablierung medizinisch begründeter fachspezifischer Personalmindestausstattungen und deren Ausbuchung aus den DRG-Fallpauschalen im Verbund mit voller Direkterstattung durch die Kostenträger gewährleistet diese Qualität, wirkt betriebswirtschaftlichen Fehlanreizen entgegen und gibt den Klinikträgern die notwendige Sicherheit einer 1:1-Refinanzierung. Das gilt für den pflegerischen wie für den ärztlichen Bereich gleichermaßen!

TOP VI Sachstandsbericht Ärztliches Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK)

Titel: Keine Sanktionen auf Grundlage von ÄPS-BÄK

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Johannes Buchmann, Dr. Andreas Gibb, Dr. Evelin Pinnow, Dr. Wilfried Schimanke, Manja Dannenberg, Christian Klein und Dr. Jens Placke (Drucksache VI - 02) unter Berücksichtigung des Antrags von Prof. Dr. Johannes Buchmann (Drucksache VI - 02a) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 fordert, dass das Ärztliche Personalbemessungssystem (ÄPS-BÄK) nach Einführung nicht als Grundlage für die Erweiterung der Prüfungen gemäß §§ 136a, 137, 275a SGB V verwendet wird.

Begründung:

Die Entwicklung des ÄPS-BÄK ist weit fortgeschritten. Dies wird auch im aktuell vorliegenden Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) deutlich, der das ÄPS-BÄK im Begründungsteil konkret aufführt. Das ÄPS-BÄK ist geeignet, eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung abzubilden.

Wenn aber der Medizinische Dienst (MD) von den Kostenträgern dazu beauftragt werden sollte, den errechneten Bedarf dem tatsächlichen Personal gegenüberzustellen und auf Grundlage des Umsetzungsgrades (Anlage zu den PPP-RL § 50 Abs. 2 MD-Qualitätskontroll-Richtlinie [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3209/MD-QK-RL_2023-05-12_iK-2023-08-11.pdf], gemäß § 136a Abs. 1 SGB V [https://www.buzer.de/136a_SGB_V.htm] daraus Abstufungen des DRG-Erlöses (§ 137 Abs. 1 SGB V, <https://www.buzer.de/s1htm?a=137&g=&kurz=SGB+V&ag=2497>) folgen würden, könnte das die Tragfähigkeit stationärer Einrichtungen gefährden.

Ein nicht erfüllter Umsetzungsgrad ist insbesondere bei kleineren Kliniken prozentual bei Personalfluktuations schnell erreicht und nicht gleichbedeutend mit einer verminderten Versorgungsqualität. Das ÄPS-BÄK ist ausdrücklich nicht als Instrument konzipiert, das eine Mindestpersonalausstattung ermittelt, sondern dient der Darstellung einer patienten- und aufgabengerechten Personalausstattung. Eine solche Personalausstattung ermöglicht es, alle Aufgaben der direkten sowie der indirekten Versorgung wahrzunehmen.



**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der
Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2022/2023
(01.07.2022 – 30.06.2023)**

VII - 01 Genehmigung des Jahresabschlusses

**TOP VII Bericht über die Jahresrechnung der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2022/2023 (01.07.2022 – 30.06.2023)**

Titel: Genehmigung des Jahresabschlusses

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache VII - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 nimmt Kenntnis vom Bericht des Vorsitzenden der Finanzkommission über die Prüfung des Jahresabschlusses für das Geschäftsjahr 2022/2023 (01.07.2022 - 30.06.2023) und vom Ergebnis der Prüfung durch die Ebner Stolz GmbH & Co. KG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin.

Der Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2022/2023 (01.07.2022 - 30.06.2023) wird gebilligt.

Die nicht verbrauchten Mittel aus dem Geschäftsjahr 2022/2023 in Höhe von 2.102.212,79 Euro werden in das Geschäftsjahr 2024/2025 eingestellt.



**TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für
das Geschäftsjahr 2022/2023 (01.07.2022 – 30.06.2023)**

VIII - 01 Entlastung des Vorstands der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2022/2023 (01.07.2022 - 30.06.2023)



**TOP VIII Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das
Geschäftsjahr 2022/2023 (01.07.2022 – 30.06.2023)**

Titel: Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr
2022/2023 (01.07.2022 - 30.06.2023)

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne von der Heydt (Drucksache VIII - 01) beschließt der 128.
Deutsche Ärztetag 2024:

Dem Vorstand der Bundesärztekammer wird für das Geschäftsjahr 2022/2023
(01.07.2022 - 30.06.2023) Entlastung erteilt.



**TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2024/2025
(01.07.2024 – 30.06.2025)**

IX - 01 Genehmigung des Haushaltsvoranschlags



TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2024/2025 (01.07.2024 – 30.06.2025)

Titel: Genehmigung des Haushaltsvoranschlags

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache IX - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2024/2025 (01.07.2024 - 30.06.2025) in Höhe von 31.692.000,00 Euro wird genehmigt.



TOP X Ankündigung des 130. Deutschen Ärztetages 2026 in Hannover

X - 01 Austragungsort für den 130. Deutschen Ärztetag vom 12. – 15.05.2026 in Hannover



TOP X Ankündigung des 130. Deutschen Ärztetages 2026 in Hannover

Titel: Austragungsort für den 130. Deutschen Ärztetag vom 12. – 15.05.2026 in Hannover

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands (Drucksache X - 01) beschließt der 128. Deutsche Ärztetag 2024:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 bestätigt den Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 18./19.01.2024, den 130. Deutschen Ärztetag vom 12. - 15.05.2026 in Hannover durchzuführen.



**Positionen der Bundesärztekammer zum
Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur
Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde
Finanzinvestoren
und
zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und
umfassenden ambulanten Versorgung**

Berlin, 09.01.2023

Inhalt

Inhalt.....	1
Vorbemerkung	2
1. Ausschließliche Zulassung fachübergreifender MVZ.....	5
2. Örtlicher und fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ	7
3. Auslaufen der Bestandsschutzregelungen	9
4. Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen.....	10
5. Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen	11
6. Begrenzung von Marktanteilen	12
7. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen	14
8. Transparenz über Inhaberschaft.....	16
9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ.....	20
10. Keine Konzeptbewerbung von MVZ	21
11. Stärkung der Stellung des ärztlichen Leiters	22
12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ	25

Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer befasst sich seit mehreren Jahren intensiv mit der zunehmenden Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und insbesondere auch mit der Thematik der investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Zahlreiche Beschlüsse Deutscher Ärztetage der letzten Jahre zeigen die große Besorgnis der Ärzteschaft zu dieser Thematik auf.

Inzwischen zeigt sich eine deutlich dynamische Entwicklung bei der Gründung von MVZ. Insgesamt sind zum Stichtag 31.12.2021 rund 26.000 Ärztinnen und Ärzte in MVZ tätig. Über 93 Prozent hiervon arbeiten als Angestellte; nur 1.676 (oder rund sieben Prozent) Ärztinnen und Ärzte sind Vertragsärzte. Im Jahr 2016 lag die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in MVZ noch bei rund 16.000. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von rund zehn Prozent. Im selben Zeitraum wuchs die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte um lediglich 1,9 Prozent pro Jahr (Quelle: BÄK, KBV).

Die Bundesärztekammer hat Ende 2019 unter dem Vorsitz ihres Präsidenten, Herrn Dr. Reinhardt, eine Arbeitsgruppe „Kommerzialisierung Medizinischer Versorgungszentren/Krankenhäuser“ eingerichtet, die die Problemfelder sowie Lösungsansätze intensiv diskutiert und sich mit renommierten Expertinnen und Experten ausgetauscht hat. In ihrer letzten Sitzung am 7. November 2022 wurden unter Anwesenheit des Bayerischen Staatsministers für Gesundheit und Pflege, Herrn Holetschek, und des Leiters der Abteilung "Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung" im BMG, Herrn Weller, konkrete Formulierungsvorschläge der Bundesärztekammer für gesetzliche Regelungen zu MVZ zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung vorgestellt. Diese Vorschläge sind im vorliegenden Dokument weiter ausgeführt und begründet.

Zur Einordnung der Positionen der Bundesärztekammer ist es wichtig, sich mit der ursprünglichen Idee der medizinischen Versorgungszentren zu befassen. Das Konzept der MVZ wurde 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführt. In der Begründung des Gesetzes heißt es: „Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen. Mit den medizinischen Versorgungszentren wird also eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt.“

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, die sich insbesondere durch den demografischen Wandel mit einer Zunahme von Multimorbidität und durch den medizinisch-technischen Fortschritt mit zunehmender Spezialisierung der Fachgebiete ergeben, ist die hinter der Einführung stehende Idee einer interdisziplinären und sektorenverbindenden Versorgung an einem Ort sinnvoll und mehr denn je zeitgemäß. Mittlerweile hat jedoch eine

Entwicklung eingesetzt, die sich immer weiter von der eigentlich bezweckten Verbesserung der medizinischen Versorgung entfernt hat. Auch wurde mit dem Aufkommen von MVZ die Hoffnung verbunden, ärztliche Tätigkeit in ländlichen und unterversorgten Regionen attraktiver gestalten zu können. Allerdings entstanden MVZ zu 85 Prozent in Kernstädten, Ober- und Mittelzentren. Nur 15 Prozent der MVZ befinden sich in ländlichen Gemeinden (Quelle: KBV; MVZ Aktuell zum 31.12.2021).

Dies ist teilweise auch den gesetzlichen Änderungen geschuldet, die seit der Einführung der MVZ vorgenommen wurden, maßgeblich die Ermöglichung fachgleicher MVZ mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VStG) 2015, die zu einer deutlichen Zunahme der Gründungen von – zumeist fachgleichen – MVZ geführt hat, die sich auf einzelne, lukrative Leistungen ihres Fachgebietes beschränken, anstatt sämtliche Kernleistungen ihres Fachgebietes zu erbringen.

Für Finanzinvestoren wie Private Equity Gesellschaften sind MVZ eine attraktive Geldanlage, da die Erlöse durch die Finanzierung aus der Sozialversicherung praktisch abgesichert sind. Private, fachfremde Träger können, trotz der mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) eingeführten Beschränkung der Gründungsvoraussetzungen, Krankenhäuser kaufen, die als gründungsberechtigt gelten. Dabei sind ihnen derzeit keine Beschränkungen auferlegt, sie können über ihr Krankenhaus bundesweit und in allen Fachgebieten MVZ betreiben. Eine der Kernforderungen der Bundesärztekammer ist der verpflichtende örtliche und fachliche Bezug des Gründungs-Krankenhauses zu seinem bzw. seinen MVZ. Nur so ist der Bezug zum Leistungsspektrum und zur ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus und damit der Nutzen für die Patientinnen und Patienten vor Ort erkennbar – die interdisziplinäre und sektorenverbindende Versorgung aus einer Hand und an einem Ort.

Investitionen in das Gesundheitssystem sind grundsätzlich positiv zu bewerten, insbesondere, da in einigen Fachgebieten die medizinische Technologie kaum noch durch einen einzelnen Vertragsarzt finanziert werden kann. Problematisch wird es, wenn das primäre Ziel nicht mehr die qualitativ hochwertige und zugewandte Patientenversorgung, sondern die Maximierung der Rendite ist. Es hat sich gezeigt, dass der mit der Kommerzialisierung von MVZ einhergehende (Rendite-)Druck so groß sein kann, dass ihm nicht allein mit der berufsrechtlichen Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten begegnet werden kann, die Behandlung allein am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Vielmehr bedarf es einer Anpassung der Rahmenbedingungen für die Zulassung und die ärztliche Tätigkeit in MVZ.

Eine wichtige Maßnahme ist dabei die Stärkung des ärztlichen Leiters in MVZ. Dem ärztlichen Leiter kommt bei der Umsetzung der Berufsordnung eine entscheidende Rolle zu, er muss die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Eigentümerinteressen gewährleisten. Hierbei muss er durch entsprechende Rahmenbedingungen unterstützt werden, zum Beispiel durch einen besonderen Kündigungs- und Abberufungsschutz, aber auch durch die Regulierung von auf medizinisch nicht-begründbare Mengen- und Leistungsausweitung

abzielende Bonusverträgen und durch die Einführung von Disziplinarmaßnahmen bei fehlender Gewährleistung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit. Ebenso muss ausgeschlossen sein, dass sich Rationalisierungsmaßnahmen, die Kostenersparnisse und Skaleneffekte zum Ziel haben, negativ auf die Qualität der medizinischen Versorgung niederschlagen.

Auch das Recht auf freie Arztwahl ist von großer Relevanz. Durch die Bildung großer MVZ-Strukturen bzw. von MVZ-Ketten kann es für einzelne Fachgebiete in einzelnen Regionen zu einer Monopolbildung kommen, bei der den Patienten wohnortnah keine alternativen Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Transparenz der Trägerschaft. Derzeit ist es weder Patienten noch anderen Leistungserbringern kaum möglich, die Trägerschaft von MVZ in Erfahrung zu bringen.

Maßstab der Gesundheitsversorgung sind die Patientinnen und Patienten mit ihrem medizinischen Versorgungsbedarf. Das Gesundheitswesen ist Teil der Daseinsvorsorge und kann nicht den Regelungen von Kapitalmärkten unterliegen. Über das Krankenversicherungssystem generierte Gelder dürfen dem System nicht zur Ausschüttung von Renditen entzogen werden. Auch darf Finanzkraft nicht zur Etablierung von Monopolen in der Gesundheitsversorgung führen.

Im Folgenden werden die aus Sicht der Bundesärztekammer erforderlichen Gesetzesänderungen vorgestellt und erläutert. Die einzelnen Vorschläge sind als einzelne Änderungen formuliert. Werden sie übernommen, können weitere redaktionelle Änderungen notwendig werden (Umnummerierung von Absätzen, Richtigstellen von Bezügen etc).

Wir hoffen, dass wir die Arbeit der Bund-Länder-AG mit unseren Ausführungen unterstützen können. Für Fragen und einen weiteren Austausch stehen wir gerne zur Verfügung.

1. Ausschließliche Zulassung fachübergreifender MVZ

1. § 95 Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 wird nach der Wortgruppe „Medizinische Versorgungszentren sind“ das Wort „fachübergreifende“ und nachfolgend ein Komma eingefügt.
 - b) Nach Satz 5 wird folgender Satz angefügt:
„Medizinische Versorgungszentren, die am 1. Januar 2023 bereits zugelassen sind, gelten bis zum 31.12.2032 unverändert als medizinische Versorgungszentren, auch wenn Sie nicht fachübergreifend sind.“

§ 95 Absatz 1b ist entsprechend anzupassen bzw. zu streichen.

Begründung:

Das Konzept der Medizinischen Versorgungszentren wurde 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführt. Damals wurde festgelegt, dass Medizinische Versorgungszentren fachübergreifend tätig sein müssen. In der Begründung des Gesetzes heißt es: „Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. Außerdem eröffnet die Neuregelung insbesondere jungen Ärzten eine weitere Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen. Mit den medizinischen Versorgungszentren wird also eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt.“ Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) wurde 2015 das Wort „fachübergreifend“ aus § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gestrichen. Durch die Aufgabe des Merkmals „fachübergreifend“ wurde der ursprünglich positive Ansatz, eine interdisziplinäre Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten, aufgegeben. Zudem hatte die Neuregelung zur Folge, dass die Zahl der MVZ-Gründungen nach 2015 deutlich zunahm und zwar insbesondere durch die Gründung fachgleicher MVZ. Hinter vielen dieser fachgleichen medizinischen Versorgungszentren stehen Kapitalinvestoren ohne Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung, die sich auf einen Teilmarkt der medizinischen Versorgung, etwa der operativen Augenheilkunde oder der Radiologie fokussieren. Insbesondere MVZ-Ketten sowie sogenannte Groß-MVZ führen dabei zu Versorgungsmonopolen in den entsprechenden Fachgebieten und schränken damit das Recht der Versicherten auf freie Leistungserbringerwahl ein. Um Medizinische Versorgungszentren von Arztpraxen zu unterscheiden und sicherzustellen, dass sie einen darüberhinausgehenden Mehrwert für die Versorgung haben, wird das mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 aufgebene Merkmal „fachübergreifend“ wieder eingeführt. Nicht-fachübergreifende Medizinische Versorgungszentren können noch zehn Jahre unverändert fortbestehen. Diese Frist ist aus Gründen des Schutzes der im Vertrauen auf die bisherige Regelung getätigten Investitionen geboten.

Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

...

„(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind **fachübergreifende**, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. ... **Medizinische Versorgungszentren, die am 1. Januar 2023 bereits zugelassen sind, gelten bis zum 31.12.2032 unverändert als Medizinische Versorgungszentren, auch wenn sie nicht fachübergreifend sind.**“

2. Örtlicher und fachlicher Bezug des Krankenhauses zum MVZ

1. In § 95 Absatz 1a SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Zugelassene Krankenhäuser sind jedoch nur zur Gründung medizinischer Versorgungszentren in ihrem Einzugsgebiet berechtigt, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen.“

2. In § 95 Absatz 1a Satz 4 SGB V werden nach dem Semikolon die Wörter *„die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von zugelassenen Krankenhäusern bis zum [Einfügen des Tags der ersten Lesung im Deutschen Bundestag] gegründet wurden, gilt unabhängig von den Anforderungen nach Satz 2 bis zum 31.12.2032 unverändert fort;“* eingefügt.

Begründung:

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) hat der Gesetzgeber bereits 2011 die Gründungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren neu gefasst. In der Gesetzesbegründung heißt es: „Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen. In den medizinischen Versorgungszentren, die von solchen Investoren gegründet werden, besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden. Das mit der Beschränkung der Gründungsberechtigung für medizinische Versorgungszentren auf die an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringer verfolgte Ziel, den medizinisch-fachlichen Bezug der Gründer zu gewährleisten, ist nicht vollständig erreicht worden, weil Kapitalgeber z. B. durch den Kauf eines Pflegedienstes oder eines Hilfsmittelerbringers die Voraussetzungen zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren im gesamten Bundesgebiet erfüllen können. Dadurch stehen in Bereichen wie z. B. der Augenheilkunde teilweise immer weniger Vertragsarztsitze für freiberuflich tätige Ärzte in eigener Praxis zur Verfügung. Diese Entwicklung birgt Gefahren für die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen. Um dem entgegenzuwirken können künftig medizinische Versorgungszentren nach Satz 1 nur noch von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und von nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern gegründet werden. Die Gründungsberechtigung wird dadurch auf Leistungserbringer konzentriert, die bisher den Großteil der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung der Versicherten geleistet haben.“

Bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurden die Gründungsmöglichkeiten von Medizinischen Versorgungszentren durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen beschränkt. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sind demnach nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht dabei auch für die mit Dialyseleistungen

zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten.

Inzwischen hat sich gezeigt, dass Kapitalinvestoren ohne fachlich-medizinischen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Krankenhäuser erwerben, um bundesweit und damit vielfach in weiter Entfernung vom erworbenen Krankenhaus Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Es ist daher geboten, die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Krankenhäuser auf ihren Einzugsbereich zu beschränken. Nur so ist ein Bezug zur Tätigkeit des Krankenhauses und damit ein Nutzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten vor Ort – ein ambulant-stationäres Behandlungskonzept „aus einer Hand“ – erkennbar. Der Einzugsbereich bestimmt sich nach dem Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes.

Eine Verbesserung der Versorgung ist auch nur dann zu erwarten, wenn das Versorgungsangebot des Medizinischen Versorgungszentrums einen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweist. Durch dieses Erfordernis soll zudem sichergestellt werden, dass Kapitalinvestoren ohne fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Krankenhäuser vor Ort aufkaufen, um Medizinische Versorgungszentren zu gründen, ohne dass dies im Zusammenhang mit dem Versorgungsangebot des Krankenhauses steht. So soll z.B. die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums, das nur augenärztliche und orthopädische Leistungen anbietet, durch ein Psychiatrisches Fachkrankenhaus zukünftig ausgeschlossen werden.

Bisher vom Krankenhaus außerhalb des Einzugsbereichs oder ohne fachlichen Bezug zum Krankenhaus gegründete Medizinische Versorgungszentren dürfen noch zehn Jahre weiterbetrieben werden. Diese Frist ist aus Gründen des Schutzes der im Vertrauen auf die bisherige Regelung getätigten Investitionen geboten.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

...

„(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. **Zugelassene Krankenhäuser sind jedoch nur zur Gründung medizinischer Versorgungszentren in ihrem Einzugsgebiet berechtigt, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen.** ... Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; **die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von zugelassenen Krankenhäusern bis zum [Einfügen des Tags der ersten Lesung im Deutschen Bundestag] gegründet wurden, gilt unabhängig von den Anforderungen nach Satz 2 bis zum 31.12.2032 unverändert fort; ...** „

3. Auslaufen der Bestandsschutzregelungen

In § 95 Abs. 1a Satz 4 SGB V werden nach dem Wort „Versorgungszentrums“ und dem Wort „Versorgungsangebot“ jeweils die Wörter „bis zum 31.12.2033“ eingefügt.

Begründung:

Durch die Regelung wird sichergestellt, dass auch bestehende Medizinische Versorgungszentren nach einer Übergangsfrist nur weiterbetrieben werden dürfen, wenn deren Träger die aktuell geltenden Voraussetzungen erfüllen. Als Übergangsfrist werden einheitlich 10 Jahre ab der Neuregelung vorgesehen. Dadurch wird dem Vertrauen in den Bestand getätigter Investitionen ausreichend Rechnung getragen.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

...

„(1a) ... Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums **bis zum 31.12.2033** unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot **bis zum 31.12.2033** unverändert fort.“

4. Überprüfung der Versorgungsaufträge hinsichtlich der Kernleistungen

§ 95 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

1. In Satz 4 werden nach dem Wort „Versorgungsaufträge“ ein Komma und die Wörter *„auch hinsichtlich aller Kernleistungen der erteilten Versorgungsaufträge,“* eingefügt.
2. In Satz 5 werden nach dem Wort „übermitteln“ die Wörter *„und in zusammengefasster Form im Internet zu veröffentlichen“* ergänzt.

Begründung:

Die Erfüllung des Versorgungsauftrags erfordert nicht nur eine ausreichende Anzahl an erbrachten Leistungen, sondern auch, dass die erforderlichen Kernleistungen erbracht werden (vgl. Bundessozialgericht (BSG) Urt. v. 14.3.2001 – B 6 KA 36/00 R sowie B 6 KA 54/00 R). Im Normtext wird daher klargestellt, dass der Versorgungsauftrag auch hinsichtlich der Erbringung der Kernleistungen der Versorgungsaufträge zu überprüfen ist, d. h. ob die Versorgung in der erforderlichen Breite angeboten und durchgeführt wird. Damit soll verhindert werden, dass sich Leistungserbringer auf einzelne, besonders lukrative, oftmals prozedurale Leistungen des Fachgebiets (wie z. B. Kataraktoperationen) beschränken und die Versorgung im Übrigen vernachlässigen. Durch die Verpflichtung, die Ergebnisse in zusammenfassender Form im Internet zu veröffentlichen, wird die notwendige Transparenz geschaffen und gleichzeitig vermieden, dass Daten einzelner Leistungserbringer öffentlich gemacht werden.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

...

„(3) ... Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge, **auch hinsichtlich aller Kernleistungen der erteilten Versorgungsaufträge**, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln **und in zusammengefasster Form im Internet zu veröffentlichen.**“

5. Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungen

In § 95 Absatz 6 Satz 3 SGB V werden nach dem Wort „vorliegen“ die Wörter *„oder nicht gewährleistet ist, dass die dort tätigen Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten einhalten können“* eingefügt.

Begründung:

Für die Patientensicherheit ist es unentbehrlich, dass in medizinischen Versorgungszentren tätige Ärztinnen und Ärzte ihre ärztliche Entscheidung im Einklang mit den berufsrechtlichen Regelungen treffen können. Insbesondere dürfen sie hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen (§ 2 Abs. 4 (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)), müssen ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patienten ausrichten (§ 2 Absatz 2 Satz 2 MBO-Ä) und die ärztlichen Sorgfaltspflichten beachten, indem sie gewissenhaft handeln (§ 2 Absatz 2 Satz 1 MBO-Ä). Das Interesse Dritter ist demgegenüber nachrangig (§ 2 Absatz 2 Satz 3 MBO-Ä).

Es ist Aufgabe des medizinischen Versorgungszentrums und seines ärztlichen Leiters, die Einhaltung dieser Vorgaben sicherzustellen. Ist nicht gewährleistet, dass die dort tätigen Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten erfüllen können, weil beispielsweise von ihnen verlangt wird, dass sie ihre Entscheidung an kommerziellen Interessen ausrichten, ist die Zulassung zu entziehen. Dabei hat der Zulassungsausschuss im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht zu prüfen, ob der Träger in anderen medizinischen Versorgungszentren in vergleichbarer Weise auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte unzulässigen Einfluss nimmt. In diesem Fall sind auch weitere Zulassungen von medizinischen Versorgungszentren zu widerrufen.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

...

„(6) ... Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen **oder nicht gewährleistet ist, dass die dort tätigen Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten einhalten können.**“

6. Begrenzung von Marktanteilen

§ 95 Absatz 1b SGB V wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden jeweils die Wörter „zahnärztliches“, „zahnärztlichen“, „vertragszahnärztlichen“, „der Kassenzahnärztlichen Vereinigung“ und „zahnärztliche“ gestrichen, das Wort „Vertragszahnarztsitze“ durch „*Vertragsarztsitze*“ ersetzt und nach dem Wort „Prozent“ die Wörter „*der jeweiligen Arztgruppe*“ eingefügt.
2. In Satz 2 wird das Wort „zahnärztliche“ gestrichen.
3. In Satz 3 werden jeweils die Wörter „zahnärztliches“ und „zahnärztlichen“ gestrichen das Wort „vertragszahnärztlichen“ jeweils durch das Wort „*vertragsärztlich*“ ersetzt und zwischen die Wörter „Prozent“ und „nicht“ jeweils die Wörter „*der jeweiligen Arztgruppe*“ eingefügt.
4. In Satz 4 wird das Wort „vertragszahnärztlichen“ durch das Wort „*vertragsärztlichen*“ ersetzt.
5. In Satz 5 wird das Wort „Kassenzahnärztlichen“ durch das „*Kassenärztlichen*“ und das Wort „vertragszahnärztlichen“ durch das Wort „*vertragsärztlichen*“ ersetzt.
6. In Satz 6 wird das Wort „Kassenzahnärztlichen“ durch das Wort „*Kassenärztlichen*“ ersetzt.
7. In Satz 7 wird das Wort „zahnärztlicher“ gestrichen.
8. Nach Satz 7 wird folgender Satz 8 angefügt:
„Der Landesausschuss kann für einzelne Arztgruppen einen von den Vorgaben der Sätze 1 und 2 abweichenden Versorgungsanteil festlegen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist.“

Begründung:

Um die freie Arztwahl zu gewährleisten, werden die Marktanteile ärztlicher medizinischer Versorgungszentren ebenso wie diejenigen zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren nach dem Umfang begrenzt. Speziell in der Augenheilkunde und Radiologie haben Patienten in einzelnen Regionen schon heute kaum Alternativen zur Behandlung in großen investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren bzw. Ketten medizinischer Versorgungszentren. Um Versorgungsnotwendigkeiten Rechnung zu tragen, erhält der Landesausschuss die Möglichkeit, für einzelne Arztgruppen einen abweichenden maximalen Versorgungsanteil für medizinische Versorgungszentren festzulegen.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

...

(1b) Ein ~~zahnärztliches~~ medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten ~~zahnärztlichen~~ medizinischen Versorgungszentren an der

vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der **Kassenzahnärztlichen** Vereinigung, in dem die Gründung des ~~zahnärztlichen~~ medizinischen Versorgungszentrums beabsichtigt ist, 10 Prozent **der jeweiligen Arztgruppe** nicht überschreitet. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für ~~zahnärztliche~~ medizinische Versorgungszentren mindestens fünf **Vertragszahnarztsitze** oder Anstellungen. Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein ~~zahnärztliches~~ medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:

1. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten ~~zahnärztlichen~~ medizinischen Versorgungszentren an der **vertragszahnärztlichen** Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent **der jeweiligen Arztgruppe** nicht überschreitet,
2. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten ~~zahnärztlichen~~ medizinischen Versorgungszentren an der **vertragszahnärztlichen** Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent **der jeweiligen Arztgruppe** nicht überschreitet.

Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der **vertragszahnärztlichen** Versorgung. Hierzu haben die **Kassenzahnärztlichen** Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der **vertragszahnärztlichen** Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen. Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der **Kassenzahnärztlichen** Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender ~~zahnärztlicher~~ medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses. ***Der Landesausschuss kann für einzelne Arztgruppen einen von den Vorgaben der Sätze 1 und 2 abweichenden Versorgungsanteil festlegen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist.***

7. Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen

1. In § 32 Absatz 1 Ärzte-ZV wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:
„Dies gilt für medizinische Versorgungszentren entsprechend.“
2. In § 95 Absatz 1a SGB V werden in Satz 1 nach dem Wort „werden“ das Wort *„(Gründungsberechtigte)“* und nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:
„Gründungsberechtigte dürfen keine Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge sowie Betriebsführungsverträge mit Dritten abschließen.“

Begründung:

Vertragsärzte üben ihre Tätigkeit persönlich in freier Praxis aus. Nach ständiger Rechtsprechung des Vertragsarztsenats des BSG erfordert das Merkmal „in freier Praxis“, dass die vertragsärztliche Tätigkeit in beruflicher und persönlicher Selbstständigkeit gesichert sein muss oder anders ausgedrückt, dass erhebliche Einflussnahmen Dritter ausgeschlossen sein müssen (vgl. zuletzt BSG Urt. v. 26.1.2022 – B 6 KA 2/21 R, BeckRS 2022, 1738 Rn. 58). Vertragsärzten ist es deshalb untersagt, den Einfluss Dritter auf Grundlage von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen zuzulassen.

Dieser Grundsatz muss auch für Medizinische Versorgungszentren gelten, unabhängig von ihrer Trägerschaft entsprechend. Den Trägern muss es wie Vertragsärzten untersagt sein, Dritten unzulässigen Einfluss auf das Medizinische Versorgungszentrum und damit auch nur mittelbar auf medizinische Entscheidungen zu gewähren. In der Zulassungsverordnung für Ärzte wird daher in Verstärkung von § 1 Abs. 3 Nr. 2 Ärzte-ZV klargestellt, dass der Grundsatz persönlicher Leistungserbringung in freier Praxis entsprechend für medizinische Versorgungszentren gilt. Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch wird das Verbot von Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträgen sowie Betriebsführungsverträgen mit Dritten ausdrücklich verankert. Das trägt dem Umstand Rechnung, dass der Gesetzgeber wesentliche Entscheidungen selbst treffen muss. Dadurch wird auch verhindert, dass die Beschränkung des zulässigen Gründerkreises auf bestimmte Träger und die damit gesetzgeberisch verfolgten Ziele dadurch umgangen werden, dass zwar formal ein Gründungsberechtigter ein MVZ gründet, aber aufgrund entsprechender Vertragsgestaltung andere das MVZ tatsächlich betreiben. Außerdem werden durch die Regelung im Hinblick auf Artikel 3 Absatz 1 GG bedenkliche Wettbewerbsvorteile für medizinische Versorgungszentren beseitigt.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 32 Ärzte-ZV

...

„(1) Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. **Dies gilt für medizinische Versorgungszentren entsprechend.**“

Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung

§ 95 SGB V

...

„(1) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von ... gegründet werden **(Gründungsberechtigte)**. **Gründungsberechtigte dürfen keine Gewinnabführungs- und Beherrschungsverträge sowie Betriebsführungsverträge mit Dritten abschließen.**

8. Transparenz über Inhaberschaft

Die Bundesärztekammer unterstützt die einschlägigen Vorschläge aus dem Gutachten „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ von Prof. Dr. Andreas Ladurner, Prof. Dr. Ute Walter und Prof. Dr. Beate Jochimsen, November 2020, hält jedoch Modifikationen für erforderlich. Die entsprechenden Regelungen werden im Folgenden aufgeführt.

1. In § 98 Absatz 2 SGB V wird hinter Nr. 13a eine neue Nummer 13b eingefügt:
*„13b. die Gewährleistung **umfassender** Informationen über zugelassene medizinische Versorgungszentren, deren Träger **sowie deren wirtschaftlich Berechtigte** und ärztlichen Leiter am Vertragsarztsitz und weiteren Orten vertragsärztlicher Tätigkeit,“*
2. In § 23 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird ein neuer Buchstabe i) angefügt:
*„**i) den das Arztregister nach § 95 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch führenden Stellen.**“*

Begründung:

Der Vorschlag der Gutachter ist unzureichend. Investorengeführte medizinische Versorgungszentren werden häufig in der Rechtsform der GmbH geführt. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Umsetzung der Digitalisierungsrichtlinie (DiRUG) am 01.08.2022 können alle Registerinhalte aus dem Handelsregister von jedermann kostenfrei eingesehen werden. Das schafft u.a. Transparenz über die Gesellschafter der Trägergesellschaft. Allenfalls mit großem Aufwand kann aber seitens der Versicherten in Erfahrung gebracht werden, in wessen Eigentum die Gesellschafter der Trägergesellschaft stehen, insbesondere wenn diese ihrerseits keinen deutschen Firmensitz haben, und wer letztlich wirtschaftlich Berechtigter ist. Ein Transparenzregister muss daher Auskunft auch über den „wirtschaftlich Berechtigten“ geben. Dabei ist auf Daten des Transparenzregisters nach dem Geldwäschegesetz zurückzugreifen.

Hinweis: Dieser Vorschlag konnte noch nicht das Urteil des EuGH vom 22.11.2022 – Az. C-37/20, C-601/20 – berücksichtigen. Daher wird zzt. von ausformulierten Vorschlägen abgesehen, welche Angaben in das Arztregister einzutragen sind. Orientierung kann § 23 des Geldwäschegesetzes geben.

In § 24 Ärzte-ZV wird nach Absatz 7 folgender neuer Absatz 8 angefügt.

„(8) ¹Medizinische Versorgungszentren haben an ihrem Vertragsarztsitz und an allen weiteren Orten im Sinne von Absatz 3 auf einem Praxisschild Angaben zu machen zu Namen und Rechtsform ihres Trägers und, soweit es sich beim Träger um eine juristische Person handelt, zu deren Sitz und gesetzlichem Vertreter; ist der Träger eine Personengesellschaft, sind sämtliche ihrer Gesellschafter in geeigneter Weise namentlich zu nennen. Das Praxisschild nach Satz 1 hat außerdem den oder die ärztlichen Leiter des medizinischen Versorgungszentrums und eine Internetadresse aufzuführen. ²Unter der Internetadresse sind im Impressum die wirtschaftlich Berechtigten im Sinne von § 3 Geldwäschegesetz anzugeben.“

3. In § 95 Abs. 2 wird nach Satz 3 folgender neuer Satz 4 eingefügt:
*„Medizinische Versorgungszentren werden mit dem Zeitpunkt ihrer Zulassung von Amts wegen in das Arztregister eingetragen; die Eintragung hat Angaben zum Träger, **den wirtschaftlich Berechtigten** und zum ärztlichen Leiter des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums zu enthalten.“*

4. In § 98 Abs. 2 Nr. 5 werden hinter „die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Führung von Bundesarztregistern durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung“ die Wörter *„einschließlich der bei zugelassenen medizinischen Versorgungszentren in die Arztregister aufzunehmenden Daten über deren Träger, **wirtschaftlich Berechtigte** und ärztlichen Leiter“* eingefügt.

5. In § 1 Abs. 2 Ärzte-ZV wird in Buchstabe b der Punkt durch ein Komma ersetzt und danach folgender neuer Buchstabe eingefügt:
„c) zugelassene medizinische Versorgungszentren.“

6. In § 2 Abs. 1 Ärzte-ZV wird hinter Satz 1 folgender neuer Satz 2 angefügt:
*„Bei zugelassenen medizinischen Versorgungszentren muss das Arztregister Eintragungen enthalten zu deren Träger, **wirtschaftlich Berechtigten** und ärztlichem Leiter.“*

7. In der „Anlage zur Ärzte-ZV“ wird nach Nr. 24 folgender Satz angefügt:
„Bei zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sind an Stelle der vorgenannten Angaben folgende Angaben in das Arztregister aufzunehmen:
 1. *Laufende Nummer*
 2. *Name des medizinischen Versorgungszentrums*
 3. *Vertragsarztsitz des medizinischen Versorgungszentrums (Anschrift)*
 4. *Zugelassen am*
 5. *Zulassung beendet am*
 6. *Zulassung entzogen am*
 7. *Zahl der genehmigten Arztstellen/Versorgungsaufträge im medizinischen Versorgungszentrum*
 8. *Arztgruppen, die im medizinischen Versorgungszentrum vertreten sind*

9. *Name des Trägers*

10. *Typ des Trägers im Sinne von § 95 Absatz 1a SGB V (z. B. zugelassener Vertragsarzt, zugelassenes Krankenhaus)*

11. *Rechtsform des Trägers (~~z. B. natürliche Person, GbR, GmbH, AG, eG, Gebietskörperschaft~~)*

12. *Soweit der Träger des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums eine juristische Person ist:*

a) *Sitz, Anschrift **und Internetadresse** des Trägers*

b) *Gesetzlicher Vertreter des Trägers*

c) ***wirtschaftlich Berechtigte***

13. *Name des ärztlichen Leiters oder der ärztlichen Leiter*

14. *Im Arztregister gestrichen am“*

8. In § 285 Abs. 1 wird folgender neuer Satz 2 angefügt:

*„Zur Erfüllung der Aufgabe nach Nummer 1 dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen auch persönliche und sachliche Verhältnisse von natürlichen Personen erheben und speichern, die Träger **oder wirtschaftlich Berechtigte** eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums sind oder die Gesellschafter oder gesetzlicher Vertreter einer Gesellschaft sind, die Trägerin eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums ist.“*

9. In § 293 Abs. 4 werden nach Satz 2 folgende Sätze neu eingefügt:

„Handelt es sich bei der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtung nach Satz 1 um ein zugelassenes medizinisches Versorgungszentrum, sind folgende Angaben in das Verzeichnis aufzunehmen:

1. *Name und Nummer des medizinischen Versorgungszentrums,*

2. *Straße, Hausnummer, Ort, Postleitzahl **und Internetadresse** des medizinischen Versorgungszentrums,*

3. *Name des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums und dessen Trägernummer,*

4. *Typ des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums im Sinne von § 95 Absatz 1a (z. B. zugelassenes Krankenhaus) und*

5. *Rechtsform des Trägers.*

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in Richtlinien nach § 75 Absatz 7 Nummer 1 vorzusehen, dass für jedes zugelassene medizinische Versorgungszentrum sowie für jeden

Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung

Träger eines zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums eine Nummer als eindeutiges Kennzeichen vergeben wird.“

10. Dem § 293 Abs. 4 Satz 4 a.F. wird folgender neuer Halbsatz angefügt:

„; dies gilt entsprechend für die Nummer solcher Träger von zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die natürliche Personen sind.“

9. Disziplinarmaßnahmen gegen MVZ

In § 95 Absatz 3 Satz 3 SGB V werden nach dem Wort „verbindlich“ ein Semikolon und der Satz „§ 81 Absatz 5 gilt entsprechend“ eingefügt.

Begründung:

Disziplinarmaßnahmen können bisher nur gegen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen verhängt werden. Medizinische Versorgungszentren bzw. ihre Träger können nicht belangt werden, auch wenn die Verfehlung ihnen zuzurechnen ist. Es bleibt allenfalls die Möglichkeit, bei gravierenden Verstößen die Zulassung zu entziehen. Es ist jedoch geboten, auch einfache Verstöße mit Mitteln des Disziplinarrechts zu ahnden. Der Gesetzgeber kann Disziplinarmaßnahmen und Geldbußen auch gegen Gesellschaften vorsehen, wie beispielsweise das anwaltliche Berufsrecht (vgl. § 113 Absatz 3 BRAO) und das Ordnungswidrigkeitenrecht (§ 30 Absatz 1 OWiG) zeigen. Durch den Verweis auf § 81 Absatz 5 wird klargestellt, das Satzungsrecht auch die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen medizinische Versorgungszentren bzw. ihre Träger vorsehen muss.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

...

„(3) ... Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich; **§ 81 Absatz 5 gilt entsprechend.**“

10. Keine Konzeptbewerbung von MVZ

In § 103 Absatz 4 Satz 5 SGB V wird in Nummer 8 das Komma durch einen Punkt ersetzt und Nummer 9 gestrichen.

Begründung:

Die Regelung soll es MVZ ermöglichen, sich mit einem personenunabhängigen Versorgungskonzept für eine Praxisweiterführung zu bewerben, da es schwierig sein kann, einen geeigneten Bewerber zu interessieren, bevor klar ist, ob es eine entsprechende Stelle im MVZ geben wird. Das Verfahren wird als Konzeptbewerbung bezeichnet. Um die Gleichbehandlung zwischen Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren sicherzustellen, wird die Möglichkeit der Konzeptbewerbung gestrichen. § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 9 zielt faktisch allein auf Medizinische Versorgungszentren ab, auch wenn die Vorschrift nach ihrem Wortlaut für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften entsprechend gilt. Dem MVZ wird es damit ermöglicht, im Nachgang einer erfolgreichen Konzeptbewerbung einen Arzt, bzw. eine Ärztin einzustellen, die sich anhand der übrigen Kriterien weniger für die Übernahme des Arztsitzes eignet, als eventuelle Mitbewerber. Die Vorschrift ist zudem ohne weitergehende konkretisierende Regelungen zur näheren Ausgestaltung nach Ansicht des BSG nicht umsetzbar (Urteil vom 15.5.2019 – B 6 KA 15/18 R Rn. 44 ff.). Auch Ladurner et al. kommen zu dem Ergebnis, dass „der regulatorische Aufwand und die Belastung der Zulassungsgremien“ „außer Verhältnis zu den Vorteilen dieser besonderen Form der Bewerbung um eine Praxisnachfolge stehen“ dürften.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 103 SGB V

...

„(4) ... Bei der Auswahl der Bewerber sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

...

8. Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung.

~~9. bei medizinischen Versorgungszentren die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots; dies gilt entsprechend für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit einem besonderen Versorgungsangebot.“~~

11. Stärkung der Stellung des ärztlichen Leiters

Die Bundesärztekammer unterstützt die einschlägigen Vorschläge aus dem Gutachten „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ von Prof. Dr. Andreas Ladurner, Prof. Dr. Ute Walter und Prof. Dr. Beate Jochimsen, November 2020, zur Stärkung der Unabhängigkeit des ärztlichen Leiters mit der Modifikation, dass die dort angeführte Abberufung der ärztlichen Leitung nur aus wichtigem Grund erfolgen darf. Zudem wird klargestellt, dass die ärztliche Leitung, etwa im Krankheitsfall oder wenn vorübergehend Erziehungs- oder Pflegeaufgaben wahrgenommen werden sollen, nicht abberufen werden muss, sondern vorübergehend von ihren Aufgaben freigestellt werden kann. Es ist dann nur für diese Übergangszeit eine neue Leitung zu bestellen.

Die gegenüber dem Gutachtenvorschlag erfolgte, teilweise auch sprachliche Modifizierung ist nachfolgend gekennzeichnet.

§ 95 SGB V wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 werden die Sätze 3 und 4 aufgehoben. Der bisherige Satz 5 wird Satz 2.

2. Absatz 1b wie folgt gefasst:

*„(1b) Dem ärztlichen Leiter obliegt die Steuerung der ärztlichen Betriebsabläufe im medizinischen Versorgungszentrum und die Gesamtverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung; der Träger des medizinischen Versorgungszentrums bestellt den ärztlichen Leiter und kann ihn **jederzeit nur aus wichtigem Grund abberufen oder vorübergehend von seinen Aufgaben entbinden**; die schriftlich vorzunehmende Bestellung, **vorübergehende Freistellung** oder Abberufung des ärztlichen Leiters hat der Träger dem Zulassungsausschuss unverzüglich anzuzeigen. **Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 ist festzulegen**, dass die Sammelerklärung eines medizinischen Versorgungszentrums durch seinen ärztlichen Leiter zu unterzeichnen ist; sonstige Regelungen über die Vertretung des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums bleiben davon unberührt. Der ärztliche Leiter ist in medizinischen Fragen weisungsfrei; er gewährleistet die Freiheit der anderen im medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte von nichtärztlicher Einflussnahme in medizinischen Fragen, insbesondere auch die Freiheit von Einflussnahme durch nichtärztliche Gesellschafter des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein; der zeitliche Umfang seiner Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum muss bei einem Vertragsarzt mindestens einem halben Versorgungsauftrag entsprechen, bei einem angestellten Arzt einer vertraglich vereinbarten Arbeitszeit von mindestens 20 Wochenstunden. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.“*

3. Der bisherige Absatz 1b wird Absatz 1c.

Begründung:

Die ärztliche Leitung eines medizinischen Versorgungszentrums trägt die medizinische Gesamtverantwortung, wodurch sichergestellt wird, dass sich die Behandlung primär an medizinischen Kriterien orientiert. Angesichts der Bedeutung der Stellung der ärztlichen Leitung wird dies näher beschrieben und durch rechtliche Vorgaben gestärkt. Um zu verhindern, dass die ärztliche Leitung aus Anlass dem Träger nicht genehmer medizinischer Entscheidungen abberufen wird, wird geregelt, dass die Abberufung nur aus wichtigem Grund erfolgen darf.

Dass die Sammelerklärung durch die ärztliche Leitung zu unterzeichnen ist, klärt eine offene Rechtsfrage. Beim BSG ist unter dem Aktenzeichen B 6 KA 15/22 R die Rechtsfrage anhängig, ob ein Honorarverteilungsmaßstab regeln kann, dass die für die Abrechnung erforderlichen Erklärungen bei einem medizinischen Versorgungszentrum von dessen ärztlichem Leiter zu unterschreiben sind. Die Zuweisung zum Ärztlichen Leiter trägt der Funktion der Sammelerklärung Rechnung. Mit ihnen wird eine Garantie abgegeben, dass die abgerechneten Leistungen auch tatsächlich persönlich gegenüber dem jeweils angegebenen Versicherten erbracht wurden und dass alle Angaben sachlich richtig sind (vgl. § 45 Abs. 1 BMV-Ä). Der Wortlaut der Sammelerklärung soll weiterhin (vgl. § 35 Abs. 2 S. 3 BMV-Ä) in den jeweiligen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt werden.

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 95 SGB V

...

„(1b) Dem ärztlichen Leiter obliegt die Steuerung der ärztlichen Betriebsabläufe im medizinischen Versorgungszentrum und die Gesamtverantwortung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung; der Träger des medizinischen Versorgungszentrums bestellt den ärztlichen Leiter und kann ihn jederzeit nur aus wichtigem Grund abberufen oder vorübergehend von seinen Aufgaben entbinden; die schriftlich vorzunehmende Bestellung, vorübergehende Freistellung oder Abberufung des ärztlichen Leiters hat der Träger dem Zulassungsausschuss unverzüglich anzuzeigen. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 ist festzulegen, dass die Sammelerklärung eines medizinischen Versorgungszentrums durch seinen ärztlichen Leiter zu unterzeichnen ist; sonstige Regelungen über die Vertretung des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums bleiben davon unberührt. Der ärztliche Leiter ist in medizinischen Fragen weisungsfrei; er gewährleistet die Freiheit der anderen im medizinischen Versorgungszentrum tätigen Ärzte von nichtärztlicher Einflussnahme in medizinischen Fragen, insbesondere auch die Freiheit von Einflussnahme durch nichtärztliche Gesellschafter des Trägers des medizinischen Versorgungszentrums. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein; der zeitliche Umfang seiner Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum muss bei einem Vertragsarzt mindestens einem halben Versorgungsauftrag entsprechen, bei einem angestellten Arzt einer vertraglich

Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung

vereinbarten Arbeitszeit von mindestens 20 Wochenstunden. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich.“

12. Verträge mit ärztlichen Leitern von MVZ

In § 135b SGB V wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen zu Zielvereinbarungen in Verträgen von medizinischen Versorgungszentren mit deren ärztlichen Leitern abzugeben. § 135c Absatz 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Die medizinischen Versorgungszentren sind verpflichtet, ihre Verträge mit ärztlichen Leitern und deren Änderungen der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich vorzulegen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in ihren Veröffentlichungen nach Absatz 1 Satz 2 anzugeben, inwiefern medizinische Versorgungszentren sich bei Verträgen mit ärztlichen Leitern und anderen leitenden Ärzten an die Empfehlungen nach Satz 1 halten. Hält sich ein medizinisches Versorgungszentrum nicht an die Empfehlungen, hat die Kassenärztliche Vereinigung unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind, und den Zulassungsausschuss darüber zu informieren.“

Begründung:

Mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz hat der Gesetzgeber Regelungen zu Empfehlungen zu Zielvereinbarung mit leitenden Ärzten im Krankenhaus eingeführt und dies auf folgende Überlegungen gestützt:

„Regelungen in Verträgen der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten können wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung in den Einrichtungen nehmen. Besonders Zielvereinbarungen, die sich auf Art und Menge einzelner Leistungen beziehen – sogenannte Bonusregelungen –, können die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung über diese Leistungen gefährden“ (Bundestagsdrucksache 17/12221, Seite 24).

Mit dem zunehmenden Betrieb von medizinischen Versorgungszentren durch Kapitalinvestoren ohne Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung ist die Gefahr für die Qualität der Versorgung in medizinischen Versorgungszentren durch Zielvereinbarungen mit deren ärztlichen Leitern und anderen leitenden Ärzten gestiegen. Dies macht eine entsprechende Regelung für diesen Bereich erforderlich.

Auch wenn die vom Gesetzgeber eingeführte Regelung in § 135c SGB V insbesondere hinsichtlich der reinen Veröffentlichungspflicht und fehlender weitergehender Sanktionsmöglichkeiten defizitär erscheint und verbessert werden sollte, orientiert sich die hier vorgeschlagene Regelung im Interesse gleichlautender Regelungen im Kern an dem für Zielvereinbarungen im Krankenhaus geltenden Recht. Ein Regelungsvorschlag zur Verbesserung des § 135c SGB V hängt von der Ausgestaltung der neuen Vergütungssystematik stationären Leistungen ab, zu dem vorerst nur politisch noch nicht konsentierbare Eckpunkte vorliegen. Bei einer anzustrebenden Verbesserung von § 135c SGB V sollte dann auch die hier vorgeschlagene Regelung überarbeitet werden.

Da die Empfehlungen hier den vertragsärztlichen Bereich betreffen, sind die Empfehlungen im Gleichklang mit § 135c Absatz 1 Satz 2 SGB V von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abzugeben. Die medizinischen Versorgungszentren werden verpflichtet, ihre Verträge mit ärztlichen Leitern und deren Änderungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Empfänger der vorzulegenden Zielvereinbarungen sollen als Disziplinarbehörde die Möglichkeit erhalten, Disziplinarmaßnahmen gegenüber Trägern medizinischer Versorgungszentren zu ergreifen und so Anlass zur Anpassung der Zielvereinbarungen zu geben (vgl. Vorschlag zur Ergänzung des § 95 Absatz 3 Satz 3 SGB V, Disziplinarmaßnahmen gegen medizinische Versorgungszentren). Der Zulassungsausschuss hat von Amts wegen zu prüfen, ob auch vor dem Hintergrund von Zielvereinbarungen gewährleistet ist, dass die in medizinischen Versorgungszentren tätigen Ärzte ihre berufsrechtlichen Pflichten einhalten. Ist dies nicht der Fall, ist die Zulassung zu entziehen (vgl. Vorschlag zu § 95 Absatz 6 Satz 3 SGB V, Entzug der Zulassung bei fehlender Gewährleistung freier ärztlicher Entscheidungen).

Gesetzestext unter Einbeziehung der vorgeschlagenen Änderungen:

§ 135b SGB V

...

„(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen zu Verträgen Zielvereinbarungen in Verträgen von medizinischen Versorgungszentren mit deren ärztlichen Leitern abzugeben. § 135c Absatz 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend. Die medizinischen Versorgungszentren sind verpflichtet, ihre Verträge mit ärztlichen Leitern und deren Änderungen der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich vorzulegen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in ihren Veröffentlichungen nach Absatz 1 Satz 2 anzugeben, welche medizinischen Versorgungszentren sich bei Verträgen mit ärztlichen Leitern und anderen leitenden Ärzten an die Empfehlungen nach Satz 1 halten. Hält sich ein medizinisches Versorgungszentrum nicht an die Empfehlungen, hat die Kassenärztliche Vereinigung unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind, und den Zulassungsausschuss darüber zu informieren.“

Hinweise/Legende zu den farblich markierten Ergänzungen:

Zu entscheiden vom 128. DÄT 2024

Beschluss des Vorstandes vom 14./15.12.2023 unter der Bedingung, dass der 128. DÄT der Aufnahme der Anästhesiologie zustimmt

Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin

Dieser Bezeichnung kann der adjektivische Zusatz der jeweiligen Facharztbezeichnung zugefügt werden.

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Indikationsstellung, Vorbereitung, Durchführung und/oder Nachsorge bei Organtransplantationen, Lebend-Organpenden, Erkennung und Behandlung von Komplikationen nach Organspende, das Wartelistenmanagement und umfassende immunologische Kenntnisse einschließlich der Anwendung und Überwachung der medikamentösen Immunsuppression nach Organtransplantation und supportiver Maßnahmen.
Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO	<ul style="list-style-type: none"> – Facharztanerkennung für Allgemeinchirurgie, Anästhesiologie, Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Nephrologie, Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin oder Urologie und zusätzlich – 24 Monate Transplantationsmedizin in einem Transplantationszentrum unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Gemeinsame Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin		
Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin		
Rechtliche, ethische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Organtransplantation, insbesondere hinsichtlich postmortaler Organspende und Lebendorganspende sowie Allokationsverfahren		
	Vorbereitung und Meldung auf die Warteliste zur Organtransplantation sowie Wartelistenmanagement	
Grundlagen der Spender- und Empfängerauswahl		
	Indikationsstellung und Kontraindikationen für die Transplantation	
Immunsuppressive Therapieoptionen bei Organtransplantation		
	Erkennung und ggf. interdisziplinäre Behandlung von immunologischen, chirurgischen und pharmakologischen Komplikationen nach Organtransplantation	
Infektiologische Aspekte der Transplantation		
	Nachsorge nach Organtransplantation, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit	
Transplantationsmedizinische Qualitätssicherung		
Grundlagen der Immunologie, insbesondere der Humanen Leukozyten Antigene (HLA) und Antikörper relevanten Organallokation und Kompatibilitätsdiagnostik		
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildungen Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Urologie		

Anlage zum Antrag des Vorstandes zu TOP III a: Ärztliche Weiterbildung –
 Änderung der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 – Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Diagnostik und Therapie		
	Perioperative Behandlung von Patienten vor und nach Nieren-, Leber-, Pankreas- und/oder Dünndarmtransplantation	
	Farbkodierte Duplexsonographie der Leber und/oder Niere	25
	Organentnahme bei Nierenlebenspende und/oder Leberlebenspende	20
	Organentnahme bei postmortaler Organspende	25
	Transplantationen, alternativ	
	- entweder Nieren	25
	- oder Leber	30
	- oder Pankreas	15
	Nieren- und/oder Lebertransplantatbiopsie	25
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Anästhesiologie		
Diagnostik und Therapie		
	Mitbeurteilung des Operationsrisikos bei Patienten zur Nieren- oder Leber- oder Pankreas- oder Dünndarm- oder Herz- oder Lungentransplantationen	
	Anästhesieverfahren bei Organtransplantationen, z. B. von Nieren oder Leber oder Pankreas oder Dünndarm oder Herz oder Lunge	20
	Intensivmedizinische Behandlung von Patienten vor und nach Nieren- oder Leber- oder Pankreas- oder Dünndarm- oder Herz- oder Lungentransplantationen	
	Farbkodierte Duplexsonographie Leber oder Niere	25
	Betreuung transplanteder Patienten für Zusatzeingriffe	
	Gerinnungsdiagnostik mittels POC (viskoelastische Testmethoden)	50
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Herzchirurgie		
Diagnostik und Therapie		
	Perioperative Behandlung von Patienten vor und nach Herz- und/oder Lungentransplantation	
	Organentnahme bei postmortaler Organspende	25
	Thorakale Transplantation von Herz und/oder Lunge und/oder kombiniert Herz-Lunge	15
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Thoraxchirurgie		
Diagnostik und Therapie		
	Perioperative Behandlung von Patienten vor und nach Lungentransplantation	
	Organentnahme bei postmortaler Organspende	25
	Lungentransplantation	15
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Gastroenterologie		
Diagnostik und Therapie		
	Behandlung von Patienten vor und nach Lebertransplantation, auch im Langzeitverlauf	
	Farbkodierte Duplexsonographie des Lebertransplantats	50

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
	ERCP nach Lebertransplantation	
	Lebertransplantatbiopsie nach Lebertransplantation	25
	Teilnahme an Lebertransplantationen	
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Kardiologie		
Diagnostik und Therapie		
	Behandlung von Patienten vor und nach Herz- und Herz-Lungentransplantation, auch im Langzeitverlauf	
	Endomyokardbiopsie nach Herztransplantation	25
	Linksherzkatheter einschließlich Koronarangiographie nach Herztransplantation	25
	Teilnahme an Herztransplantationen	
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Nephrologie		
Diagnostik und Therapie		
	Behandlung von Patienten vor und nach Nierentransplantation und Pankreastransplantation, auch im Langzeitverlauf	
	Farbkodierte Duplexsonographie des Nierentransplantats	50
	Nierentransplantatbiopsie	25
	Teilnahme an Nierentransplantationen	
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Pneumologie		
Diagnostik und Therapie		
	Behandlung von Patienten vor und nach Lungen- und Herz-Lungentransplantation, auch im Langzeitverlauf	
	Bronchoskopie mit bronchoalveolärer Lavage nach Lungentransplantation	25
	Lungenfunktionsuntersuchungen nach Lungentransplantation	50
	Teilnahme an Lungen- und/oder Herz-Lungentransplantationen	
Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin		
Diagnostik und Therapie		
	Behandlung von Kindern und Jugendlichen vor und nach Nieren-, Leber-, Darm-, Herz- und/oder Lungentransplantation, auch im Langzeitverlauf	
	ENTWEDER	
	Farbkodierte Duplexsonographie	
	- entweder des Nierentransplantats	50
	- oder des Lebertransplantats, davon	
	- vor Transplantation	20
	- nach Transplantation	100
	Nieren- und/oder Lebertransplantatbiopsie	10
	Teilnahme an Nieren- und/oder Lebertransplantationen bei Kindern und Jugendlichen	
	ODER	
	Echokardiographie und EKG	
	- vor Transplantation	50

Anlage zum Antrag des Vorstandes zu TOP III a: Ärztliche Weiterbildung –
 Änderung der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 – Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
	- nach Transplantation	100
	Re-/Linksherzkatheter einschließlich Koronarangiographie nach Herztransplantation	
	Endomyokardbiopsie nach Herztransplantation	
	Teilnahme an Herztransplantationen bei Kindern und Jugendlichen	